

TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw - Groeneweg
151 - 3001 Heverlee
v.u. G. Reynders-Broos - A. Pinotweg 3 - 8620
Nieuwpoort
- nummer 25 - november 2004 - verschijnt per jaar in jan-
ma- jun- sept en nov
Afgiftekantoor 3000 - Leuven 1
Erkenningsnummer: P2A8311

N I E U W S B R I E F

PATIËNTENRECHTEN

WET OP DE PATIËNTENRECHTEN: INFORMATIESESSIES OP KOMST !

Sinds 22 augustus 2002 heeft elke patiënt rechten: op informatie, op inzage van zijn dossier, op weigeren of toestemming van een behandeling ... Maar zijn patiënten daarvan wel op de hoogte? Weten zij hoe je deze rechten kan uitoefenen of klacht kan neerleggen?

DENKDAGEN ROND DE WET OP DE PATIËNTENRECHTEN

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wil patiënten informeren, vragen rond de wet op de patiëntenrechten verzamelen en beantwoorden en patiënten vertrouwd maken met hun rechten. Daarom organiseert het Platform in elke provincie een informatienamiddag over de rechten van de patiënt. Deelnemers krijgen uitleg over de wet en kunnen in kleine groepen hun vragen stellen, bedenkingen formuleren en ervaringen delen.

PRAKTISCH

De informatiesessies vinden plaats op onderstaande data, steeds van 13 uur tot 17 uur:

WANNEER	PROVINCIE	STAD	ZAAL
10 november 2004	Limburg	HASSELT	Cultureel Centrum
15 november 2004	West-Vlaanderen	BRUGGE	Hof Lanchals
20 november 2004	Vlaams Brabant	HEVERLEE	Sociale School Heverlee
22 november 2004	Antwerpen	BERCHEM	Alpheusdal

De inschrijvingen kunnen gebeuren door het inschrijvingsformulier in te vullen en op te sturen *OF* via de website www.vlaamspatiëntenplatform.be: via "infosessies patiëntenrechten" kan je je inschrijven via een klik op "inschrijven kan je via het inschrijvingsformulier".

Voor meer informatie kan je terecht bij Petra Van Doninck (Telefoon: 016/23.05.26) of via e-mail: petra.vandoninck@vlaamspatiëntenplatform.be

Inschrijven kan tot 5 dagen vóór de desbetreffende sessie !

DE PATIËNT EN MANTELZORGER ALS EXPERT

De werkgroep Thuisverzorgers, Trefpunt Zelfhulp en het Vlaams Patiëntenplatform organiseerden op 26 augustus 2004 een denkdag rond de patiënt en mantelzorger als expert.

EXPERTISE VAN PATIËNTEN

Chronisch zieke patiënten komen veelvuldig in contact met de gezondheidszorg: ze hebben al heel wat zorgverstrekkers bezocht en behandelingen ondergaan. Patiënten bouwen daardoor gedurende hun ziekteproces langzaam maar zeker een expertise op. Dit mist zijn effect niet op de arts-patiënt relatie: in plaats van de vroegere relatie van alwetende arts en passieve patiënt is er nu meer sprake van een onderhandelingsrelatie. De patiënt is mondiger en assertiever én hij weet ook meer over zijn eigen ziekte. De kennis over zijn aandoening verwerft hij op basis van eigen ervaringen maar ook op basis van heel wat informatie (o.a. boeken, internet). Zijn specifieke kennis spitst zich vooral toe op het eigen lichaam en de pijnen die hij ervaart, de reactie van zijn lichaam op medicatie, ...

EXPERTISE VAN MANTELZORGERS

Een mantelzorger kent de mogelijkheden en grenzen van de patiënt door en door. De affectieve band tussen mantelzorger en patiënt zorgt ook voor een grotere betrokkenheid in de verzorging. De mantelzorger is dan ook een ervaringsdeskundige op het vlak van de verzorging van de patiënt. Net zoals bij de patiënt gaat het hier om een bijzondere expertise over een specifieke situatie.

EXPERTISE VAN PATIËNTENVERENIGINGEN

In patiëntenverenigingen zitten heel wat mensen die kampen met eenzelfde ziekte. Patiënten en mantelzorgers kunnen samen met lotgenoten in een vertrouwde omgeving hun verhaal brengen. Uit die verhalen blijkt dat patiënten en mantelzorgers heel wat expertise opbouwen. Patiëntenverenigingen zijn een goed instrument om contact te zoeken met lotgenoten en informatie uit te wisselen.

DENKDAG: 'DE PATIËNT EN MANTELZORGER ALS EXPERT - 26 AUGUSTUS 2004

Heel wat patiënten en mantelzorgers waren op 26 augustus in Heverlee aanwezig om deel te nemen aan de denkdag 'De patiënt en mantelzorger als expert'. In vier groepen werkten patiënten en mantelzorgers hard rond vier thema's:

- √ De communicatie van de patiënt/mantelzorger met artsen en andere eerstelijnsverleners;
- √ De deskundigheid van de patiënt/mantelzorger wat hulpmiddelen betreft;
- √ De erkenning van de patiënt/mantelzorger door beroepsbeoefenaars;
- √ De expertise van de patiënt/mantelzorger in medicatie en verzorging.

Na de workshops kwamen alle patiënten en mantelzorgers samen om concrete tips en aanbevelingen te formuleren. Die aanbevelingen dienden als krachtlijnen voor de vertegenwoordiging van patiënten en mantelzorgers tijdens het vijfde eerstelijns symposium (ELS) op 25 september te Gent.

Op dit ELS werden de bevindingen van patiënten en mantelzorgers van 26 augustus voorgelegd aan de eerstelijns werkers. Samen met Lize Vandereycken (Werkgroep Thuisverzorgers) en Lieve Passchyn (Trefpunt Zelfhulp) verzorgde het Vlaams Patiëntenplatform de workshop 'De patiënt en mantelzorger als expert'.

Het debat met de eerstelijns werkers* werd gebaseerd op 4 stellingen:

- √ Eerstelijns werkers beschikken over onvoldoende kennis over de niet-medische kant van de zorg, nl. kennis over hulpmiddelen, tegemoetkomingen of instanties die informatie kunnen geven hierover.
- √ Eerstelijns werkers zijn onvoldoende op de hoogte van de nieuwe ontwikkelingen in kennis over chronische aandoeningen, nieuwe medicatie en nieuwe behandelingen.
- √ Onder eerstelijns werkers leeft nog sterk de overtuiging dat zwaar zorgbehoevende personen in het ziekenhuis of residentiële setting horen, en niet in het thuismilieu.
- √ De expertise van de patiënt/mantelzorger wordt nog onvoldoende erkend en gewaardeerd door de eerstelijns werkers. Het gaat om een fundamentele houding die moet gewijzigd worden: patiënten en eerstelijns werkers zijn PARTNERS in de zorg.

Aan de hand van hun eigen ervaringen lichtten Marie-Paule Grosemans (patiënt) of Annitta Mertens (mantelzorger) elke stelling toe. Het publiek kreeg daarop de kans om te reageren. De meeste eerstelijns werkers konden zich vinden in de vier stellingen. Tijdens het debat waren vooral de voorstanders ervan aan het woord. Tegenstanders lieten zich weinig of niet horen.

*Eerstelijns werkers zijn o.a. huisartsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, maatschappelijk assistenten, tandartsen, apothekers, ...



De MUG mag niet aangerekend worden: Zie VersGeperst p. 8

WERKGROEP MEDICATIE

GENEESMIDDELEN: DE VERPAKKING ONTCIJFERD

Wat betekenen die letters op de verpakking van geneesmiddelen? Wanneer vervalt een geneesmiddel? Welke betekenis gaat schuil achter dat gezichtje op de verpakking? Wij zetten het voor u op een rijtje!

DE VERPAKKING

De verpakking van een geregistreerd geneesmiddel moet volgende informatie vermelden:

- √ De naam van de vergunninghouder
- √ Het nationaal registratienummer of het Europees vergunningsnummer
- √ De actieve bestanddelen
- √ De farmaceutische vorm
- √ De toedieningswijze
- √ De houdbaarheidsdatum
- √ Het productienummer
- √ De naam van de apotheker die het geneesmiddel heeft afgeleverd

Het productienummer op de verpakking verwijst naar de datum waarop het geneesmiddel is gemaakt. Een voorbeeld: LOT 01 C 20 → het geneesmiddel werd gemaakt op 20 maart 2001.

LOT	01 ↓	C ↓	20 ↓
Verwijst naar de datum van productie van het geneesmiddel	Jaartal van productie van het geneesmiddel	Maand van productie Januari = A Februari = B Maart = C ... December = L	Dag van de maand van productie van het geneesmiddel

Een geneesmiddel vervalt meestal 5 jaar na de productiedatum maar sommigen vervallen vroeger. De houdbaarheidsdatum staat dan op de verpakking. Een voorbeeld: Exp. 1/7/04 → het geneesmiddel vervalt op 1 juli 2004. In de meeste gevallen is de dag van de maand echter niet vermeld.

Exp. ↓	1 ↓	7 ↓	04 ↓
Verwijst naar vervaldatum. Andere afkortingen zijn: Ex., Per., Houdbaar tot, Valid, ...	Dag van de maand van de vervaldatum (Wordt niet altijd vermeld)	Maand van de vervaldatum	Jaartal van de vervaldatum

Indien je op de verpakking geen vervaldatum terugvindt, dan blijft het geneesmiddel 5 jaar zijn werking behouden. Om de vervaldatum te kennen moet je 5 jaar optellen bij de datum van het LOT-nummer.

VERVALLEN MEDICATIE

Oude of vervallen geneesmiddelen kan je best verwijderen uit je huisapotheek wanneer de vervaldatum verstreken is. Je haalt ze uit hun verpakking en levert ze (gratis) in bij je apotheker. Hieronder krijg je een overzicht van welke medicatie je wel en niet bij de apotheker kan afleveren.

<i>Wat wel?</i> Geneesmiddelen zónder doosje en bijsluiter	<i>Wat niet?</i> Lege verpakkingen van geneesmiddelen en niet-geneesmiddelen
<ul style="list-style-type: none"> ✓ niet opgebruikte pillen, zetpillen en capsules ✓ restjes zalf in de tube ✓ siropen en vloeibare geneesmiddelen (neus- en oordruppels) in hun flessen ✓ restanten van sprays en aërosolflacons 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ glazen flesjes of lege doordrukverpakkingen ✓ bijsluiters en doosjes ✓ resten van tandpasta, zeep, shampoo, cosmetica, zelfgebruikte injectienaalden ✓ verbanden, kompressen, incontinentiemateriaal, teststrookjes en -strips



HET GENEESMIDDELENLOGO VOOR VRIJ VERKRIJGBARE GENEESMIDDELEN

Op de verpakking van vrij verkrijgbare geneesmiddelen (zonder voorschrift) staat een logo gedrukt dat een boodschap wil overbrengen naar de gebruiker van het middel. Maar wat betekent dit logo juist?

De vorm van het logo maakt duidelijk dat het hier gaat om een **geneesmiddel**. Het juist gebruik van een geneesmiddel is erg belangrijk want enkel bij juist gebruik is het maximaal doeltreffend.



Het groene kruis verwijst naar de apotheker en naar de boodschap "**Vraag raad aan uw apotheker**". De apotheker heeft een grondige kennis van het geneesmiddel en kan je raad geven en waarschuwen voor verkeerd gebruik.

Het oog vertelt je dat je de **bijsluiter aandachtig moet lezen**: dit is de identiteitskaart van het geneesmiddel. De bijsluiter bevat belangrijke inlichtingen over het geneesmiddel: o.a. waarvoor het geneesmiddel dient, hoe, hoeveel keer en in welke hoeveelheid je het mag innemen,...



De mond staat voor "**Geen langdurig gebruik zonder medisch advies**". Want over het gebruik van geneesmiddelen moet je praten met je arts. Ook als je geneesmiddelen gebruikt die je zonder voorschrift kan krijgen, is het belangrijk dat je arts dit weet.

Bron: <http://www.agim-avgi.be/nl/>

Artikels uit de nieuwsbrief van het VPP mogen overgenomen worden in tijdschriften van onze ledenverenigingen, mits bronvermelding

DE ADVISEREND GENEESHEER

WIE

Een adviserend geneesheer is een huisarts (met eventuele specialisatie) die minstens vijf jaar een eigen praktijk heeft gehad. Deze geneesheer moet zich regelmatig bijscholen om van alle nieuwe (medische en wettelijke) ontwikkelingen op de hoogte te zijn.

Een adviserend geneesheer wordt aangesteld en betaald door een ziekenfonds. Via een steekproefmethode wordt de adviserend geneesheer zelf door het RIZIV gecontroleerd of hij zijn taken volgens de wettelijke normen uitvoert.

TAKEN

De adviserend geneesheer **controleert** alles wat gezondheidszorg betreft.

- √ Controle van arbeidsongeschiktheid;
- √ Controle van toelating tot terugbetaling van bijvoorbeeld medicatie, kinesithérapie-, fysiotherapie-, of logopediebehandelingen;
- √ Controle van toekennen van hulpmiddelen zoals speciale brillen of lenzen, schoenen, ...

Naast de controletaken, heeft de arts een adviserende rol: hij kan **advies en begeleiding** geven op het gebied van herscholing, progressieve werkhervatting, voorstellen tot aanpassing van de werkvloer, informatie verstrekken i.v.m. beroepsziekten, ... Adviserende geneesheren komen vaak met personen met een langdurige ziekte in contact en kunnen zich een beeld vormen van o.a. juiste diagnoses of doeltreffende behandelingen. Het is bij wet vastgelegd dat de adviserend geneesheer geen adviezen mag geven omtrent de behandelingen. Een overleg met de behandelend geneesheer is wel mogelijk.

ARBEIDSONGESCHIKTHEID

De **wet** bepaalt wie als arbeidsongeschikt beschouwd wordt. Dit verloopt niet aan de hand van een lijst van ziekten maar wel door een individuele beoordeling door de adviserende geneesheer. Deze beoordeling verloopt volgens de prestatievermogens van de zieke persoon.

Indien je niet akkoord gaat met de beslissing van de adviserend geneesheer kan je **in beroep gaan** bij de arbeidsrechtbank. Indien je dit wil, kan je vragen dat je behandelend arts je hierin bijstaat. Je kan eveneens een advocaat onder de arm nemen. Een onafhankelijke deskundige zal dan oordelen of je al dan niet arbeidsongeschikt bent. De beroepsprocedure kan tot twee jaar duren.

Wat gebeurt er als je in beroep gaat?

- √ Je moet jezelf inschrijven als 'in beroep gaande' bij de RVA;
- √ Je ontvangt een werkloosheidsuitkering;
- √ Bij gelijk krijg je met terugwerkende kracht waar je recht op hebt.

ARBEIDSONGESCHIKT EN TOCH WERKEN

Arbeidsongeschiktheid moet niet altijd samengaan met volledige inactiviteit. Zo kan je, mits toestemming van de adviserend geneesheer, vrijwilligerswerk of interim werk verrichten, betaald werken in een regeling met behoud van je invaliditeitsuitkering (progressieve tewerkstelling) of een herscholing via het RIZIV aanvragen. Deze regelingen gelden niet voor zelfstandigen.

(Bron: V.L.F.P. tijdschrift nr. 58-18 & Straal 22-09-2004)

U kan de nieuwsbrief via E-mail ontvangen.

Geef het secretariaat een seintje: info@vlaamspatientenplatform.be

BOEKEN

'MEDISCHE BLUNDERS' VAN DENISE VAN DEN BROECK

Denise Van den Broeck brengt in haar boek medisch falen en de gevolgen hiervan voor de patiënt in kaart. Jaarlijks zijn 60.000 personen het slachtoffer van medische blunders waarvan ongeveer tweeduizend doden en een onbekend aantal fouten die een verminking of handicap tot gevolg hebben. Denise Van den Broeck stelt vast dat de slachtoffers niet gemakkelijk een klacht indienen bij de rechtbank omdat ze onder druk gezet worden om te zwijgen. Ook de ziekenfondsen stimuleren hen niet om een klacht in te dienen. Wanneer een slachtoffer toch beslist om tot een rechtszaak over te stappen, duurt dit proces gemiddeld acht jaar. Een rechtszaak aanspannen vergt dan ook energie en voldoende financiële middelen. Uit het boek blijkt dat de verzekeringsmaatschappijen hierin een belangrijke rol spelen. Zo kan het zijn dat dokters schuldig bevonden worden maar dat hun verzekeringsmaatschappij in beroep gaat omdat zij de schadevergoeding weigeren te betalen. Volgens Denise Van den Broeck ligt de reden waarom dokters zo weinig fouten toegeven vervat in de polis van hun verzekering voor medische aansprakelijkheid. Deze polis bevat namelijk een clausule die dokters verbiedt om een medische fout toe te geven.

Volgens Denise Van den Broeck zou men met een systeem van foutloze aansprakelijkheid kunnen vermijden dat slachtoffers van medische

blunders in de kou blijven staan. Met dit systeem zou het volstaan dat de patiënt aantoont dat hij abnormale schade heeft geleden om in aanmerking te komen voor een vergoeding. In enkele Noord-Europese landen is dit systeem al van kracht en ook in België is er al lang sprake van om dit in te voeren. De Orde der Geneesheren is echter geen voorstander van dit systeem. Denise Van den Broeck vreest dat het systeem onder deze regering ook niet ingevoerd zal worden.

In het boek wordt duidelijk dat het onderscheid tussen medische fouten en complicaties niet gemakkelijk te maken valt. Daarom is er onder andere de vzw Medisch Falen die, in samenwerking met een dokter en verpleger, de patiënten helpt om dit onderscheid te maken.

Denise Van den Broeck, Medische blunders, uitgeverij Van Halewyck, 240 blz., 17.50 euro. Met steun van het Fonds Pascal Decroos.



(Bron: De Standaard, 9 september 2004)

TEST-AANKOOP DIENT KLACHT IN TEGEN DKV

De Standaard, 23 september 2004

Test-Aankoop heeft een klacht ingediend bij de Brusselse rechtbank van koophandel tegen verzekeringsmaatschappij DKV. De reden is de premieverhoging die DKV oplegt aan zestigplussers met een hospitalisatieverzekering. Dit is volgens Test-Aankoop in strijd is met de antidiscriminatiewet. In deze wet staat namelijk dat 'elke vorm van rechtstreekse of onrechtstreekse discriminatie op basis van leeftijd verboden is'. Het beleid van DKV steunt op dit gebied echter op één enkel criterium: de leeftijd. Personen jonger dan 20 jaar betalen geen hogere hospitalisatiepremie. Personen tussen 20 en 40 jaar moeten een premieverhoging van 8% betalen en bij personen tussen 40 en 60 jaar is dit al 16%. Personen boven 60 jaar betalen een premieverhoging van 24%. Test-Aankoop verwacht de eerste pleidooien al in het begin van 2005. Ook herinnert Test-Aankoop er aan dat recent drie verzekeringsmaatschappijen (DKV, Fortis en ING) veroordeeld werden wegens onrechtmatige clausules in hun polissen. Het ging onder andere over de schending van het medisch geheim.

ZIEKENHUISGEGEVENS BESCHIKBAAR OP INTERNET

De Standaard, 28 september 2004

Voortaan kan je op internet gegevens raadplegen over medische behandelingen in ziekenhuizen. Deze databank bevat onder andere informatie over welk soort antibiotica voorgeschreven wordt bij een longontsteking, wat de kosten zijn van een radiologieonderzoek bij een heupfractuur, wat de gemiddelde verblijfsduur is bij een rugoperatie, ...

De databank is niet nieuw, ze bestaat al enkele jaren maar was niet beschikbaar voor het ruime publiek. De ziekenhuizen gebruikten deze informatie om te kunnen vergelijken met andere ziekenhuizen en met het gemiddelde van de ziekenhuizen over het hele land. Ziekenhuizen kunnen bijvoorbeeld aan de hand van dit 'landelijk' gemiddelde kijken of hun (gemiddelde) verblijfsduur bij een rugoperatie langer of korter is in vergelijking met alle ziekenhuizen van België. De overheid maakt gebruik van deze databank om ziekenhuizen te kunnen sanctioneren die te veel afwijken van het nationale financieel gemiddelde voor courante ingrepen.

De gegevens zijn beschikbaar op volgend internetadres: <http://tct.fgov.be>

DE MUG MAG NIET AANGEREKEND WORDEN

Hulporganisaties, 1 oktober 2004

De MUG (Medische Urgentie Groep) is een wagen volledig uitgerust met medisch materiaal waarmee artsen en verpleegkundigen snel tot bij personen in een levensbedreigende gezondheidstoestand komen. De MUG rukt niet uit op vraag van de patiënt maar wel op vraag van de dienst 100. Sinds 25 april 2002 bepaalt een wettelijke regeling dat ziekenhuizen vergoed worden door de overheid voor de organisatie van hun MUG-dienst. Het gebruik van deze dienst mag dus niet doorgerekend worden aan de patiënt. Indien je een ziekenhuisfactuur krijgt waarop een kilometervergoeding voor het gebruik van de MUG-dienst toch doorgerekend wordt, dan neem je best contact op met je ziekenfonds vooraleer je betaalt. Wat je als patiënt wel moet betalen is de dienst 100. De tarieven hiervan liggen vast: per rit betaal je een forfaitair bedrag van 49.08. Daar wordt 4.96 bijgeteld per bijkomende kilometer vanaf de elfde kilometer en 3.72 per bijkomende kilometer vanaf de éénentwintigste kilometer.