

Health Forum

September 2013 · Nr. 15

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Psychotherapie: eindelijk officieel erkend?

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

Boomssteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

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



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

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



Partena Ziekenfonds

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



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be

Geestelijke gezondheid: de oorsprong van de problemen aanpakken

Een jaar geleden kondigde minister Onkelinx aan dat ze de psychotherapie wil erkennen en omkaderen. Dat kunnen we alleen maar toejuichen! Nationale en internationale richtlijnen bevelen de psychotherapie namelijk aan als aangewezen middel om psychische stoornissen aan te pakken (apart of samen met een geneesmiddelenbehandeling).

In België wordt helaas slechts enkel de geneesmiddelenbehandeling financieel ondersteund door de ziekteverzekering, psychotherapiesessies worden enkel terugbetaald bij een psychiater. **Een zeer belangrijk aspect van de therapeutische opvolging blijft dus buiten het bereik van een groot deel van de bevolking** (en vooral van de armsten). Dankzij de gedeeltelijke terugbetaling van enkele psychotherapiesessies door de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen, wordt de financiële last voor de patiënt wel een beetje verlicht, maar die hulp is en blijft vaak ontoereikend.

Een ander obstakel is het ontbreken van een officiële erkenning van de psychotherapie, met alle risico's van dien voor een fragiele bevolkingsgroep die opgevangen wordt door zelfverklaarde 'psychotherapeuten'. In die situatie zou binnenkort wel verandering kunnen komen: de werkgroep die in 2012 opgericht werd door minister Onkelinx om na te denken over dit hete hangijzer, is in een hogere versnelling gegaan (lees ons dossier). Er lijkt eindelijk een oplossing in de maak te zijn, die zou kunnen leiden tot de officiële erkenning van de psychotherapie. Laat ons hopen dat de cruciale verkiezingsdatum in 2014 dit project niet naar sint-juttemis zal verschuiven!

Het is al evenzeer te hopen dat we vervolgens geen jaren zullen moeten wachten op een (zelfs maar gedeeltelijke) terugbetaling van bepaalde soorten psychotherapie, die hun nut al bewezen hebben *. Het Belgische gezondheidssysteem zou er zeker beter op worden als er een opvolging zou komen van de psychische stoornissen, overeenkomstig de therapeutische aanbevelingen en niet langer op een manier die louter afhankelijk is van de financiële draagkracht van de betrokken personen.

De vraag is natuurlijk wel of onze maatschappij bereid is om meer te betalen voor een optimale verzorging van de geestelijke gezondheid, wetende dat psychotherapie duurder is dan een behandeling met geneesmiddelen. Geestelijke stoornissen kosten waanzinnig veel geld aan de maatschappij (het volstaat om de optelsom te maken van het aantal arbeidsongeschiktheden in dit kader en de kosten door ziekenhuisopname of opvolging in een instelling, om daar achter te komen). Op langere termijn lijkt het dus een veel beter idee om die problemen bij de kern aan te pakken, via een betere verzorging van de patiënt.

Xavier Brenez Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



* Op basis van criteria voor evidence-based medicine en efficiëntie.

Hoofredactrice

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

Eindredacteur

Steven Vervaeet · steven.vervaeet@mloz.be · T 02 778 94 38

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paepe · Luc Detavernier · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Nathalie Renna · Hellen Smeets · Ingrid Umbach · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Philippe Van Wilder · Steven Vervaeet

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be



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

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



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

Inhoud

Nr. 15 September 2013

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Groeiende erkenning voor de geestelijke gezondheidszorg

17 Forum Zorgverstrekkers

Diabetes: "We moeten afstappen van het klassieke model dat de zorgsector verdeelt"

Disability Case Management : de toekomst van de arbeidsre-integratie?

Borstkanker: genetische opsporing in enkele vragen

23 Europa

De mobiele patiënt: bijna voor morgen?

24 Studie

Thuisdialyse: hoe doen we het beter voor minder geld?

28 Event

Van een vervrouwelijking van huisartsengeneeskunde naar een generatiefenomeen

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Groeiende herkenning voor de geestelijke gezondheidszorg

Een op de drie Belgen wordt ooit in zijn leven geconfronteerd met een psychische stoornis. Een op de vijf gebruikt psychofarmaca en – misschien nog het meest verontrustend – met drie zelfdodingen per dag heeft ons land de trieste eer om bij de top drie van Europa te horen. Vanwaar komt die explosieve toename van psychische problemen? Hoe kunnen we ze aanpakken? Wanneer wordt de psychotherapie eindelijk erkend? De geestelijke gezondheidszorg in vraag gesteld.



6

Diabetes

"We moeten afstappen van het klassieke model dat de zorgsector verdeelt"

Onderzoek en innovatie zijn de drijvende kracht van de gezondheidssector. Een nauwe samenwerking tussen ziekenfondsen, artsen, verpleegkundigen, universiteiten en zorgverenigingen is hierbij cruciaal om de onderzoeksprioriteiten te bepalen én om tot een betere verstandhouding tussen de verschillende actoren van de zorgsector te komen. Met een nieuw telecoachingproject voor patiënten met type 2 diabetes bewijzen de Onafhankelijke Ziekenfondsen dat dit mogelijk is.



18

Event

Van een vervrouwelijking van huisartsengeneeskunde naar een generatiefenomeen

Vandaag de dag zijn de aula's van de faculteit geneeskunde voor 70% gevuld met vrouwelijke studenten. Die vervrouwelijking gaat gepaard met een algemene evolutie binnen de huisartsengeneeskunde zelf, bijvoorbeeld meer groepspraktijken en een diversificatie van de activiteiten. Moet de opleiding van artsen aangepast worden aan deze nieuwe evolutie? En hoe kunnen we het beroep opnieuw aantrekkelijk maken, zeker bij de mannen? Een artikel als inleiding op het symposium dat in november plaatsvindt.



28

23,3

De uitgaven van de ziekteverzekering zijn tussen 2007 en 2011 gestegen van 18,3 naar 23,3 miljard euro. Het gaat om een toename van 23,2%!

Vooruitgang op vlak van geneesmiddelen voor kinderen

Kwaliteitsvoller en veiliger onderzoek, een uitgebreid aanbod van pediatrie geneesmiddelen op de EU-markt en een ruimer aanbod aan informatie voor de ouders en de gezondheidsprofessionals. Dat zijn de voornaamste verbeteringen dankzij de invoering van het reglement over geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik 5 jaar geleden. Sindsdien stellen farmaceutische bedrijven bij de ontwikkeling van een nieuw product steeds een plan op voor pediatrisch onderzoek. Eind 2012 had het Europees Geneesmiddelenbureau al 600 dergelijke plannen goedgekeurd. Eind 2011 werden ook 72 nieuwe pediatrie indicaties goedgekeurd voor geneesmiddelen die al een toestemming hadden en werden 26 nieuwe farmaceutische vormen goedgekeurd voor pediatrisch gebruik.

<http://ec.europa.eu/health>

De informatisering van de Vlaamse zorgsector in een stroomversnelling

De Vlaamse regering heeft het decreet voor het digitale delen van patiënteninformatie door zorgverleners principieel goedgekeurd. Het decreet laat zorgverleners namelijk toe om gegevens van patiënten elektronisch te delen met andere zorgverleners. Zo krijgen alle hulpverleners een goed zicht op de situatie van een patiënt en verloopt de verzorging sneller en efficiënter. De patiënt heeft daarbij een centrale rol. Gaat hij niet akkoord, dan kunnen zijn gegevens niet elektronisch worden gedeeld. In april 2012 lanceerde de Vlaamse overheid al Vitalink, een digitaal platform waarop zorgverleners op een veilige manier zorg- en welzijnsgegevens over hun patiënten kunnen delen. De pilootfase loopt nog tot 31 oktober en bij een positieve evaluatie wordt het platform opengesteld voor alle patiënten, huisartsen, verpleegkundigen, apothekers en verzorgenden in Vlaanderen en Brussel.

www.vitalink.be

13,7 %

van de Belgen stelt medische verzorging uit om financiële redenen!

De nieuwe website van de Brailleliga: een stevige facelift!



Welke technische hulpmiddelen bestaan er bij het lezen? Hoe kunt u een blindenstok bekomen of hoe kunt u met een visuele beperking toch in alle veiligheid koken? Al deze en andere informatie kunnen personen met een visuele beperking en hun omgeving vanaf nu gemakkelijker terugvinden op de website van de Brailleliga. De site is toegankelijker en gebruiksvriendelijker en is beter aangepast aan de noden van slechtzienden en de recentste evoluties op het internet.

Aan de hand van sneltoetsen op het toetsenbord en enkele links krijgen slechtzienden rechtstreeks toegang tot de informatie die hen interesseert. Daarnaast hebben ze vanaf nu ook de mogelijkheid om de lettergrootte van een tekst te vergroten, het contrast om te keren of over te gaan tot mobiel surfen voor een aangepaste leeservaring. De professionals, vrijwilligers, pers, leerkrachten, schenkers en bedrijven zullen vanaf nu ook elk hun eigen toegang hebben tot de informatie.

www.braille.be



Dossier

Groeiende erkenning voor de geestelijke gezondheidszorg

Psychotherapie: eindelijk officieel erkend?

p. 7

De medicalisering van psychische problemen: iedereen ziek?

p.10

Depressie bij jongeren: te weinig psychotherapie

p.12

Multidisciplinaire netwerken bevorderen

p.15

Psychotherapie: eindelijk officieel erkend?

Op dit ogenblik is het beroep van psychotherapeut niet officieel erkend door de gezondheidszorgwetgeving. Een situatie die zowel de consument als de gezondheidsprofessional onbeschermd laat. Na jaren van brainstormen en samenwerken met beroepsverenigingen en academische centra, lijkt het dossier vandaag eindelijk rond te zijn. Health Forum werpt een licht op de zaak.

In België heeft 46% van de mensen met ernstige geestelijke problemen een arts bezocht zonder behandeling met geneesmiddelen of psychotherapie, 25% heeft een geneesmiddelenbehandeling gevolgd zonder therapie en slechts 4% heeft therapie gevolgd zonder geneesmiddelen te nemen. Slechts een kwart van de personen met geestelijke problemen heeft zowel een geneesmiddelenbehandeling als psychotherapie gevolgd. Dat blijkt uit een rapport van de OESO dat begin 2013 verscheen. Op vlak van de keuze van de zorgverlener geeft het EU-kompas voor geestelijke gezondheid (2010) aan dat 14% van de personen die iemand willen raadplegen voor een psychologisch probleem, zich tot hun huisarts wenden en 5% tot een psycholoog of een psychiater. Allemaal cijfers waaruit we twee dingen kunnen afleiden: de helft van de personen met ernstige geestelijke aandoeningen wordt helemaal niet behandeld en het blijft een taboe om een beroep te doen op een specialist, of het nu gaat om een psychiater, psycholoog of psychotherapeut.

Te vaag

Dat patiënten er niet zo happig op zijn om bij een specialist aan te kloppen, kan volgens het rapport van de OESO onder meer verklaard worden door de stigma's rond geestelijke aandoeningen en het feit dat patiënten zich maar moeilijk een beeld kunnen vormen van de competenties van een psychotherapeut. Door het gebrek aan een officiële erkenning of goedkeuring voor personen die aan psychotherapie doen, kan de kwaliteit van een bepaalde behande-

ling of een beoefenaar inderdaad niet gegarandeerd worden. "Het huidige probleem is dat veel mensen psychotherapie beoefenen zonder dat ze hiervoor een opleiding gevolgd hebben," vertelt Edward Van Rossen van de Psychologencommissie. "Er bestaat geen instantie voor de certificatie of erkenning van de opleidingen en van controle is dus geen sprake. Er zou een procedure opgesteld moeten worden om de kwaliteit te controleren en te verbeteren." Françoise Daune, voorzitter van het Platform voor geestelijke gezondheidsprofessionals (Plateforme Psy'SM), sluit zich hierbij aan: "Er bestaat veel verwarring rond psychotherapie en sommigen maken hiervan gebruik om mensen te misleiden. Een wet zou hieraan paal en perk kunnen stellen." Beroepsverenigingen, politici en actoren in het veld broeden dan ook al lang op een officiële erkenning van de beoefening van psychotherapie.

Psychologie en psychotherapie, nauw met elkaar verweven

In België zijn de verschillende beroepsverenigingen er niet enkel rotsvast van overtuigd dat de uitoefening van psychotherapie erkend moet worden, ze eisen ook hetzelfde voor de psychologie. De twee disciplines zijn dan ook nauw met elkaar verbonden. Veel psychologen doen namelijk ook aan psychotherapie. Een reglementering voor psychotherapie, maar niet voor klinische psychologie, zou volgens de Belgische Federatie van psychologen dan ook klinkklare onzin zijn. De titel van psycholoog mag dan als sinds 1993 erkend zijn, de uitoefening van het beroep is dat niet, toch niet als gezondheidsprofessionals. En dat terwijl

“
Veel mensen beoefenen psychotherapie zonder dat ze hiervoor een opleiding gevolgd hebben.

Edward Van Rossen

je in bepaalde ziekenhuizen soms aan strikte normen moet voldoen en binnen een bepaald profiel moet passen om in gespecialiseerde ploegen of diensten aan de slag te mogen. De uitwerking van een voorontwerp van wet in de lente van 2013, waarin men pleit voor de invoering van een Deontologische Code, een Tuchtraad en een Raad van beroep voor psychologen, heeft uiteindelijk toch schot gebracht in de erkenning van het beroep.

Ook de oprichting van een reflectiegroep rond psychotherapie door het kabinet Onkelinx heeft de reflecties in een stroomversnelling gebracht. Deze groep, bestaande uit beroepsverenigingen en vertegenwoordigers van de academische en politieke wereld, houdt zich voornamelijk bezig met de voortzetting van de analyse door de Hoge Gezondheidsraad uit 2005: 'Psychotherapie: definities, praktijk en erkenningsvoorwaarden'. In het Parlement werden de laatste jaren meerdere wetsvoorstellen ingediend over de geestelijke gezondheidszorg, maar bij gebrek aan consensus over de uitwerking zag nog geen enkele wet het levenslicht.

Bijkomende en voortgezette opleiding

Hoever staan de besprekingen ondertussen? De beoefenaars van de psychotherapie lijken na lange tijd hun ideologische overtuigingen opzij te hebben gezet en een consensus te hebben bereikt over de criteria die noodzakelijk zijn voor de erkenning van psychotherapie. De verenigingen zijn het erover eens dat een bijkomende opleiding van 3 à 4 jaar noodzakelijk is. Een opleiding die gegeven moet worden door erkende instellingen en waarin de vier grote stromen van de psychotherapie aan bod zullen komen: psychoanalyse en psychodynamische therapie, gedragstherapie en cognitieve therapie, systeemtherapie en gezinstherapie en experimentele en

cliëntgerichte psychotherapie.

Een toekomstige 'Hoge Geestelijke Gezondheidsraad' zal de erkenning en kwaliteitscontrole van de opleidingsinstellingen uitvoeren. Deze bijkomende opleiding zal bestaan uit een specialisatie, een soort van machtiging om psychotherapie te mogen uitoefenen, bovenop een diploma voor een beroep binnen de gezondheids- of psychosociale sector. "De bedoeling is om een kader te creëren waarbinnen psychotherapie uitgeoefend mag worden: alleen psychotherapeuten met een 'machtiging' zullen de titel van psychotherapeut mogen dragen", legt minister Onkelinx uit.

Welke gezondheidsberoepen komen in aanmerking voor een psychotherapieopleiding? Psychologen en artsen met een universitair diploma, maar ook assistenten in de psychologie, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en ergotherapeuten met een hogeschooldiploma. In de veronderstelling dat deze beroepen ook erkend zullen worden natuurlijk.

Een psycho-medisch-sociaal diploma

Over het niveau van het basisdiploma zijn de verschillende partijen het wel nog niet eens. Vooral in het zuiden van het land vindt men dat iemand met een hogeschooldiploma de bijkomende opleiding tot psychotherapeut moet kunnen volgen, terwijl men in de academische kringen en in het noorden van het land van mening is dat een master een minimale vereiste is. Françoise Daune (Platform Psy'SM) denkt dat deze kwestie opgelost kan worden door het vastleggen van de noodzakelijke voorkennis die nodig is om de psychotherapieopleiding te mogen volgen. Een piste die ook de voorkeur wegdraagt van minister Onkelinx: "De houders van een hogeschooldiploma in een psycho-medisch-sociale tak met niet alle voorkennis, zouden, afhankelijk van hun studierichting, hun niveau kunnen opkrikken door als vrije leerling

Psycholoog en huisarts, een relatie die moet groeien

Eind 2012 vond een ontmoeting plaats tussen huisartsen, psychologen en psychotherapeuten tijdens het colloquium 'Psychotherapeut en huisarts: Partners in gezondheid?'. Tijdens dit evenement dachten ze na over manieren waarop ze hun relatie kunnen verbeteren. "Huisartsen willen minder geneesmiddelen voorschrijven en meer doorverwijzen naar andere behandelingen zoals psychotherapie", vertelt Koen Lowet, voorzitter van de Belgische Federatie van Psychologen. "Ze stuiten echter op een communicatieprobleem met de psycholoog of de psychotherapeut, aangezien er vandaag niet echt een mogelijkheid bestaat tot gemeenschappelijke raadpleging of gemeenschappelijke informaticatools zoals eHealth. Het feit dat psychotherapeuten niet erkend zijn, maakt het er ook niet makkelijker op."

Tijdens de ateliers van het colloquium kwamen er verschillende ideeën bovendrijven: de noodzaak om het samenwerkingsproces te ondersteunen door het bevorderen van de gemeenschappelijke kennis tussen de arts, klinisch psycholoog of psychotherapeut (identiteit en rol van elk), meer stages in neuropsychologie en psychiatrie tijdens de opleiding tot arts, de creatie van een communicatiepunt tussen de arts en de psychotherapeut die als contactpunt fungeert, de mogelijkheid tot deelname van de psychologen of psychotherapeuten aan de LOK's (lokale kwaliteitsgroepen), enz.

bepaalde cursussen te volgen aan de universiteit of door 'modules' bij te wonen waarvan de invoering besproken zou kunnen worden met de universiteiten en de opleidingsinstellingen."

Naast het vereiste basisdiploma en een gepaste opleiding, zijn de toekomstige psychotherapeuten ook verplicht om voortgezette opleidingen te volgen, naar het voorbeeld van de artsen. Ze zullen hun praktijk ook aan een interdisciplinaire supervisie moeten onderwerpen. "Het is ook heel belangrijk om aan individueel therapeutisch werk te doen om bij te leren over het beroep en het proces", voegt Edward Van Rossen eraan toe.

Een tekst tegen de herfst?

Na verschillende vergaderingen van de werkgroep georganiseerd door het kabinet Onkelinx, waarin al de grote lijnen van een toekomstige wetgeving konden worden vastgelegd, zullen er opnieuw besprekingen volgen binnen de gezondheidscommissie van de Kamer. Ook moet er een akkoord komen over de overgangsmaatregelen voor alle psychotherapeuten die nu al actief zijn. Er zou een tekst klaar kunnen zijn tegen de herfst. De vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen lijken in elk geval optimistisch over de toekomst van hun beroep!



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



3

vragen aan Laurette Onkelinx, minister van Volksgezondheid

“De juiste kwalificaties garanderen”

Wat zijn uw prioriteiten binnen dit dossier?

Voor mij is het in de eerste plaats belangrijk om dit project in zijn geheel tot een goed einde te brengen, aangezien de verschillende aspecten ervan onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het gaat om een dringende kwestie: de vraag van de bevolking naar psychotherapeuten stijgt, net als het aantal psychotherapeuten van wie we niet kunnen garanderen dat ze er ook echt allemaal voor gekwalificeerd zijn. De bedoeling van dit project is dan ook om enerzijds de patiënten te beschermen en te zorgen dat ze terecht komen bij professionals die over de vereiste diploma's beschikken en anderzijds de gezondheidsprofessionals die ervoor gekwalificeerd zijn als dusdanig te erkennen.

Hoe kunnen de geestelijke gezondheidsberoepen opgenomen worden in het Koninklijk Besluit nr. 78 die de gezondheidsberoepen regelt?

De opname van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen in het kader, vastgelegd door het Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, zou kunnen gebeuren naar het voorbeeld van alle andere gezondheidsprofessionals (in Hoofdstuk I). Het kader voor de machtiging

voor de uitoefening van psychotherapie zou wel in een andere wettekst gebeuren dan het KB nr. 78, en dat om een simpele reden: de uitoefening van deze praktijk zou opengesteld worden voor gezondheidsprofessionals (psychiaters en klinisch psychologen), maar ook voor andere personen die niet erkend zijn als gezondheidsprofessionals (maatschappelijk werkers, psychologieassistenten, enz.).

Wat is er voorzien op vlak van deontologie en kwaliteitscontrole?

Wat de deontologie betreft, hoop ik dat we deontologische bepalingen kunnen vastleggen over de relaties tussen de psychotherapeuten, tussen de psychotherapeuten en de andere gezondheidsprofessionals of tussen de psychotherapeuten en de patiënten, maar ook over de verplichtingen van de psychotherapeuten tegenover de gemeenschap.

Wat de kwaliteitscontrole betreft, zal de machtiging voor psychotherapie verleend worden door de Hoge Raad voor Geestelijke Gezondheid op basis van precieze criteria op vlak van theoretische kennis en praktische opleiding. Ook verplichtingen op vlak van voortgezette opleiding lijken me onontbeerlijk.

De medicalisering van psychische problemen

Iedereen ziek?



Paul Verhaeghe

Een op de drie Belgen wordt ooit in zijn leven geconfronteerd met een psychische stoornis. Een op de vijf gebruikt psychofarmaca. En – misschien nog het meest verontrustend – met drie zelfdodingen per dag heeft ons land de trieste eer om bij de top drie van Europa* te horen. Vanwaar komt die explosieve toename van psychische problemen? Zijn we allemaal ziek? Of dénken we dat we het zijn? Paul Verhaeghe, klinisch psycholoog en psychoanalyticus, pleit alvast voor een andere visie op de hedendaagse psychische problemen.

De discussie over psychische diagnostiek laaide in mei dit jaar hoog op toen de Amerikaanse Psychiatrische Associatie (APA) de vijfde editie van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)' uitbracht. In de zogenaamde 'bijbel van de psychiatrie', die al meer dan 60 jaar wereldwijd gebruikt wordt door psychiaters en klinische psychologen, worden alle psychische aandoeningen opgelijst.

DSM-bilisering

Op het eerste gezicht leek het een mooie wetenschappelijke vooruitgang: eindelijk een universeel, transparant diagnostisch systeem waarmee voor aandoeningen de meest efficiënte behandeling kan worden gekozen. Maar de DSM-5 botst op hevige kritiek, ook van

Verhaeghe. "Een groot pijnpunt is dat geen enkel onderzoek erin slaagt een natuurlijke grens tussen de verschillende stoornissen

De grens tussen normaliteit en pathologie blijft een schemerzone.

aan te tonen, zelfs de grens tussen normaliteit en pathologie blijft een schemerzone. Driftbuien worden een Disruptive Mood Dysregulation Disorder en als je gedurende drie maanden wekelijks een vreetbui hebt, lijdt je aan Binge Eating Disorder."

Bovendien bestaat de kans dat je bij drie verschillende psychiaters drie verschillende diagnoses

krijgt. "Dat komt door de arbitraire diagnose van de stoornissen", aldus Verhaeghe. "Een voorbeeld: iemand moet aan vijf van negen beschreven kenmerken beantwoorden om het label Borderline Personality Disorder te krijgen. Waarom geen zes? Of zeven? En sinds dit jaar hebben volwassenen ADHD als ze vijf kenmerken aanvinken, terwijl het er daarvoor nog zes waren. Normale menselijke problemen, zoals onrust, rouw of angst, worden door die DSM-bilisering zodanig gepsychiatriseerd dat we onmiddellijk denken dat er iets mis is als we ons wat minder voelen."

Big Pharma

En dan is er nog de farmaceutische industrie, die maar al te graag de illusie wekt dat er voor elke aandoening wel een pil bestaat. "Het is

geen geheim dat de meeste mensen die meegewerkt hebben aan de DSM-5 financiële belangen hebben in de farmacologische sector”, vertelt Verhaeghe. “Als commercieel bedrijf hebben zij maar één doel: winst maken. Door mentale problemen te herdefiniëren als disorders, wordt de invulling ervan medisch en kan het praten vervangen worden door pillen.”

Nog hallucinanter is de manier waarop farmaceutische bedrijven die pillen promoten. In 1999 werd een longitudinaal onderzoek naar ADHD opgestart. De eerste resultaten wezen uit dat een behandeling met rilatine de beste resultaten gaf. “Het is dit besluit waar voorstanders zelfs vandaag nog naar verwijzen als ze het geneesmiddel voorschrijven. Maar wat de farmaceutische bedrijven niet vermelden, is dat bij de vervolgmetingen van hetzelfde onderzoek heel andere resultaten uit de bus kwamen. Dat op lange termijn psychotherapie een betere behandeling bleek dan rilatine. En dat de negatieve neveneffecten van die laatste, zoals gewichtsafname en groeivertraging, hoe langer hoe duidelijker werden.”

Een soortgelijk verhaal zien we bij antidepressiva. “Om een medicijn op de markt te mogen brengen in de Verenigde Staten, moet een bedrijf twee positieve ‘trials’ (proefopzetten bij patiënten) kunnen voorleggen. Wat het brede publiek niet weet, is dat bedrijven zoveel trials mogen opzetten als ze maar willen. Gevolg: zodra er twee positieve onderzoeksresultaten zijn, worden die massaal verspreid. Alle andere verdwijnen in een digitale lade. Op die manier hebben ze de werkzaamheid van antidepressiva kunnen ‘bewijzen’, terwijl het besluit – als je alle trials samenneemt – luidt dat er een overeenkomst van 82% is tussen de effecten van antidepressiva en een placebo.”

Einde van het DSM-tijdperk?

Dat dit alles tot een toenemende psychiatrisering en medicalisering leidt, staat als een paal boven water. Toch lijkt er aan de dominantie van DSM stilletjes een einde te komen, meent Verhaeghe. “Tot voor kort was het zo dat researchers die psychologisch en psychiatrisch onderzoek deden, dat nauwelijks gepubliceerd kregen als er geen DSM-diagnostiek aan gekoppeld was. Tot het gezaghebbende Amerikaanse National Institute for Mental Health (NIMH) een paar weken vóór de publicatie van de

“Het ideaal dat ons nu wordt opgelegd is ontzettend dwingend. Je moet de perfecte relatie hebben, de perfecte kinderen, de perfecte job ... Er is geen ruimte voor mislukkingen”

DSM-5 besloot dat het opeens niet meer nodig is om onderzoeken op de DSM-diagnostiek te baseren. Het instituut keert zich nu dus tegen de DSM, waar het al die jaren zo hoog mee opgelopen heeft. Het zal nog wel een tijdje duren eer de impact van deze beslissing duidelijk wordt, maar de komende generatie psychologen is toch al bevrijd van de DSM-druk. Je moet weten dat ze tijdens hun opleiding klinische psychologie elk jaar diagnostiek als hoofdvak kregen. En na hun studies moesten ze opeens patiënten gaan diagnosticeren op basis van check-listjes! Dat is gewoon niet ernstig, daarvoor is de menselijke problematiek te complex.”

Individu vs. maatschappij

Hoe moeten we die complexe problemen dan wel precies aanpakken? “Eerst en vooral moet er opnieuw nagedacht worden over de organisatie van de gezondheidszorg”, vindt Verhaeghe. “In België is zorg enkel mogelijk als er een DSM-diagnose aan gekoppeld is, als een soort toegangsticket. De aanpak van psychische problemen baseren op een serieuze diagnostiek in plaats van op de DSM-diagnostiek, zou alvast veel helpen. Dan kunnen we rekening houden met wat de beste behandeling is voor elke patiënt, in plaats van een one-size-fits-all model.”

Dan is er natuurlijk de vraag of zo’n individuele benadering van psychische problemen wel haalbaar is, nu de wachtlijsten van psychiaters, psychologen en centra voor geestelijke gezondheidszorg steeds langer worden. “Het zou alleszins gepaard moeten gaan met gezondheidseducatie”, zegt Verhaeghe. “Mensen moeten dringend beseffen dat we niet alles kunnen controleren en beheersen. We worden nu eenmaal regelmatig geconfronteerd met problemen en ongelukkige situaties, maar vandaag mag dat precies niet meer. Het ideaal dat ons nu wordt opgelegd is ontzettend dwingend. Je moet de perfecte relatie hebben, de perfecte kinderen, de perfecte job ... Er is geen ruimte voor mislukkingen.”

Toch is het volgens Verhaeghe te gemakkelijk om alles op de maatschappij te steken. “Psychiatrie en psychologie zijn erg moeilijke disciplines, die zowel een maatschappelijk als een individueel luik hebben. Het is dus een constante evenwichtsoefening om mentale problemen te behandelen. Een pilletje en wat elementaire gedragstherapie volstaan niet.”

Hellen Smeets

hellen.smeets@mlz.be

* Zie het rapport ‘Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België?’, gepubliceerd door Itinera Institute in juli 2013.



Studie

Depressie bij jongeren: te weinig psychotherapie

4 à 5 procent van de jongeren maakt een depressie door. De aangewezen behandeling bij de leeftijdsgroep van 12 tot 18 jaar is in de eerste plaats psychotherapie. Uit een onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen naar de consumptie van antidepressiva bij deze doelgroep blijkt dat de behandeling van depressieve aandoeningen echter verre van optimaal is.

Depressie bij jongeren is een probleem dat vaak voorkomt, ook al wordt de diagnose niet vaak genoeg gesteld. De aandoening vormt een grote risicofactor voor zelfmoord en overdadig gebruik van verslavende middelen (alcohol, drugs,...) en heeft een grote invloed op de schoolresultaten en sociale relaties.

De symptomen verschillen naargelang de leeftijd: op 12-jarige leeftijd uit depressie zich vooral in lichamelijke symptomen, bij de 14- tot 15-jarigen in overgevoeligheid en agressiviteit en bij de 17-18-jarigen in neerslachtigheid en zelfmoordgedachten. Een groot verschil met het klassieke klinische patroon van depressie bij volwassenen, wat een verklaring kan zijn voor de onderdiagnose van depressie bij jongeren.

Resultaten van de studie

De bevolkingsgroep die de Onafhankelijke Ziekenfondsen onder de loep namen, bestaat uit jongeren van 12 tot 18 jaar die in 2011 minstens één antidepressivum (van de klasse ATC NO6A) namen. In totaal gaat het om een steekproef bij 2.391 jongeren, ofwel 1,6% van de leden van deze volledige leeftijdsgroep. Uit de facturatiegegevens van de ziekenfondsen kunnen we geen specifieke diagnose van een behandeling afleiden. We zijn er dan ook van uitgegaan dat deze antidepressiva voorgeschreven werden in het kader van een depressie.

Consumptie van antidepressiva lager dan de prevalentie

De prevalentie van depressie bij jongeren is 4 à 5%, met twee keer zoveel meisjes als jongens. Het aandeel jongeren dat antidepressiva slikt, ligt laag (1,6%) en blijft onder deze prevalentie.

Op basis van dit resultaat zouden we dan ook kunnen besluiten dat de behandeling van depressie binnen deze bevolkingsgroep in België correct gebeurt volgens

de bestaande aanbevelingen. Depressie bij jongeren moet inderdaad in eerste instantie behandeld worden met psychotherapie. Een geneesmiddelenbehandeling is pas aangewezen bij zwaardere depressies én als aanvulling op psychotherapie.

Het gebrek aan een officiële erkenning van psychotherapeuten (psychiaters uitgezonderd) en de niet-terugbetaling van de raadplegingen die eruit voortkomen, zorgen er echter voor dat de toegang tot psychotherapie in ons land beperkt is.

Huisarts, de eerste voorschrijver

De eerste voorschrijver wordt geïdentificeerd op basis van de eerste terugbetaling van een antidepressivum in de boekhouding van het jaar 2011. De kwalificaties van de zorgverleners werden ondergebracht per groep van zorgverleners: huisartsen, psychiaters + neurologen (inclusief kinderpsychiaters), kinderartsen + neuropediateren en allerlei (andere kwalificaties). Voor de ziekenhuisopnames zijn de voorschrijver niet in onze gegevens opgenomen.

Tabel 1

Zorgverlener die 1e antidepressivum voorschrijft

	Huis-artsen	psychiater+neuro	pediater+neuro	ziekenhuis-opname	allerlei
12-18 jaar	57%	28%	1%	10%	3%

Zoals tabel 1 aantoont, schrijft de huisarts als eerste antidepressiva voor bij jongeren in 57% van de gevallen. De initiële klasse van de antidepressiva varieert ook naargelang de kwalificatie van de voorschrijver. Het is geen verrassing dat in de meeste gevallen selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) voorgeschreven worden. Fluoxetine, het enige geneesmiddel dat officieel geregistreerd is voor de behandeling van matige tot ernstige depressies bij

Tabel 2

Eerste voorschrijving in functie van het soort geneesmiddel en de voorschrijver

ATC (4)		huisarts	psychiater+ neuro	pediater + neuro	ziekenh.opname	allerlei	totaal
N06AA	Niet-selectieve monoamine heropnameremmers	10%	15%	24%	4%	33%	12%
N06AB	Selectieve serotonine-heropnameremmers	64%	62%	45%	51%	49%	61%
N06AX	Andere antidepressiva	26%	23%	31%	44%	19%	27%

jongeren onder de 18 jaar, vertegenwoordigt slechts 8% van de SSRI-voorschriften. Sertraline, enkel aanbevolen voor de behandeling van compulsief obsessieel gedrag bij de bestudeerde leeftijdsgroep, maakt dan weer 25% uit van de SSRI-voorschriften. Let wel: er bestaat weinig bewijs van de doeltreffendheid van antidepressiva bij jongeren onder de 18 jaar en de meeste geneesmiddelen op de Belgische markt zijn niet geregistreerd voor de behandeling van depressie bij jongeren. Ze hebben echter wel hun plaats in de praktijk, bij gebrek aan beter onderzochte alternatieven.

Duur van de consumptie van antidepressiva

De duur van de consumptie wordt berekend op basis van de gemiddelde dagdosis of DDD (de Defined Daily Dose, de door de WGO aanbevolen dagelijkse dosis, voorgeschreven voor de hoofdindicatie bij een volwassene van 70 kg), vermenigvuldigd met het aantal gevallen in de database .

Tabel 3

Duur van de consumptie (12-18 jaar)

< 1 M	1- 2M	2- 3M	3-6M	6-12M	> 1 jaar
31%	20%	8%	18%	13%	10%

In 31% van de gevallen namen de jongeren de antidepressiva gedurende minder dan een maand en in 59% van de gevallen minder dan drie maanden. De vraag is of dergelijke voorschriften wel zin hebben, aangezien een ernstige depressie gedurende 6 à 9 maanden behandeld moet worden.

Slechts 23% van de jongeren neemt het antidepressivum langer dan 6 maanden- een percentage dat zou kunnen overeenstemmen met de zwaardere gevallen waarvoor een farmacologische behandeling echt aangewezen is.

De consumptieduur van antidepressiva verschilt ook naargelang het soort geneesmiddel dat wordt voorgeschreven. Zoals blijkt uit de tabel 4 worden de SSRI's (Selectieve serotonine-heropnameremmers) langer genomen.

Tabel 4

Consumptieduur (dagen)

ATC (4)		N*	Gem.	Mediaan
N06AA	Niet-selectieve monoamine heropnameremmers	306	36	17
N06AB	Selectieve serotonine heropnameremmers	1568	266	98
N06AX	Andere antidepressiva	848	69	30

* N: het aantal keer dat de ATC-code aangerekend werd in 2011. Eenzelfde individu kan tijdens het jaar 2011 meerdere geneesmiddelen genomen hebben.

De behandelingsduur verschilt ook naargelang de eerste voorschrijver: in 60% van de gevallen schreef een huisarts de kortste voorschrijfperiodes van antidepressiva (minder dan een maand) voor.

Weinig psychiatrische ziekenhuisopnames

De psychiatrische ziekenhuisopnames hebben voornamelijk betrekking op verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis en in de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis. Ze konden geïdentificeerd worden aan de hand van de uitgaven in de verplichte verzekering in bepaalde RIZIV-groepen. De duur van de verzorging in het ziekenhuis kon echter niet geëvalueerd worden.

Zoals we kunnen vaststellen in de tabel 5, zijn ziekenhuisopnames zeldzaam: slechts 13% van de jongeren met een depressie verblijft in het ziekenhuis of in een psychiatrische dienst.

Tabel 5

Ziekenhuisopname per leeftijdsgroep

Ziekenhuis-opname	12-14 jaar	14-16 jaar	16-18 jaar	12-18 jaar
NEE	81%	86%	90%	87%
JA	19%	14%	10%	13%

Een andere interessante vaststelling: hoe ernstiger de depressie (consumptie van een antidepressivum gedurende 7 à 12 maanden), hoe groter het aantal ziekenhuisopnames, tot 18% voor alle jongeren van 12 tot 18 jaar samen.

Psychotherapie komt te weinig voor

Psychotherapie is van essentieel belang bij de behandeling van depressie bij jongeren. De Onafhankelijke Ziekenfondsen wilden weten hoe vaak een beroep gedaan werd op een psychotherapeut bij jongeren die antidepressiva nemen. Aangezien psychotherapie-sessies (door een therapeut die geen psychiater is) niet terugbetaald worden, hebben we een schatting gemaakt van het aantal psychotherapieën op basis van de terugbetalingen in de aanvullende verzekering. Het resultaat is wel slechts een indicatie en zeker een onderschatting van de werkelijke frequentie van psychotherapie-sessies.

Volgens onze analyses hebben psychotherapeuten (niet-psychiater) ongeveer 11% van de jongeren opgevolgd die een antidepressivum nemen. Dit aandeel is groter bij de 12- en 13-jarigen en stijgt naarmate de consumptie van antidepressiva langer duurt. Als men de psychotherapieën door een psychiater toevoegt, werden ongeveer 27% opgevolgd.

Conclusies

Lichte tot matige vormen van depressie bij jongeren moeten behandeld worden met psychotherapie, aangevuld met antidepressiva bij de zwaarste gevallen. De studie op basis van de gegevens van de jongeren die lid zijn van de Onafhankelijke Ziekenfondsen legde een groot verschil bloot tussen de realiteit en de aanbevelingen van goede praktijk:

- Slechts een **minderheid (11%)** van de jongeren die antidepressiva slikken, **volgt tegelijk ook een**

psychotherapiebehandeling*. Zelfs al zijn de beschikbare gegevens een onderschatting van het aantal jongeren dat psychotherapie volgt, mogen we toch besluiten dat er veel te weinig een beroep gedaan wordt op deze vorm van behandeling van depressie. Het gebrek aan de (h)erkenning en terugbetaling van psychotherapie* is hier zeker een verklaring voor. Het feit dat te weinig mensen op de hoogte zijn van de tegemoetkoming van de aanvullende verzekering doet hier ook geen goed aan.

- **Te veel antidepressiva worden ingenomen gedurende een te korte periode** (31% < 1 maand, 59% < 3 maand) en zijn dus ongepast als behandeling.
- **60%** van de consumptie van antidepressiva van minder dan een maand wordt voorgeschreven **door een huisarts**. Aangezien de diagnose van depressie bij jongeren allesbehalve eenvoudig is, kunnen we ons vragen stellen bij de noodzaak van het voorschrijven van antidepressiva bij bepaalde jongeren.

Een van de beperkingen van de studie ligt in het feit dat we geen kennis hebben van de diagnose die aan de basis ligt van het voorschrift van het antidepressivum (klasse ATC NO6A). Dit verandert echter niets aan de draagwijdte van onze besluiten, die toegepast kunnen worden op de verschillende aandoeningen die behandeld worden met de geneesmiddelen binnen deze klasse.

Op basis van deze studie kunnen we besluiten dat het voorschrijven van antidepressiva bij jongeren een probleem vormt en dat de behandeling van de depressieve problemen bij deze bevolkingsgroep lang niet optimaal is.



Ingrid Umbach en **Vanessa Vanrillaer**
Dienst Studies & Strategie
Onafhankelijke Ziekenfondsen

* psychotherapie door psychiater niet ingesloten.

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

Professionalisering van psychotherapie



- De Onafhankelijke Ziekenfondsen raden aan om depressie bij jongeren te laten behandelen door zorgverleners die de nodige expertise en ervaring hebben.
- De terugbetaling van de psychotherapie-sessies door een psychotherapeut (zonder een diploma van psychiater) zou toegekend moeten worden op basis van de volgende criteria:
 - ♦ officiële erkenning van de titel van psychotherapeut op basis van objectieve elementen;
 - ♦ vastlegging van de soorten psychotherapie die terugbetaald mogen worden op basis van de EBM-criteria (en de mening van experts).
 - ♦ voorschrijven en opvolging van de psychotherapie door een zorgverlener met de nodige expertise en ervaring in het veld*.

* Cf International Code of Medical Ethics (World Medical Association)

Alternatieven voor een opname in een instelling

Multidisciplinaire netwerken bevorderen

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, die dateert van 2010, begint langzaam maar zeker vorm te krijgen. Dit grote hervormingsproject van de psychiatrie richt zich in de eerste plaats op de mogelijkheid om patiënten zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te verzorgen, dankzij multidisciplinaire netwerken die het belang van familie en vrienden erkennen.

In een psychiatrisch ziekenhuis leven patiënten in een cocon, volledig afgesloten van de buitenwereld. Zo verliezen ze alle voeling met hun leefomgeving, wat hen al snel ontmoedigt om hun herstelproces in eigen handen te nemen. Nochtans zijn er ook heel wat mensen met mentale problemen waarvoor een systematische ziekenhuisopname helemaal niet nodig is... De 19 projecten 107*, verspreid over Vlaanderen, Brussel en Wallonië, richten zich daarom op deze doelgroepen.

Welk model invoeren?

De hervorming is gegroeid vanuit de vaststelling dat België deel uitmaakte van de landen van de Europese Unie met de meeste psychiatrische bedden. Zowat overal in Europa stapten landen de laatste dertig jaar meer en meer af van deze 'bedpsychiatrie', ten voordele van verschillende alternatieven. Zo bedraagt de psychiatrische beddenscapaciteit in Zweden nog slechts 10% en blijven er in Rijsel vandaag nog slechts 24 bedden over van de 300 die beschikbaar waren in 1970.

In België gingen een heel aantal partners – ziekenhuizen, huisartsen, psychiaters, psychologen, centra voor gezinsplanning, wijkgezondheidscentra, patiëntenverenigingen – rond de tafel zitten om een nieuw zorgmodel uit te broeden. Het doel:

de patiënten zoveel mogelijk in hun eigen omgeving en binnen hun sociale vangnet verzorgen, dankzij de uitstippeling van een therapeutisch parcours op maat en vooral dankzij multidisciplinaire netwerken waar de mensen uit hun onmiddellijke omgeving deel van uitmaken.

Afstappen van de 'bedpsychiatrie'



5 functies

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op 5 functies, die nodig zijn voor een optimale coördinatie van het project.

- **Activiteiten inzake preventie, promotie van de gezondheidszorg, vroegtijdige opsporing, screening en diagnosestelling.**

Deze functie heeft betrekking op de basismissies van hulpverlening en verzorging. Het gaat om acties die zowel gericht zijn op preventie, vroegtijdige opsporing als eerste interventie. Dat impliceert ingaan op een aanmelding en de organisatie van een oplossing dicht bij huis, gebaseerd op een diagnose die een gepast antwoord kan bieden op de psychische en psychologische moeilijkheden.

- **Ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel acute als chronische psychische problemen**

Deze tweede functie heeft betrekking op de behandelingsteams in een thuisomgeving, die zich enerzijds richten op personen in acute situaties en anderzijds op personen met chronische psychiatrische problemen. Deze functie vormt een alternatief voor de ziekenhuisopname, dankzij de onmiddellijke en intensieve interventie bij acute situaties en waarvan de intensiteit en de duur aangepast zullen worden aan personen met een chronische problematiek.

- **Rehabilitatieteams die werken rond sociale re-integratie**

De derde functie kadert binnen de sector van de psychosociale rehabilitatie en stelt de patiënten in staat om zich opnieuw in de maatschappij en het beroepsleven te integreren. Dit programma op maat zorgt ervoor dat deze patiënten de nodige vaardigheden kunnen ontwikkelen om autonoom te functioneren in het dagelijkse leven en weer hun (sociale en culturele) leven kunnen opnemen binnen de gemeenschap. Daarnaast worden ook aangepaste beroepsmogelijkheden uitgewerkt.

...

- **Intensieve residentiële behandelunits wanneer een opname noodzakelijk blijkt**

Deze functie betreft het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving niet aangewezen is. Deze kleine units zijn gericht op verblijven van korte duur. Een constante communicatie met o.a. de naaste familie garandeert de link met het sociale netwerk van de patiënten. Op die manier wordt de mogelijkheid van een terugkeer naar de thuisomgeving en integratie in de maatschappij zo groot mogelijk gehouden.

- **Specifieke woonvormen wanneer de organisatie van noodzakelijke verzorging in het thuismilieu onmogelijk is**

De vijfde functie heeft betrekking op de ontwikkeling van specifieke woonplaatsen voor personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek, die moeite hebben met de integratie in de maatschappij. Deze programma's zijn bedoeld om de personen te helpen bij de organisatie van hun dagelijkse leven. Ze worden georganiseerd in de vorm van beschut wonen, gesuperviseerde appartementen of elke andere aangepaste woonvorm.

De mobiele teams onder de loep

Hermes Plus, een van de tweetalige ambulante teams in Brussel, is actief sinds begin 2013. Augustin Forget, medecoördinator van het team, geeft ons een overzicht van de dagelijkse werking van deze teams. "Wij bieden een alternatief voor verzorging in een ziekenhuis: de patiënt wordt in zijn eigen leefmilieu verzorgd, waardoor we de moeilijkheden waarmee hij geconfronteerd wordt, makkelijker kunnen begrijpen", legt hij uit. "Bij een ziekenhuisverblijf is het voor de persoon moeilijker om de band met zijn familie en zijn sociale en professionele leven in stand te houden." Hoe verloopt de verzorging dan concreet? "Wanneer

een professional, arts of maatschappelijk werker bij een van zijn patiënten een probleem van psychiatrische oorsprong vaststelt, neemt hij contact met ons op. We zetten dan meteen een netwerk op met de arts, een psychiater en mensen uit zijn familie, naaste omgeving en soms zelfs zijn beroepsmilieu. Dit gebeurt uiteraard in overleg met de patiënt, die integraal deel uitmaakt van het proces. Vanaf de creatie van het netwerk krijgt de patiënt regelmatig het bezoek van het mobiele team, dat bestaat uit psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, opleiders en tussenpersonen. Die nemen allemaal de tijd om met de persoon te praten, naar hem te luisteren en hem gerust te stellen."

Eindelijk een stem voor de naaste omgeving

Similes is een van de vele partners van de Projecten 107. Deze vereniging voor gezinnen en naasten van personen met psychische problemen, levert inspanningen om de medische en politieke wereld te sensibiliseren om de belangrijke rol van de naaste omgeving te erkennen.

"Het is de eerste keer dat gezondheidsprofessionals zich tot ons richten en ons uitnodigen om deel te nemen aan een grondige hervorming van de psychiatrische zorg", vertelt Martine Vermeylen, psychologe en voorzitter van Similes. "We moeten de band tussen de zieke en zijn familie zoveel mogelijk beschermen. Wij hebben altijd al de klemtoon gelegd op therapeutische verbinding. De gezondheidsprofessionals zijn zich maar al te goed bewust van de doorslaggevende rol die familie kan spelen bij de samenwerking. Daarom hebben we een praktische gebruikersgids opgesteld voor de verzorgers, een samenwerking tussen Similes Vlaanderen en Similes Wallonië, die je kan raadplegen op onze website."



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be



Hermes Plus

Vertoont een van uw patiënten psychiatrische symptomen? Dan kunt u zich voor de zone Brussel richten tot de ambulante teams van Hermes Plus op het nummer 02 201 22 00, van maandag tot vrijdag van 9u tot 15u. Er zijn nog andere projecten verspreid over de verschillende gewesten die al langer bestaan en 24u op 24 en 7 dagen op 7 mobiele teams ter beschikking stellen. Meer informatie? Neem een kijkje op www.psy107.be

Similes Vlaanderen

Als een van uw patiënten aan een geestelijke ziekte lijdt, kan dit zwaar doorwegen op hem en zijn familie. Similes zorgt o.a. voor de opvang en psychologische en sociale hulpverlening aan personen met psychische aandoeningen en hun naaste omgeving. Meer informatie? Neem een kijkje op <http://nl.similes.be>

Geestelijke gezondheid in Cambodja



Meer dan 10.000 mensen die een trauma opgelopen hebben bij de gruweldaden van de rode Khmer hebben een aangepaste behandeling en begeleiding gekregen. Deze grootschalige actie is het resultaat van een project rond geestelijke gezondheid dat in 2006 door de NGO Louvain Coopération werd ontwikkeld. Dit project richt zich niet enkel op de patiënten, maar ook op hun naasten. Zij weten namelijk niet altijd hoe ze met geestelijke en psychosociale problemen moeten omgaan. De lokale zorgverleners krijgen specifieke opleidingen en bezoeken de patiënten thuis. De verzorging is op die manier veel toegankelijker. In de toekomst zou dit project uitgebreid worden naar het ganse land. Met de steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, werd Louvain Coopération genomineerd voor de Dr. Guislainprijs 2013. Deze award wordt uitgereikt aan een project dat zich enorm heeft ingezet om de stigmatisatie van geestelijke ziektes te bestrijden. De winnaar zal bekendgemaakt worden in oktober. Op dit moment werken Louvain Coopération en de Onafhankelijke ziekenfondsen samen aan de oprichting van ziekenfondsen in Benin en een landsbond in Togo.

www.louvaincooperation.org

Bold verdwijnt



Het is op de Europese Dag tegen Obesitas dat Bold, de enige Belgische vereniging van obesitaspatiënten, aangekondigd heeft dat ze stopt met haar activiteiten. "We hebben onze vereniging stopgezet wegens een tekort aan financiële middelen. Dat is het gevolg van een gebrek aan erkenning van obesitas als ziekte. Overal wordt benadrukt hoe belangrijk een patiëntenorganisatie is bij gezondheidspolitiek, maar jammer genoeg zal onze stem, bij gebrek aan private en publieke subsidies, steeds minder gehoord worden", legt voorzitter Jean-Paul Allonsius uit.

17,3%

van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen nam in 2010 een antidepressivum.

14^e

Dat is de plaats die België inneemt op de Active Ageing Index. Deze index brengt in kaart hoe het potentieel van ouderen in alle EU-lidstaten beter benut zou kunnen worden om actief ouder worden in een goede gezondheid te bevorderen.

De volgende afspraken van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

17/09	Atelier IMA over grensoverschrijdende gezondheidszorg	www.nic-ima.be
29/09	Health Pro Brussels Expo	www.healthpro.be
3/10	Well Done Awards	www.welldoneawards.be
5/11	Symposium rond feminisering (2e editie)	www.mloz.be
18&19/11	Diabetessymposium Gent	www.diabetessymposium.be
22&23/11	Congres Voeding en gezondheid in Brussel	www.voedingscongres.be
23/11	Stakeholdersmeeting VAN (apothekers) o.v.	www.vlaamsapothekersnetwerk.be

Diabetes

“We moeten afstappen van het klassieke model dat de zorgsector verdeelt”

Onderzoek en innovatie zijn de drijvende kracht van de gezondheidssector. Een nauwe samenwerking tussen ziekenfondsen, artsen, verpleegkundigen, universiteiten en zorgverenigingen is hierbij cruciaal om de onderzoeksprioriteiten te bepalen en om tot een betere verstandhouding tussen de verschillende actoren van de zorgsector te komen. Met een nieuw telecoachingproject voor patiënten met type 2 diabetes bewijzen de Onafhankelijke Ziekenfondsen dat dit mogelijk is. Philippe Van Wilder, directeur Studie & Strategie, en Irina Odnoletkova, verantwoordelijke Innovatie, leggen uit hoe.



Philippe Van Wilder Irina Odnoletkova

Het telecoachingproject is een primeur voor België. Hoe is het tot stand gekomen?

Philippe Van Wilder - Uit ons vorige project 'Zorg TV' is al gebleken dat er nood is aan bijkomende begeleiding van chronische patiënten en dat ziekenfondsen daarvoor kunnen zorgen, in samenwerking met zorgverstrekkers. Aanvankelijk dachten we dat de recente technologieën, zoals online videogesprekken, hier een belangrijke rol in konden spelen, maar patiënten verkozen de vertrouwde telefoon om vanop afstand te communiceren met de begeleider.

Irina Odnoletkova - En zo zijn we, in samenwerking met Partena Ziekenfonds en met de steun van publieke en private financiering, in april 2012 gestart met het telefonische coachen van diabetespatiënten. We schreven een brief naar leden die voor het onderzoek in aanmerking kwamen, met de vraag of ze wilden deelne-

men. De respons was buiten onze verwachtingen: het is ons gelukt om bijna 600 belangstellenden in de studie op te nemen.

Hoe verloopt de coaching precies?

I.O. - De begeleiding bestaat uit 5 maandelijkse telefoonsessies van ongeveer 30 minuten, gegeven door diabeteseducatoren. Dat zijn diëtisten en verpleegkundigen die getraind zijn in het begeleiden van diabetespatiënten. Tijdens de eerste sessie kijken de educatoren naar de medische voorgeschiedenis van de patiënt en stellen ze een risicoprofiel op. Op basis van dat profiel stellen ze zijn individuele streefwaarden voor en overleggen ze hierover met de behandelende arts. De coaches leggen het belang van regelmatige controles uit en helpen de patiënten om een actieplan op te stellen. Dat bevordert de therapietrouw en zorgt voor een beter beheer van diabetes door

bewust de levensstijl aan te passen. Het verslag van iedere sessie wordt naar de patiënt en zijn huisarts opgestuurd.

P.V.W. - Een grote meerwaarde van ons project is het wetenschappelijk karakter ervan. De educatoren werken op basis van richtlijnen die internationaal gevalideerd zijn. Hun advies is dus evidence-based. De universiteiten van Leuven en Gent werken bovendien mee aan de opzet en het analyseplan van het project. Van de 600 diabetespatiënten krijgt de helft een klassieke behandeling en de andere helft een klassieke behandeling plus de telecoaching. De twee universiteiten gaan ons helpen om de resultaten te analyseren en het project te evalueren.

Zijn er al voorlopige conclusies?

I.O. - Op de resultaten is het nog even wachten, het programma loopt nog tot 2014. Pas daarna kan

de balans opgemaakt worden. Wat we wel al met zekerheid kunnen zeggen, is dat de samenwerking met de andere zorgverstrekkers een succes op zich is. Solidariteit voor het Gezin zorgt voor de diabeteseducatoren die onze leden contacteren. Ook Domus Medica, de Vlaamse Diabetesvereniging en Tabakstop werken mee aan het project.

P.V.W. - De educatoren zijn de perfecte aanvulling voor de huisartsen. Ongeveer 1 op de 3 leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn chronische patiënten. We kunnen dus aannemen dat als een huisarts 1.000 patiënten heeft, meer dan 300 daarvan aan een chronische ziekte lijden. En met de vergrijzing zal dat aantal alleen maar toenemen. Die mensen allemaal actief begeleiden, is bijzonder arbeidsintensief en tijdrovend. De educatoren ontlasten de arts dus een beetje van die taak, zonder hem over het hoofd te zien. De taken van de educator kunnen enkel aanvullend zijn.

Wat zijn de belangrijkste voordelen van zo'n telecoachingproject?

P.V.W. - Het belangrijkste is natuurlijk het interactieve aspect. We willen niet gewoon aanbevelingen doorsturen naar een patiënt, we willen ook weten hoe hij zich voelt: heeft hij moeite om fysieke inspanningen te leveren of om zijn eetgewoontes aan te passen? Zijn er financiële of sociale problemen die de toegang tot de zorg bemoeilijken? Die interactie is nodig om te zien hoe een patiënt een chronische ziekte in het dagelijkse leven ervaart en aanpakt. We hopen ook dat door coaching complicaties niet alleen vroegtijdig worden opgespoord, maar ook dat ze later in het chronische ziekteproces zouden optreden, wat dan weer kostenbesparend zou werken.

I.O. - Dat kostenbesparend werken is trouwens ook een belangrijk aspect van telecoaching. Een groot



Coaching is een belangrijke slaagfactor van de behandeling

deel van het budget van de educatie binnen zorgtrajecten gaat vandaag naar verplaatsingskosten en administratie. Dat kunnen we met telecoaching alvast gedeeltelijk uitsparen. Terwijl we tegelijkertijd meer mensen kunnen bereiken!

Dit is een pilootproject. Denken jullie eraan om de telecoaching uit te breiden naar andere ziektes?

I.O. - Wij hebben besloten om diabetes als onderzoekspathologie te kiezen omdat diabeteseducator een erkend beroep is in België. Voor andere chronische aandoeningen bestaat er nog geen functie van educator in de eerste lijn. Daarnaast is het ook een steeds meer voorkomende chronische ziekte, waarbij een goede begeleiding noodzakelijk is. Uit de resultaten van ons onderzoek zal blijken of de inspanningen die we met de telecoaching geleverd hebben, effectief bijdragen tot een betere gezondheidstoestand van de patiënt. Als dat zo is, kunnen we denken aan een uitbreiding naar andere chronische ziekten. We hopen dan op steun van de overheid. In sommige landen is telefonische coaching in het kader van secundaire preventie al terugbetaald.

P.V.W. - Het is een grote investering, dus we zullen prioriteiten moeten stellen. Hypertensie, ook wel de 'stille doder' genoemd, is net als diabetes een pathologie die steeds vaker voorkomt in België en die een enorme comorbiditeitslast op de patiënt legt. Patiënten die

langdurig aan een verhoogde bloeddruk worden blootgesteld, zijn erg vatbaar voor complicaties. Als dit eerste telecoachingproject goede resultaten oplevert, kunnen we het onderzoek dus misschien naar deze chronische ziekte uitbreiden.

Geven zulke projecten een nieuwe dimensie aan de rol van de ziekenfondsen?

I.O. - Zeker, gezondheidspromotie is één van onze belangrijkste missies. Met de data die wij beheren, kunnen we gerichte preventieprogramma's aan de juiste doelgroepen aanbieden en op die manier de gezondheidsrisico's van onze leden en de financiële lasten voor de maatschappij helpen verminderen. Samenwerking met zorgverstrekkers is daarbij van groot belang, want de bedoeling is natuurlijk niet om de zorg te versnipperen, maar om de patiënt en zijn zorgteam te ondersteunen.

P.V.W. - Ik ben bijzonder blij dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen hoofdpromotor zijn van dit project. We moeten dringend afstappen van het klassieke model van enerzijds de verzekeringsinstellingen, anderzijds de zorgverstrekkers en de overheid als scheidsrechter. Er is nood aan een globale visie over de toegang tot zorg met een specifieke en aanvullende rol voor alle actoren. Dit telecoachingproject bewijst dat dit perfect mogelijk is.



Hellen Smeets
hellen.smeets@mlaz.be

Arbeidsongeschiktheid

Disability Case Management: de toekomst van de arbeidsre-integratie?

Hoe langer iemand thuis zit door gezondheidsproblemen, hoe kleiner de kans dat hij het werk nog zal hervatten. Een van de nieuwe methodieken om arbeidsre-integratie vlotter te laten verlopen, is Disability Case Management. Maar wat omvat dit innovatieve concept nu precies? Health Forum ging te rade bij Saskia Decuman, een Disability Case Manager die werknemers met chronische reumatische aandoeningen individueel begeleidt!

Disability (Case) Management is een systematisch bedrijfsbeleid dat een betere begeleiding beoogt van werknemers met langdurige gezondheidsproblemen en/of functionele beperkingen. Deze methodiek omvat twee pijlers: de ondersteuning en coaching bij individuele re-integratietrajecten en de responsabilisering en begeleiding van bedrijven om een beleid te voeren tot gericht is op jobbehoud en re-integratie. Om dit proces in goede banen te leiden, is het belangrijk dat één centrale actor, de Disability Case Manager (DCM), alles coördineert. Saskia Decuman, bachelor in de ergotherapie en master in medisch-sociale wetenschappen, houdt zich als DCM voornamelijk bezig met het laatste aspect. "Ik begeleid personen die door een chronische reumatische aandoening dreigen uit te vallen of uitgevallen zijn op de arbeidsmarkt", verduidelijkt ze. "Dat zoveel mogelijk mensen in de arbeidsactieve leeftijd effectief aan de slag zijn, is zowel voor hen zelf als voor de maatschappij erg belangrijk. Daarom doen we er alles aan om hen ofwel preventief te ondersteunen, ofwel om hen indien mogelijk te helpen bij werkhervatting", verklaart ze.

Drie domeinen

Het concrete takenpakket van een Disability Case Manager bestaat uit drie domeinen:

- **Wettelijk kader:** "het huidige wettelijke kader rond arbeidsre-integratie is zeer complex", vertelt Saskia Decuman. "Het is dan ook aan ons om de verschillende betrokken partijen (patiënt, huisarts, reumatoloog, adviserend geneesheer, ...) binnen het traject goed te informeren en aan onderlinge informatie-uitwisseling te doen. 'Verkeerde' beslissingen kunnen namelijk ernstige nadelige gevolgen hebben voor de patiënt."

- **Jobmatching:** een DCM moet de job(omgeving) afstemmen op de mogelijkheden van de individuele patiënt. Daarbij maken ze een onderscheid tussen werknemers die dreigen uit te vallen en mensen die al uitgevallen zijn. "Bij de eerste groep onderzoeken we concreet hoe we de risicofactoren binnen de werksituatie kunnen aanpakken (bv. hulpmiddelen inschakelen en/of aanpassen van de werkplaats) en hoe we persoonsgerelateerde factoren kunnen bijsturen (bv. durven praten over problemen op de werkvloer met de werkgever)", zegt Decuman. "Als een patiënt eenmaal uitgevallen is, bekijken we eerst of hij of zij nog kan terugkeren naar de oude job. Indien wel, doen we dezelfde oefening als bij mensen die dreigen uit te vallen. Indien niet, zoeken we naar een nieuwe job die afgestemd is op de resterende capaciteiten."
- **Communicatie:** bij een individueel begeleidings-traject zijn vele partijen betrokken. Het is aan de DCM om de communicatie tussen deze personen op elkaar af te stemmen, zodat de samenwerking optimaal verloopt. De DCM is verantwoordelijk voor een goede coördinatie van het geheel aan stappen die ondernomen moeten worden.

Individuele begeleiding

Hoe ziet zo'n individueel traject er nu precies uit? "Ik werk steeds via een doorverwijzing van de reumatoloog en met de toestemming van de patiënt", dixit Saskia Decuman. "In eerste instantie heb ik een overleg met de behandelende reumatoloog over de problemen van de patiënt, zijn huidige functioneren en de eventuele externe en persoonlijke factoren die daarop een invloed kunnen hebben. Daarna volgt een intake gesprek waarin tal van zaken aan bod komen.



De opvolging van werknemers met chronische reumatische aandoeningen verbeteren

Ik geef uiteraard eerst een korte voorstelling van mezelf en leg uit waarom de reumatoloog de patiënt doorverwezen heeft. Ik overloop met de patiënt zijn loopbaan tot op heden. Welke jobs heeft hij al gedaan, voor hoelang en waarom moest hij ermee stoppen? Als de patiënt nog aan de slag is, evalueren we samen hoe diens huidige functie verloopt en wat er moet veranderen om te kunnen blijven functioneren. Ik hanteer daarbij een zeer open vraagstelling om te komen tot een probleemstelling vanuit het perspectief van de patiënt.”

“Op basis van de antwoorden van de patiënt, verleen ik dan advies op maat van zijn noden en behoeftes, bv. gesprek aanvragen bij de arbeidsgeneesheer om te bespreken welke minimale aanpassingen op de werkvloer zouden kunnen gebeuren, een tussentijds een gesprek vragen aan de adviserend geneesheer om een progressieve tewerkstelling te bespreken, doorverwijzing naar de VDAB in functie van een aanvraag van tewerkstellingsondersteunende maatregelen, ... Aansluitend op de begeleiding van de patiënt verzorg ik ook de feedback naar de behandelende reumatoloog. Nadien volg ik uiteraard op in welke mate het advies opgevolgd is en of er eventueel moet bijgestuurd worden. Sommige vraagstellingen zijn eenvoudig en vereisen slechts een eenmalige interventie.”

 www.disability-management.be

Het belang van DCM

In hun '10 krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg' wijzen de Onafhankelijke Ziekenfondsen al op het belang van Disability Case Management (DCM) om arbeidsre-integratie vlotter te laten verlopen. Saskia Decuman treedt dat standpunt bij en plaatst tegelijkertijd nog een kleine kanttekening: “De systematische aanpak van DCM op drie domeinen (wettelijk kader, jobmatching en communicatie) moet inderdaad resulteren in een efficiënte begeleiding van de patiënt”, vertelt ze. “DCM is echter niet de enige manier om mensen weer aan het werk te helpen of ze aan de slag te houden. Er zijn nog andere methodieken die ook hun waarde hebben en eventueel aanvullend zijn. Door de complexiteit van deze verschillende methodieken is het echter moeilijk om ze met elkaar te vergelijken. Uiteraard zullen deze verschillende methodieken heel wat raakvlakken hebben. Het belangrijkste is echter dat er meer en meer aandacht is voor de begeleiding van patiënten met betrekking tot het uitvoeren van een betaalde job.”

 Steven Vervaeet

steven.vervaet@mloz.be

De Disability Case Manager, een M/V met vele talenten

Om dergelijke individuele trajecten rond arbeidsre-integratie tot een goed einde te brengen, moet de Disability Case Manager van vele markten thuis zijn. Zo moet de DCM onder meer:

- over zeer **goede communicatieve vaardigheden** beschikken
- op de hoogte zijn van het **wettelijke kader op de diverse beleidsniveaus** en deze kennis up to date houden
- over een grondige kennis beschikken over de **arbeidsmarkt** (bv. knelpuntberoepen), in staat zijn om een **job- en taakanalyse** te doen om zicht te krijgen op de vereiste competenties voor een job (eventueel in overleg met bv. de VDAB)
- een analyse kunnen doen van de **capaciteiten van de patiënt**



Borstkanker door BRCA1- en BRCA2-gen

Genetische opsporing in enkele vragen

Sinds de recente onthullingen van Angelina Jolie is preventieve mastectomie een heet hangijzer geworden. Nchtans wordt deze ingreep al meer dan tien jaar uitgevoerd. Het resultaat van deze plotse aandacht is dat borstkankers, veroorzaakt door het BRCA1- of BRCA2-gen, nu zowel voor verhoogde waakzaamheid als nodeloze angst zorgen. Wanneer bestaat er een kans op een genetische afwijking? Hoe verloopt de opsporing? Martine Berlière, gynaecologe, en dokter François Duhoux, oncoloog van het Kankercentrum van het Universitaire Ziekenhuizen Saint-Luc, geven tekst en uitleg!

Welke criteria bepalen of een genetische opsporing aangewezen is?

Het is moeilijk om een ultieme lijst op te stellen met alle criteria die kunnen bepalen of een genetische opsporing aangewezen is. We kunnen wel een indicatie geven. Als er binnen eenzelfde familietak bijvoorbeeld meerdere personen met borstkanker zijn, dan bestaat de kans dat een mutatie heeft plaatsgevonden. Daarnaast is het ook aangewezen om, zelfs zonder familiale voorgeschiedenis van kanker, een opsporing te doen in geval van eierstokkanker, borstkanker op een zeer jonge leeftijd (onder de 36 jaar), de zogenaamde 'triple negatieve' borstkanker, borstkanker bij mannen of borstkanker bij iemand van Joods-Asjkenazische afkomst. De mutatie wordt autosomaal dominant doorgegeven. Dit betekent dat mannen de mutatie ook kunnen doorgeven zonder dat ze zelf kanker krijgen.

Hoe gebeurt de opsporing?

De opsporing moet verplicht uitgevoerd worden in een centrum voor genetica. Voor de test plaatsvindt, moet namelijk eerst een elektronische stamboom opgesteld worden met alle antecedenten van

de familie. Als een mutatie wordt vastgesteld, kan men zich daarop baseren om te beslissen welke tests aan de familie voorgesteld zullen worden. In de centra voor genetica zijn ook steeds gespecialiseerde psychologen aanwezig om de patiënten voor te bereiden op de gevolgen van een negatieve of positieve test.

Bestaat er een bepaalde opvolging voor de familieleden als de test een mutatie aantoon?

Als een mutatie wordt vastgesteld, kunnen er doelgerichte tests voorgesteld worden aan de verwanten van de eerste graad (ouders, broers en zussen, kinderen). Kinderen worden nooit getest vooraleer ze meerderjarig zijn. Als in een familie bij iemand met kanker een afwijking in de BRCA1- of BRCA2-genen wordt vastgesteld en deze afwijking wordt niet teruggevonden bij een andere persoon uit dezelfde familie, dan kan die laatste (voorlopig) op beide oren slapen. Deze persoon loopt dan namelijk evenveel risico om borst- of eierstokkanker te ontwikkelen als de doorsnee persoon. Die persoon moet dus op dezelfde manier opgevolgd worden als een persoon zonder antecedenten in de

familie. Als de afwijking wél bij een verwante wordt vastgesteld, dan moet deze persoon op een specifieke manier opgevolgd worden.

In welke gevallen wordt preventieve mastectomie voorgesteld aan de patiënte?

Profylactische mastectomie wordt voorgesteld aan de patiënte als alternatief voor een opvolging middels controlebezoeken. De persoon wordt daarbij heel strikt omkaderd: de mening van twee specialisten, een reconstructiechirurg en een oncopsycholoog, informatie over de voordelen, de risico's, de gevolgen, het esthetische resultaat, de nadelen, de complicaties, ... Er is ook een bedenktijd van 4 maanden en de goedkeuring gebeurt tijdens een pluridisciplinaire overlegvergadering. Een profylactische adnexectomie (chirurgische ingreep waarbij de eileiders en eierstokken verwijderd worden) is bespreekbaar vanaf 35 jaar (als de kindervens vervuld is). Deze ingreep wordt ten laatste aanbevolen op 40-jarige leeftijd (BRCA1) of op 50-jarige leeftijd (BRCA2).



Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be

5% van de borstkankers

De genetische afwijkingen van het BRCA1- en BRCA2-gen zijn verantwoordelijk voor 20 tot 40% van de gevallen van erfelijke borstkanker, maar maken nog geen 5% uit van alle gevallen van borstkanker. Voor meer dan 50% van de gevallen van erfelijke borstkanker bestaat geen verklaring.

Grensoverschrijdende gezondheidszorg

De mobiele patiënt: bijna voor morgen?

Op 25 oktober 2013 is het zover: dan treedt de nieuwe Europese richtlijn rond grensoverschrijdende gezondheidszorg in werking. Baart dit pakket aan maatregelen een muis of zijn er straks echt geen grenzen meer voor de Europese patiënt? Health Forum vat de belangrijkste evoluties voor de mobiele patiënt samen!

Het had heel wat voeten in de aarde, maar tijdens het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie eind 2010 bereikten het Europese Parlement en de Europese Ministerraad dan toch een akkoord over de richtlijn over grensoverschrijdende zorg. De Europese lidstaten waren de afgelopen maanden dan ook druk in de weer met de omzetting van de richtlijn naar hun nationale wetgeving en op 25 oktober 2013 moet hun huiswerk af zijn. Deze hervorming omvat een breed pakket aan maatregelen dat grensoverschrijdende medische verzorging moet reguleren en vooral twee grote doelstellingen moet realiseren. Eerst en vooral moet de richtlijn de **rechtszekerheid van de mobiele patiënt optimaliseren** middels uniforme regels voor alle Europese lidstaten en transparantere informatie voor de patiënt. Daarnaast moeten de maatregelen de lidstaten **aanzetten tot meer samenwerking** op vlak van gezondheidszorg.

Dat de richtlijn zowel geldt voor publieke als private ziekenhuizen, is van groot belang. Dit betekent bijvoorbeeld dat de ziekenhuizen geen hogere tarieven mogen aanrekenen dan deze die gelden voor de inwoners in het land van behandeling. Tot nu toe pasten private ziekenhuizen de Europese rechtsregels inzake grensoverschrijdende verzorging namelijk niet toe.

Welke maatregelen?

Maar welke verplichtingen moeten de lidstaten in de praktijk brengen om die ambitieuze doelstellingen waar te maken? De volgende maatregelen staan centraal:

- Nieuwe regels rond de **terugbetaling van medische verzorging** in het buitenland
- Een nieuwe procedure voor het aanvragen van de **toestemming van het ziekenfonds voor een behandeling in het buitenland**
- **Transparantere informatieverstrekking** van de verstrekkers naar de patiënten toe zodat ze met kennis van zaken een keuze kunnen maken over een eventuele behandeling
- Oprichting van **nationale contactpunten** in elke lidstaat om Belgische verzekerden en buitenlandse patiënten te informeren over hun rechten en de te volgen procedures
- Wederzijdse erkenning tussen de lidstaten van de

voorschriften voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen

- Oprichting van **Europese referentienetwerken van zorgverleners en expertisecentra** in het kader van een betere samenwerking rond bepaalde moeilijk behandelbare aandoeningen en medische technologieën
- Oprichting van **Europese netwerken voor eHealth en Health Technology Assessment (HTA)**

Waar staan we op dit moment?

Met de deadline van 25 oktober 2013 in zicht zijn de FOD Volksgezondheid en het RIZIV volop bezig met bovenstaande maatregelen in de praktijk te brengen. Zo komt er sinds oktober 2012 op het RIZIV een werkgroep met vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen samen om de nieuwe tarifieringsregels en de nieuwe procedure voor het bekomen van een toestemming voor een behandeling in het buitenland te bespreken. Twee wetswijzigingen in dat verband zijn ondertussen al goedgekeurd. Daarnaast is het netwerk rond eHealth gelanceerd en maakt

Geneesmiddelen kopen in het buitenland met een Belgisch voorschrift zal straks mogelijk zijn



de FOD Volksgezondheid werk van de oprichting van een nationaal contactpunt. Dat zal bestaan uit een callcenter en een website. De federale en regionale overheden hebben hierover al een akkoord gesloten. Wat de geneesmiddelenvoorschriften betreft, heeft Europa de gegevens gepubliceerd die moeten worden overgenomen als een verzekerde geneesmiddelen of medische hulpmiddelen koopt in het buitenland. Het Belgische voorschrift zou dus in die zin aangepast moeten worden.

Belangrijke evolutie

Als de nieuwe richtlijn helemaal van kracht is, betekent dat een belangrijke evolutie voor de mobiele patiënt die zich over de grens wil laten behandelen. Zo zullen de verschillende maatregelen een positieve impact hebben op de patiëntenmobiliteit, informatieverstrekking, de aankoop van geneesmiddelen, referentienetwerken, eHealth en HTA.

Wat de **patiëntenmobiliteit** betreft, zal een patiënt in principe geen toestemming meer moeten vragen aan het ziekenfonds om zich ambulante te laten verzorgen in een andere lidstaat. Bij de terugkeer in het thuisland zal de verzekerde daarnaast ook recht hebben op dezelfde terugbetaling als deze die hij zou gekregen hebben bij dezelfde behandeling in het thuisland. Voor ziekenhuisopnames, dure behandelingen en onderzoeken kunnen de lidstaten wel een procedure van voorafgaandelijke toestemming in het leven roepen (bv. België). Ook als de behandeling in het buitenland niet erkend is of in het thuisland niet wordt terugbetaald door de ziekteverzekering, kan de patiënt voor onaangename verrassingen komen te staan.

Om de **informatieverstrekking te verbeteren**, zullen nationale contactpunten de patiënt beter inlichten over onder meer terugbetalingsvoorwaarden, kwaliteits- en veiligheidsnormen, procedures bij klachten of geschillen, ... Daarnaast zullen mensen hun **geneesmiddelen en medische hulpmiddelen** kunnen kopen

in een buitenlandse apotheek met een voorschrift uit hun thuisland. Deze maatregel geldt echter niet voor medische verstrekkingen (bv. voorschrift voor kinesitherapie). De **creatie van referentienetwerken** moet dan weer de samenwerking tussen Europese ziekenhuizen bevorderen, waardoor de uitwisseling van expertise gestimuleerd wordt en de capaciteiten voor onderzoek, diagnosestelling en behandeling beter op elkaar afgestemd worden. Voor een dergelijk netwerk denkt men in eerste instantie vooral aan zeldzame ziekten.

Ten slotte, op vlak van **eHealth en HTA** (Health Technology Assessment), moet een betere uitwisseling van informatie en best practices leiden tot een betere interoperabiliteit en zorgcontinuïteit, alsook tot netwerken om te komen tot vergelijkbare en overdraagbare informatie over de relatieve efficiëntie en doeltreffendheid van nieuwe technologieën, behandelingen of vormen van zorgorganisatie. Ziekenfondsen zullen ook deel uitmaken van het netwerk rond HTA.

Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Het is voorlopig nog koffiedik kijken of de invoering van deze richtlijn tot een grotere stroom van buitenlandse patiënten zal leiden in België. Als dat het geval zou zijn, kan het Observatorium voor patiëntenmobiliteit alvast een belangrijke rol spelen bij deze grensoverschrijdende evolutie. De werkzaamheden van dit orgaan bestaan namelijk uit het verzamelen van gegevens over buitenlandse patiënten die zich laten behandelen of onderzoeken in België, het nagaan van de gevolgen van deze instroom en het controleren van de toegepaste tarieven voor buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen.



Steven Vervaeet
& Christian Horemans

Nood aan correcte en transparante informatie

- Het gevaar bestaat dat er slogans zullen opduiken als 'Geen grenzen meer voor de Europese patiënt'. Niets is echter minder waar. In sommige gevallen hangt een terugbetaling af van de toestemming van het ziekenfonds, in andere gevallen zal er geen terugbetaling zijn omdat de verstrekking in België niet opgenomen is in de nomenclatuur. We moeten ons dus hoeden voor simplistische communicatie.
- Met deze richtlijn wordt het regelgevende kader van de grensoverschrijdende verzorging nog complexer. De ziekenfondsen zullen dus een cruciale rol (blijven) spelen in het correct informeren van hun verzekerden.
- De zorgverstrekkers moeten op transparante wijze communiceren over o.a. de prijs en kwaliteit van de verleende zorg. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn ervan overtuigd dat deze Europese verplichting ook de Belgische patiënt ten goede zal komen.
- Rond zeldzame aandoeningen biedt de richtlijn heel wat mogelijkheden om de grensoverschrijdende mobiliteit van deze patiënten te versoepelen. In de huidige omzetting wordt hier echter weinig aandacht aan besteed. De Onafhankelijke Ziekenfondsen hopen dat België in de toekomst het juridische potentieel van de richtlijn in deze materie optimaal zal gebruiken.

Thuisdialyse: hoe doen we het beter voor minder geld?

70% van de patiënten gaat naar het ziekenhuis voor hemodialyse. Uit een onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt nochtans dat thuisdialyse veel goedkoper is. Hoe kunnen we die laatste optie aanmoedigen? Enkele pistes op een rijtje...

Uit de studie van de consumptiegegevens van de leden die behandeld worden via nierdialyse (Health Forum maart 2013) bleek dat 70% van de patiënten behandeld wordt **via hemodialyse in het ziekenhuis (ZHD)**. Dit is de duurste vorm van dialyse, zowel voor de maatschappij als de patiënt. Thuisdialyse is een pak goedkoper, maar komt maar weinig voor (+/-10%) en dan gaat het voornamelijk om **peritoneaaldialyse (PD)**. Het beperkte gebruik van PD kan niet verklaard worden door zuiver medische redenen. Enkele specifieke indicaties en contra-indicaties buiten beschouwing gelaten, is deze vorm van dialyse namelijk even doeltreffend als hemodialyse (HD) en de twee methodes mogen allebei en op elke leeftijd gebruikt worden. Bovendien biedt PD de dialysepatiënt voordelen op vlak van comfort, flexibiliteit, levenskwaliteit en kostprijs.

Hemodialyse thuis (HDT) komt in België zelfs nog minder voor

(<1%). Die optie biedt nochtans ook heel wat voordelen op vlak van efficiëntie en gebruikscomfort tegenover **HD in een satellieteenheid (HDS)** of in een ziekenhuis: de uurroosters zijn flexibeler, de dialyses zijn gemakkelijker te combineren met een beroepsactiviteit, ze kunnen vaker uitgevoerd worden (5 à 7 keer per week), ze kunnen ingekort worden of zelfs 's nachts uitgevoerd worden en ze leveren een beter functioneel resultaat op. Bovendien zijn ze minder duur en hebben ze een grotere kostenefficiëntie dan de hemodialyse in het ziekenhuis (ZHD).

Analyse van de oorzaken

Als ze goed geïnformeerd worden over de verschillende dialysemethodes, geeft ongeveer 50% van de patiënten de voorkeur aan thuisdialyse. Maar waarom is thuisdialyse dan zo zeldzaam in België? Om dit fenomeen be-

ter te begrijpen, hebben we de wetenschappelijke literatuur geraadpleegd, zijn we nagegaan hoe dit in het buitenland wordt aangepakt en hebben we de mening gevraagd van de nefrologen.

1. Kenmerken van de dialysepatiënten

• Leeftijd

De leeftijd waarop patiënten beginnen met dialyse ligt in België gemiddeld 5 tot 9 jaar hoger dan in andere Europese landen en de groei van het aantal dialysepatiënten ligt het hoogst bij de ouderen. Oudere personen blijken systematischer hun dialyse te ondergaan in het ziekenhuismilieu. Dat toont ook onze studie aan: de mediaanleeftijd van de patiënten behandeld in het ziekenhuis ligt hoger dan die van de patiënten behandeld in een buurtcentrum of thuis (tabel 1).

• Geassocieerde chronische aandoeningen

De studie toonde geen opmerkelijk verschil aan in het aantal geassocieerde chronische aandoeningen bij

Tabel 1

leeftijd in functie van de dialysemethode

Soort dialyse	Aantal	Leeftijd				Aandeel ≥ 70 jarigen
		Gemiddelde	Minimum	Maximum	Mediaan	
hemodialyse in het ziekenhuis	997	69,1	3	96	73	57,6%
hemodialyse in een satellieteenheid	272	66,2	20	93	69	49,6%
peritoneaaldialyse	149	63,0	3	92	67	43,6%
hemodialyse thuis	12	47,0	33	75	45	8,3%

Tabel 2

aantal geassocieerde aandoeningen en mortaliteit op basis van de dialysemethode

Aantal geassocieerde chronische aandoeningen	ZHD (ziekenhuis)		HDS (satellieteenheid)		PD (peritoneaaldialyse)	
	%	% gecumuleerd	%	% gecumuleerd	%	% gecumuleerd
0	18,0	18,0	22,4	22,4	8,1	8,1
1	34,9	52,9	40,1	62,5	45,6	53,7
2	27,9	80,7	24,3	86,8	32,2	85,9
3	13,2	94,0	10,3	97,1	8,1	94,0
4	4,9	98,9	2,6	99,6	4,7	98,7
≥ 5	1,1	100,0	0,4	100,0	1,3	100,0
Mortaliteit *		22,6%		11,0%		11,4%

*alle oorzaken samen, geen exacte interpretatie mogelijk

de behandelde patiënten volgens de verschillende dialysemethodes (tabel 2). De aanwezigheid van andere aandoeningen waarvoor een ziekenhuisopname nodig zou zijn, vormt dus een onvoldoende verklaring voor het grote aantal oudere patiënten dat kiest voor ZHD.

De mortaliteit ligt echter twee keer hoger bij de patiënten behandeld via ZHD (tabel 2), wat suggereert dat deze patiënten geassocieerde aandoeningen zouden kunnen hebben die ernstiger en complexer zijn. Noch een gevorderde leeftijd noch de aanwezigheid van comorbiditeit vormen op zich een contra-indicatie voor peritoneaaldialyse (PD) thuis. De mogelijkheid van terugbetaalde hulp van een thuisverpleegkundige bij het opstarten van een dialyse-installatie zorgt ervoor dat eventuele praktische obstakels bij de uitvoering van de PD bij ouderen of personen die niet vertrouwd zijn met de techniek, tot een minimum beperkt blijven. Uit de studie blijkt echter dat heel weinig PD-patiënten hiervan gebruik maken.

De PD kan ook gemakkelijk uitgevoerd worden bij personen die in een rusthuis verblijven, zodat de (vaak oude) patiënt zich niet herhaaldelijk naar een ziekenhuis moet begeven voor de dialysesessies.

2. Onvoldoende informatie

Zowel de geraadpleegde experten (Professor Gert Verpooten, UZA en Professor Michel Jadoul, UCL)

als de aanbevelingen van de goede praktijk van verschillende landen hameren op het belang van volledige en objectieve informatie voor de patiënt over de verschillende dialyseopecties en op diens betrokkenheid bij de keuze van de meest gepaste dialysemethode.

Ongeveer 2 op de 3 Belgische dialysecentra beschikken over een informatieprogramma bij aanvang van de dialyse. **Dit betekent dat ongeveer 1/3 van de centra niet systematisch informatie verleent aan de patiënten.** Bovendien bestaan er geen Belgische aanbevelingen over de materie, waardoor de kwaliteit van de informatie afhankelijk is van het centrum dat hen behandelt.

3. Financiële belangen

Als we rekening houden met alle terugbetalingen – dialyseforfait en medische erelonen – , dan levert de ZHD winst op voor het dialysecentrum (en de zelfstandige nefroloog), terwijl voor PD de kosten net gedekt zijn. **In de meeste ziekenhuizen worden de winsten van de dialyse gebruikt om financiële tekortkomingen binnen andere ziekenhuissectoren te compenseren.**

Uit een Belgische economische studie¹ blijkt dat de winst van het dialysecentrum maximaal is, wanneer 28% van de dialyses 'extramuros' gebeurt, wat de realisatie van dialyses buiten het ziekenhuis niet stimuleert en de artsen en beheerders niet echt aanmoedigt om thuisdialyse te

ontwikkelen.

Bovendien heeft het bestaan van een financiële incentive voor de uitvoering van dialyses of extramuros geleid tot de creatie van verschillende dialysebuurtcentra, waarvan sommige in de onmiddellijke omgeving van de ziekenhuisdialysecentra gelegen zijn en andere verder weg. De kleinere afstanden voor de patiënten en de noodzaak om de structuren winstgevend te maken, zorgt ervoor dat **het gebruik van deze dialysebuurtcentra ten koste gaat van de ontwikkeling van thuisdialyse.**

Hoe thuisdialyse aanmoedigen?

Volgens de experts en de wetenschappelijke literatuur zijn er bepaalde pistes die thuisdialyse kunnen bevorderen.

→ De patiënt informeren

- De patiënt moet volledige en objectieve informatie krijgen over de verschillende manieren waarop terminale nierinsufficiëntie (TNI) aangepakt kan worden. De informatie moet begrijpelijk zijn en aangepast aan de specifieke klinische situatie van de persoon. Zowel de meningen van andere patiënten en het gespecialiseerde personeel als de informatie van de omgeving kunnen hierbij nuttig zijn.
- De informatie moet gegeven

worden voor de aanvang van de dialyse, de patiënt moet de tijd krijgen om alles te laten bezinken en hij moet betrokken worden bij de keuze van de dialysemethode. In dit opzicht moet thuisdialyse of in een centrum van bij het begin aangemoedigd worden en dit ongeacht de leeftijd van de betrokken persoon.

- De creatie van aanbevelingen over de inhoud en de vorm van de verstrekte informatie, zou de verschillen tussen de centra moeten kunnen beperken.
- Om alle patiënten correct te informeren vóór de dialyse, zou deze informatie opgenomen kunnen worden in het zorgtraject 'nierinsufficiëntie'.

→ Cijfermatige doelstellingen vastleggen

- In verschillende landen heeft de overheid doelstellingen vastgelegd rond het percentage thuisdialyse dat bereikt moet worden:
 - **Frankrijk** (Instructie DGOS 2012): de nationale doelstelling tegen 2018 mikt op 45% van de patiënten 'buiten centrum', waarvan 19% in PD (33% in 2013 en 40% in 2016 tegenover 28% in 2010).
 - **Denemarken** (MTV 2006): het aantal patiënten in dialyse

extramuros verhogen van 30% naar 45%, voornamelijk door het aandeel van de patiënten in autodialyse en in PD te verhogen en de toename van de HDT.

- **Verenigd Koninkrijk** (NHS 2010): minimaal 35% van de dialysepatiënten die thuis behandeld worden, waarvan minimaal 10% door HDT en minimaal 25% via PD.
- **Noorwegen** (Helsedirektoratet 2006): het aandeel van de patiënten in PD verhogen van 15% naar 30% tussen 2005 en 2015.
- **In België zijn de huidige financiële incentives onvoldoende om de keuze voor goedkopere dialysemethodes** (zie hoger) te stimuleren. Men zou niet alleen doelstellingen moeten vastleggen voor de patiëntenverhouding die bereikt moet worden voor de verschillende dialysemethodes extramuros, maar ook voor het maximumpercentage van chronische ZHD en dit op basis van precieze en objectieerbare criteria.

→ De financiering herzien

- De meeste betrokken partijen zijn het erover eens dat de terugbetaling van de dialyse

herzien moet worden, maar ze zijn er zich ook van bewust dat de huidige situatie ingewikkeld is, door een lange geschiedenis van aanpassingen die de dialyse overstijgen. Er moet bijvoorbeeld rekening gehouden worden met het feit dat elke aanpassing van de terugbetaling van de ZHD gevolgen zal hebben op de financiële situatie van de ziekenhuizen. Het hoge aantal ZHD's heeft dan ook niet alleen te maken met zuiver medische noden, er staat ook op financieel vlak wat op het spel. Als alleen het bedrag van de terugbetaling van de ZHD vermindert, kunnen de gevolgen verder reiken dan het departement van de nefrologie alleen.

- De terugbetaling van de dialyse zou moeten gebeuren op basis van de werkelijke kosten en de incentives voor de alternatieven voor ZHD zouden herzien moeten worden. Bijvoorbeeld:
 - Dezelfde terugbetaling voor de verschillende methodes
 - Financiële incentive voor thuisdialyse, zoals in bepaalde regio's van Italië
 - De medische erelonen in het ziekenhuis verminderen en een ereloon voorzien voor de opvolging buiten het ziekenhuis.

Ingrid Umbach & Güngör Karakaya
 Dienst Studie en Strategie
 Onafhankelijke Ziekenfondsen

Meer informatie en duurzame financiering

De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderstrepen het belang van objectieve en volledige informatie voor de patiënt vóór de dialyse en diens betrokkenheid bij de keuze van de dialysemethode.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen bevelen ook aan om:

- de terugbetaling van de verschillende dialysemethodes te herzien om een duurzame, transparante en kostenefficiënte financiering te verzekeren (door rekening te houden met de impact op de ziekenhuisfinanciering).
- doelstellingen vast te leggen (resultaten die bereikt moeten worden) met concrete cijfers en data voor de verschillende dialysemethodes.
- 'evidence-based medicine'-richtlijnen te ontwikkelen voor een geïntegreerde tenlasteneming van de nierinsufficiëntie en de zorgtrajecten 'nierinsufficiëntie' aanpassen door de informatie vóór de dialyse en regelmatige evaluatie van de gevolgen ervan op de praktijk erin op te nemen.

1. Cleemput I, De Laet C. Analysis of the costs of dialysis and the effects of an incentive mechanism for low-cost dialysis modalities. Health Policy (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.001>



Van de vervrouwelijking van huisartsengeneeskunde naar een generatiefenomeen

Vandaag de dag zijn de aula's van de faculteit geneeskunde voor 70% gevuld met vrouwelijke studenten. Die vervrouwelijking gaat gepaard met een algemene evolutie binnen de huisartsengeneeskunde zelf, bijvoorbeeld meer groepspraktijken en een diversificatie van de activiteiten. Moet de opleiding van artsen aangepast worden aan deze nieuwe evolutie? En hoe kunnen we het beroep opnieuw aantrekkelijk maken, zeker bij de mannen? Marco Schetgen, vice-docent aan de Faculteit Geneeskunde van de ULB, geeft zijn mening over dit maatschappelijke fenomeen.

Hoe verklaart u de omvang van de vervrouwelijking van het beroep van huisarts?

Dr. Marco Schetgen - Huisartsen oefenen vandaag de dag hun beroep helemaal anders uit. Het is die evolutie die de vervrouwelijking binnen de huisartsengeneeskunde in de hand heeft gewerkt, ondanks de moeilijkheid van het beroep. Zo werken nog maar weinig jonge artsen in hun eentje. Een eigen praktijk is iets dat volgens mij op termijn dan ook zal verdwijnen. Maar let op, velen denken bij groepspraktijken aan een medisch huis, maar groepspraktijken bestaan in verschillende vormen. Zo werken jonge artsen vandaag vaak met 2, 3 of 4 samen in minder gestructureerde groeperingen dan een medisch huis, met minder verplichtingen, maar waar ze de taken beter kunnen verdelen. Zo'n samenwerkingsstructuur biedt de mogelijkheid tot deeltijds werk en een beter evenwicht tussen het privé- en beroepsleven. Bovendien zijn de carrières van huisartsen veel minder op voorhand uitgestippeld dan vroeger. 20 tot 30 jaar geleden werkte een jonge arts 40 jaar lang als huisarts. Vandaag stellen we vast dat de artsen meer van afwisseling houden. Jonge artsen investeren naast hun werk als

arts ook steeds meer tijd in andere activiteiten als gezinsplanning, Kind en Gezin of centra voor preventieve geneeskunde.

Een andere verklaring voor het grote aantal vrouwen die afstuderen als arts ligt bij de slaagkansen van de opleiding. We weten namelijk al lang dat meisjes van 18 en 19 jaar volwassener zijn dan jongens als ze naar de universiteit gaan. Aangezien de zwaarste selectie in de eerste jaren valt, vertaalt die maturiteit zich in betere resultaten.

Heeft de vervrouwelijking gevolgen voor de opleiding tot huisarts?

M. S. - Binnen de huisartsengeneeskunde leiden we heel veel mensen op aan de hand van seminaries. We geven de voorkeur aan onderwijs op basis van klinische gevallen. Met een voornamelijk vrouwelijk publiek liggen de gevoeligheden natuurlijk anders. Aan de basisopleiding hebben we niets veranderd: artsen moeten altijd een hartinfarct, een longembolie of griep kunnen verzorgen. De psychologische en sociale aspecten van de behandeling van klinische gevallen pakken vrouwen echter vaak anders aan.

Zijn er bepaalde kenmerken voor de manier waarop vrouwen hun patiënten behandelen?

M. S. – Onderzoek toont aan dat vrouwelijke huisartsen langere raadplegingen houden, dat ze meer empathie tonen naar de patiënten toe en, wat interessant is voor het kostenplaatje van de gezondheidszorg, dat ze minder geneesmiddelen voorschrijven. Vandaar dat het vaak interessant is om beide geslachten in een groepspraktijk te hebben.

Hoe kunnen we de mannen warm maken voor huisartsengeneeskunde?

M. S. – De eerste stap is de opwaardering van het beroep, een proces dat nu al aan de gang is. De laatste jaren ging het beroep van huisarts er namelijk zowel financieel als organisatorisch enorm op vooruit. Vele collega's zullen dit betwisten, maar toch is het zo! Het loon van een huisarts is op 5 jaar tijd met 40% gestegen. Welk ander beroep in België kan uitpakken met zulke cijfers? Het is waar dat we laag gestart zijn... maar we hebben nu behoorlijke lonen en zijn niet langer verplicht om 60 uur per week te werken.

Een andere piste zou kunnen zijn om de selectie aan het begin van de studie te herzien. Op dit moment blijft het eerste jaar geneeskunde een heel zwaar selectiejaar, wat natuurlijk ontmoedigend werkt. Ik denk dat we een systeem zouden moeten invoeren dat zorgt voor een betere aanpassing aan de eisen van de universiteit. Ik ben dan ook voorstander van de invoering van een ingangsexamen voor geneeskunde met de optie van een voorbereidend jaar voor degenen die niet geslaagd zijn. Zo kunnen ze zich aan het niveau aanpassen, de juiste studeermethodes aanleren enz. Ik denk dat we op die manier jonge mannen kunnen overtuigen om voor geneeskunde te kiezen en later ook voor huisarts te gaan.

“De eerste stap is de opwaardering van het beroep, een proces dat nu al aan de gang is. De laatste jaren ging het beroep van huisarts er namelijk zowel financieel als organisatorisch enorm op vooruit.”

Hebben de vervrouwelijking en de evolutie van de praktijken geen gevolgen voor de huidige organisatie van de huisartsengeneeskunde?

M. S. – Inderdaad, qua planning en organisatie van het zorgsysteem moeten we er vanuit gaan dat een arts die vandaag met pensioen gaat, en meer bepaald een huisarts, vervangen zal moeten worden door anderhalve arts. De quota's zullen dus herzien moeten worden. Daarnaast zitten we met minder mannelijke en vrouwelijke artsen, die bovendien geen 60 uur per week meer willen werken. We moeten dus nadenken over hoe we een hele reeks taken kunnen uitbesteden, iets dat vandaag de dag nog lang niet aanvaard wordt.

Wat zijn de mogelijke oplossingen om een huisarts een deel van zijn taken te laten uitbesteden?

M. S. – Nederland is een interessant voorbeeld. Bij onze bovenburen zijn er twee keer minder huisartsen per inwoner dan in België, waar we rond 1 huisarts per 1.000 inwoners schommelen. Ze pakken het echter op drie vlakken anders aan: de patiënten mogen hun huisarts niet kiezen, ze moeten naar de dichtstbijzijnde huisarts

gaan. Alle huisartsen werken daarnaast in medische centra, m.a.w. in groep. Huisartsen hebben dus geen eigen praktijk. Bovendien nemen de verpleegkundigen van deze centra een deel van het werk van de huisartsen over, zoals regelmatige huisbezoeken aan chronische patiënten, bloeddruk meten, enz. Dit zou een denkpiste kunnen zijn om het gebrek aan artsen in de eerstelijnsverzorging op te lossen.

Interview door **Nathalie Renna**
nathalie.renna@mloz.be



Symposium - 5 november 2013

Meer vrouwelijke waarden in de zorg: een meerwaarde voor de patiënt?

Neem deel aan de tweede editie van ons symposium in het teken van feminisering en de impact ervan op de gezondheidszorg!

Wat zijn de verwachtingen van de patiënt anno 2013? Kiest de patiënt bewust voor een vrouwelijke arts? Welke interactiepatronen tekenen zich af in de relatie arts-patiënt? Bieden zogenaamde 'vrouwelijke waarden' een meerwaarde in het uiteindelijke succes van de behandeling? Maakt de feminisering van de algemene geneeskunde het beroep minder aantrekkelijk voor mannen en welke initiatieven kunnen de kunst van het genezen weer in de schijnwerpers plaatsen? Over deze verschillende thema's zal een namiddag lang gedebatteerd worden.

Geïnteresseerd? Kom op 5 november 2013 naar de Onafhankelijke Ziekenfondsen.
Ontdek het volledige programma op de laatste pagina van dit magazine!

Boeken

Voeding en dementie

Eten is meer dan zomaar voedingsstoffen opnemen. Het is een dagelijks ritueel met een culturele, sociale en ook medische dimensie. Maar wat als dit ritueel niet meer loopt als vroeger, bij mensen met dementie bijvoorbeeld? Dit boek schetst een theoretisch kader rond deze problematiek, maar wil vooral een praktische tool zijn voor de omgeving van mensen met dementie. Hoe moet u voeding aanbieden? Hoe moet u omgaan met slikprocessen? Of u nu mantelzorger, professionele hulpverlener of student bent, dit boek



reikt u tal van handvatten aan om op een kwaliteitsvolle manier aan de slag te gaan!

Als eten een zorg wordt..., Boerjan Sabine, Acco, 2013, 128 blz., ISBN 978-90-334-9253-2

Het leven zoals het is: slechthorendheid!

Welke impact heeft slechthorendheid op mensen met gehoorproblemen en hun omgeving? Die vraag is de rode draad doorheen dit boek. Vooral de gewone, dagdagelijkse dingen staan daarbij centraal: werken, sporten, vrienden maken, naar school gaan, ... Slechthorenden leggen uit wat het betekent om gehoorproblemen te hebben en ouders van slechthorende kinderen getuigen over het ouderschap. Naast die ervaringsverhalen en een theoretisch kader reikt Annemiek Deij ook vele praktische tips aan, zowel voor slechthorenden als hun omgeving. Kortom, essentiële lectuur voor iedereen met gehoorproblemen en al wie omgaat met slechthorenden.



Gehoord worden. Omgaan met slechthorendheid, Annemiek Deij, Acco, 2013, 232 blz., ISBN 978-90-334-9223-5

De kleinsten in de kliniek

Een ziekenhuisopname zet het leven op z'n kop, zeker bij de allerkleinsten. Een kind in het ziekenhuis is dan ook een kwetsbaar kind dat een specifieke benadering vereist, ook op psychologisch vlak. Daarom doet Ilse Ackermans, lector aan de K.U.Leuven, in dit boek enkele belangrijke aspecten uit de doeken die medebepalend zijn voor het psychologische welzijn van het kind tijdens de ziekenhuisopname. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie, de participatie van het kind en zijn omgeving aan de zorg, de manier van omgaan met informatie, stress bij kinderen, ...: het komt allemaal uitgebreid ter sprake!



Het kind in het ziekenhuis, Ilse Ackermans, Garant, 2013, 160 blz., ISBN: 978-90-441-3019-5

Verdwaald in de taal

Hun handicap mag dan wel onzichtbaar zijn, maar dat maakt de onzekerheid en schaamte bij kinderen met een taalstoornis er niet minder groot om. Nochtans zijn deze jongeren vaak echte spraakwaterfallen, als ze tenminste de kans krijgen. En dit boek biedt hen die kans. 'Spraaktaal' is namelijk een werkboek dat deze jongeren de nodige handvatten aanreikt voor het denken en praten over het leven met een taalstoornis. De toegankelijke informatie en talrijke voorbeelden maken hen dan ook zelfbewuster en sterker. Daarnaast is dit boek ook essentieel leesvoer voor familieleden, vrienden en leerkrachten van kinderen met een taalstoornis.



Spraaktaal, Isarin Jet, Acco, 2013, 176 blz., ISBN 978-90-334-9181-8



Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

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

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

www.mloz.be



Save the date!
dinsdag 5 november 2013 om 13.30u

Meer vrouwelijke waarden in de zorg: een meerwaarde voor de patiënt?

2de editie SYMPOSIUM

'Impact van de feminisering op de zorgsector'

De feminisering in de zorgsector blijft de gemoederen beroeren. Niet enkel die van zorginstellingen, universiteiten, overheden, huisartsen, pediaters, tandartsen ... maar ook die van patiënten. Na een succesvol eerste symposium in september 2012 over dit boeiende thema, gaan de Onafhankelijke Ziekenfondsen er nog dieper op in met een nieuw maatschappelijk debat over de impact van de feminisering op de relatie arts-patiënt.

- Wat zijn de verwachtingen van de patiënt anno 2013 tegenover zijn zorgverstrekker en vice versa? Kiest de patiënt bewust voor een vrouwelijke arts?
- Dienen de academische opleidingen voor zorgverstrekkers in spe te worden aangepast aan deze nieuwe verwachtingen van patiënten en vrouwelijke artsen?
- Welke interactiepatronen tekenen zich af in de relatie arts-patiënt? In hoeverre spelen fysieke gedragingen en taal een rol? Bieden zogenaamde 'vrouwelijke waarden' (empathie, luisterbereidheid...) een meerwaarde in de tevredenheid van de patiënt, in de compliance en in het uiteindelijke succes van de behandeling?
- Maakt de feminisering van de algemene geneeskunde het beroep minder aantrekkelijk voor mannen en welke initiatieven kunnen de kunst van het genezen weer in de schijnwerpers plaatsen?

Deze vragen zullen we voorleggen aan een panel van specialisten:

- Gaëtan Cousin (Universiteit van Oxford - Verenigd Koninkrijk)
- Birgitte Schoenmakers (Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde - Leuven)
- Micky Fierens (LUSS - Namen)
- ...

Moderatrice: **Hanne Decoutere** (nieuwsanker VRT)

Een initiatief van

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

www.mloz.be
Sint-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel

Contact & info:
symposium13@mloz.be

 Twitter-account
[@healthforumnl](https://twitter.com/healthforumnl)

Officiële Twitter-hashtag symposium
[#symp13mloz](https://twitter.com/symp13mloz)