

TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw –
Groenveldstraat 15 - 3001 Heverlee
v.u. G. Reynders-Broos – Wijnegemsteenweg 70 Bus 005
– 2970 's Gravenwezel
- nummer 45 - november 2008 - verschijnt per jaar in jan-
ma- jun- sept en nov
Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail
Erkenningsnummer: P2A8311

NIEUWSBRIEF

PRIORITEIT AAN CHRONISCHE ZIEKEN! HET ACTIEPLAN VAN MINISTER ONKELINX

In de loop van de maand juni kregen de patiëntenverenigingen een vragenlijst van minister Onkelinx in de bus. Daarmee wilde ze peilen naar noden en behoeften om zo haar beleid beter af te stemmen op chronisch zieke patiënten.

Van de 346 vragenlijsten die werden verstuurd, werden er 166 beantwoord (een antwoordpercentage van 48%). Deze vragenlijsten werden verwerkt en op basis van de resultaten stelde minister Onkelinx haar 'Programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten 2009-2010' op.

VOORSTELLING VAN HET 'PROGRAMMA VOOR DE VERBETERING VAN DE LEVENSKWALITEIT VAN PERSONEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE 2009-2010' AAN DE PERS

Tijdens de persconferentie op 23 september 2008, waarvoor ook alle patiëntenverenigingen uitgenodigd werden, waren de drie patiëntenkoepels (LUSS, Patienten Rat & Treff en Vlaams Patiëntenplatform vzw) prominent aanwezig. Er werd hen gevraagd een reactie te geven op de resultaten van de vragenlijst. We hebben deze kans met beide handen gegrepen en legde aan de minister en het publiek uit welke zaken volgens ons voorrang moeten krijgen en waarvoor er zeker budgetten moeten worden vrijgemaakt.

Het Vlaams Patiëntenplatform vroeg onder andere:

- de uitbreiding van de maximumfactuur (MAF) met D-medicatie (pijnstillers, vitamines, mineralen, voedingssupplementen,...);
- administratieve vereenvoudiging;
- de uitbreiding van de MAF voor psychiatrische patiënten;
- de uitbreiding van de MAF met medische hulpmiddelen;
- extra terugbetaling van bepaalde kosten die chronisch zieke patiënten maken;
- extra aandacht voor patiënten met een zeldzame ziekte;
- aandacht voor de problemen op vlak van werkgelegenheid en op vlak van verzekeringen;
- aandacht voor het gevaar dat nog meer beslissingsrecht bij adviserend geneesheren van de ziekenfondsen wordt gelegd.

In haar actieplan wil minister Onkelinx uiteenlopende knelpunten aanpakken. Ook knelpunten die het Vlaams Patiëntenplatform vzw heeft voorgedragen. Daar zijn we natuurlijk erg blij om.

Het volledige actieplan, alsook de resultaten van de vragenlijst en andere documenten zijn terug te vinden op de website van de minister www.laurette-onkelinx.be (persberichten 2008 > 23-09-2008) We sommen hier slechts enkele voorstellen op die op ons verlanglijstje stonden:

- in de loop van 2009 zal er een wettelijke basis komen voor de erkenning als 'persoon met een chronische ziekte'. Er wordt tevens een procedure vastgelegd die gevolgd moet worden om die erkenning te krijgen;
- de toegang tot het OMNIO-statuut zal vereenvoudigd worden;
- de beslissingen betreffende de toekenning van de bestaande vormen van hulpverlening voor patiënten met een ongeneeslijke, evolutieve en degeneratieve ziekte zullen vereenvoudigd worden. Beslissingen voor toekenningen zullen 'voor eens en altijd' genomen worden;
- bepaalde producten uit de D-categorie zullen opgenomen worden in de MAF;
- de MAF zal verder uitgebreid worden (bv. griepvaccin, forfaitair remgeld voor de geneesmiddelen in de PVT's,...);
- er zullen nieuwe terugbetalingen komen voor specifieke verzorging aan chronisch zieken;
- sommige specifieke voordelen die verbonden zijn met ziekte zouden tijdelijk behouden blijven in geval van werkhervatting, zelfs fulltime: verhoogde terugbetaling, verhoogde kinderbijslag,...;
- het vakantiegeld en de eindejaarspremie zouden niet meer in aanmerking genomen moeten worden voor de toepassing van de regel betreffende cumulatie van beroepsinkomsten en invaliditeitsuitkeringen.

HET VPP ZIET TOE OP DE REALISATIE VAN HET PROGRAMMA

Met haar 'Programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten 2009-2010' zet minister Onkelinx ongetwijfeld een stap in de goede richting. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw blijft toezien of de maatregelen ook werkelijk worden uitgevoerd en of de nodige budgetten worden vrijgemaakt. Wordt vervolgd!

FARMA WIL PATIËNTEN INFORMEREN OVER GENEESMIDDELEN: HET WETSVOORSTEL TERUG NAAR AF!

In onze nieuwsbrief van juni 2008 kon je lezen dat de Europese Commissie een wetsvoorstel indiende om farmaceutische firma's de kans te geven patiënten rechtstreeks te informeren over voorschriftplichtige geneesmiddelen. Het standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform vzw hieromtrent was duidelijk: informatie over geneesmiddelen kan nooit op een objectieve en neutrale manier door de farmaceutische industrie gecommuniceerd worden, vermits ze belanghebbende partij zijn bij de verkoop ervan. Onze standpunttekst werd via het Federaal Agentschap Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, via de Belgische Europarlementsleden en via minister Onkelinx aan de Europese Commissie overgemaakt.

DE OPBOUW EN HET WERK VAN EEN LOBBY TEGEN HET WETSVOORSTEL

Ondertussen hebben we rond dit thema niet stilgezeten. Om op Europees niveau iets bejubeld of gekelderd te krijgen, moet je immers hard roepen en een sterke lobby op poten zetten. Daarom is Test-Aankoop op zoek gegaan naar nog andere belanghebbende partijen die ook tegen het voorstel gekant zijn om als het ware een sterk front te vormen.

In totaal werden er 17 partners uit verschillende hoeken gevonden om samen tegen het voorstel te pleiten. Met deze partners (vertegenwoordigers van artsen, apothekers, ziekenfondsen, patiënten en

consumenten) werd er een consensustekst en een persbericht opgesteld en werd er een gezamenlijke persconferentie georganiseerd.

De aannname van het voorstel door de Europese Commissie stond op de agenda voor de bijeenkomst van 21 oktober 2008. Het plan was om het voorstel van de agenda te halen door de druk op te voeren vlak voor deze datum. Daarom werd op 16 oktober (enkele dagen voor de cruciale datum) ons standpunt de wereld ingestuurd. En het heeft geloond! Het voorstel werd (voorlopig) van de agenda geschrapt.

GEZAMENLIJKE ACTIE LOONT!

Uit dit verhaal leren we dat als we met verschillende gelijkdenkende partners de handen in elkaar slaan, we onze stem kunnen doorduwen. Zelfs op Europees niveau. Voorlopig zullen de farmaceutische firma's de kans dus nog niet krijgen om patiënten rechtstreeks te informeren over voorschrijfplichtige geneesmiddelen. En daar zijn we blij om !

De partners in de coalitie waren: Algemeen Syndicaat van geneeskundigen van België, Algemeen Pharmaceutische Bond, Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, Christelijke Mutualiteit, Domus Medica, Fédération des Maisons Médicales, Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé, Groupement Belge des Omnipraticiens, Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Ligue des Usagers des services de Santé, Minerva, Socialistische Mutualiteiten, Société Scientifique de Médecine Générale, Test-Aankoop Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België, Vereniging van Wijkgezondheidscentra en het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

De gezamenlijke perstekst is na te lezen op onze website www.vlaamspatiëntenplatform.be (onder publicaties/ persberichten) of kan opgevraagd worden op het secretariaat (016/23.05.26).

EEN GOED GEÏNFORMEERDE PATIËNT DOET DE ZORG EFFECTIEVER VERLOPEN

Patiënten zijn vandaag veel mondiger dan vroeger. Ze ondergaan niet langer het medisch gebeuren, maar willen betrokken worden bij beslissingen in verband met hun gezondheid.

Om als patiënt weloverwogen keuzes te maken is het belangrijk dat je goed geïnformeerd bent. Op dit vlak spelen patiëntenverenigingen op diverse manieren een belangrijke rol. Na een onderzoek over patiëntenvoorlichting in Vlaamse ziekenhuizen, wil het Vlaams Patiëntenplatform vzw ziekenhuizen stimuleren om patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen te organiseren.

WAT VERSTAAN WE ONDER PATIËNTENVOORLICHTING?

Patiëntenvoorlichting is een planmatige proces van communicatie met, voor en over patiënten dat op een integrale manier deel uitmaakt van het zorgtraject en gericht is op kennisvermeerdering, attitude- en/of gedragverandering van de patiënt ten aanzien van zijn gezondheidssituatie.

In de wet op de patiëntenrechten wordt naar patiëntenvoorlichting verwezen als 'het recht om te weten'. Als patiënt heb je recht op alle informatie die je een beter inzicht geeft in je gezondheidstoestand. Bovendien moet deze informatie gegeven worden op een duidelijke en begrijpbare manier.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw heeft, in navolging van de resultaten van het onderzoek, het initiatief genomen om een handleiding te ontwikkelen die ziekenhuizen kunnen gebruiken als leidraad voor het organiseren of verder uitwerken van een gestructureerde patiëntenvoorlichting. Een eerste en voorlopige versie van deze handleiding wordt momenteel uitgetest.

Voor meer informatie, vragen en bemerkingen kan je contact opnemen met het Vlaams Patiëntenplatform vzw: contactpersoon Liesbeth Lemmens (via mail liesbeth.lemmens@vlaamspatientenplatform.be of telefonisch via 016/23 05 26).

Bron: Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen.

GEKEURD IN HET VERKEER? DE WERKING VAN CARA NADER BEKEKEN

In het verleden heeft het Vlaams Patiëntenplatform vzw heel wat bemerkingen en vragen ontvangen over de werking van CARA, het Centrum voor Rijgeschiktheid en voertuigAanpassing. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is in gesprek gegaan met CARA om een aantal knelpunten aan te kaarten. Aan de hand van de gestelde vragen verduidelijken wij ook een aantal misverstanden.

PRIVACY MET BETREKKING TOT MEDISCHE GEGEVENS

Mag een rijinstructeur van CARA of van een rijsschool mijn medische dossier inkijken wanneer ik kandidaat ben voor een rijgeschiktheidsattest?

CARA benadrukt dat het personeel van het centrum, waarbij de praktische tests worden afgelegd, geen rij-instructeurs zijn maar aanpasdeskundigen. Deze aanpasdeskundigen zijn allen paramedici (kinesitherapeuten, ergotherapeuten, ...) waarvoor het medisch beroepsgeheim geldt. Administratieve personeelsleden van CARA die in aanraking komen met medische gegevens hebben een akte moeten ondertekenen waardoor zij gebonden zijn om de privacy van de kandidaten te respecteren.

Indien de kandidaat na de praktische rijtest bij CARA lessen moet volgen bij een erkende rijsschool, dan krijgen de rij-instructeurs van de gekozen rijsschool geen medische gegevens over de kandidaat. Zij krijgen enkel relevante informatie over de praktijktest die bij CARA heeft plaatsgevonden. Zo zal bijvoorbeeld worden meegedeeld dat de kandidaat de neiging heeft om naar links af te wijken bij het besturen van het voertuig. Er zal echter niets worden meegedeeld over de medische toestand van de kandidaat.

VERPLICHT GEBRUIK VAN DE CARA-AUTO BIJ JAARLIJKSE CONTROLE

Waarom mag ik de jaarlijkse controle bij CARA niet afleggen met mijn eigen aangepaste wagen?

Een aanpassing aan de auto is een dure aangelegenheid. Ondanks het feit dat je wagen aangepast werd aan je beperking, is het niet toegelaten om de jaarlijkse controles bij CARA af te leggen met je eigen wagen. Deze controleritten moeten worden afgelegd met een wagen van CARA, die niet steeds aangepast is aan jouw beperking.

Het gaat hier om een pure verzekeringskwestie¹, aldus CARA. Bij de wagens van CARA heeft de rechterpassagier, de aanpasdeskundige van CARA, een eigen besturingspaneel. Met dit

¹ Indien de kandidaat niet over een (nog) geldig rijbewijs beschikt dan is er, naast de verzekeringskwestie, ook nog een wettelijk bezwaar.

besturingspaneel kan de aanpasdeskundige ingrijpen wanneer je tijdens een rijgeschiktheidsattest een onveilig manoeuvre maakt. Bij een ongeval met een CARA-auto komt de verzekering van CARA tussen. De aanpasdeskundige van CARA kan immers via het besturingspaneel ingrijpen en is aansprakelijk. CARA probeert de auto's voor de controles zo standaard mogelijk te houden (zonder al te veel aanpassingen). Dit om te voorkomen dat de kandidaat slechts rijgeschikt zou zijn voor één type wagen.

LANGE WACHTTIJDEN

Waarom zijn er zulke lange wachttijden bij CARA voor een afspraak voor een medisch onderzoek?

Indien je een afspraak wil maken voor een medisch onderzoek bij CARA, moet je er rekening mee houden dat het enkele maanden kan duren voordat je er terecht kan. Enerzijds zijn er vaak lange wachttijden alvorens de juiste arts of psycholoog beschikbaar is. Anderzijds zijn er voor bepaalde aandoeningen wettelijke termijnen voorzien waarin men niet mag rijden. Na inplanting van een automatische defibrillator geldt bijvoorbeeld een wachttijd minstens 6 maanden. CARA wijst erop dat de lange wachttijden niet steeds nadelig zijn voor de patiënt. Sommige patiënten hebben de neiging om te vroeg naar CARA te komen; dit terwijl ze nog aan het revalideren zijn.

Toch wil het Vlaams Patiëntenplatform vzw ijveren voor het inkorten van de wachttijden, rekening houdend met wettelijke termijnen, omdat de wachttijden deels ook te wijten zijn aan een gebrek aan financiële middelen. Patiënten die plotseling niet meer aan de medische minimumnormen voor een rijbewijs voldoen, verliezen immers voor een relatief lange periode een deel van hun mobiliteit omdat zij maanden moeten wachten voordat zij terug mogen rijden. Deze situatie komt noch de verkeersalertheid, noch het sociale leven van de persoon in kwestie ten goede.

Waarom duurt het zo lang vooraleer je een aangepaste lesauto kan gebruiken bij een erkende rijsschool?

Na een eerste rijtest bij het CARA, kan je doorverwezen worden naar een erkende rijsschool voor praktijklessen. CARA beschikt over een aantal aangepaste lesauto's die de gekozen rijsschool kan gebruiken voor de praktijkopleiding.

CARA relativeert de wachttijd voor het gebruik van een aangepaste auto door de gekozen rijsschool en merkt op dat het Belgische systeem uniek is in het gratis ter beschikking stellen van de lesauto's. In andere Europese landen moet je betalen om de aangepaste auto's voor de rijsschool te huren en hebben ze proportioneel minder auto's ter beschikking dan in België.

TIP: Probeer via de rijsschool te regelen dat je na je laatste praktijkles direct de tweede rijtest kan afleggen bij CARA. Na je laatste rijles, moet je rijsschool de aangepaste auto terug aan CARA bezorgen. Mogelijk kan je dan met de rijsschool meerijden naar het CARA-secretariaat en vervolgens de uiteindelijke praktijkproef bij CARA doen. Zo voorkom je een te groot tijdsverloop tussen de laatste praktijkles van de rijsschool en de uiteindelijke rijtest bij CARA om het rijgeschiktheidsattest te bekomen. Als kandidaat heb je immers niet de mogelijkheid om buiten de officiële rijlessen te oefenen en je rijvaardigheid gaat er na de rijlessen niet op vooruit met het verstrijken van de tijd. Indien je met de rijsschool kan meerijden naar het CARA-secretariaat, informeer je best vooraf of en hoe dit zal worden aangerekend.

De in deze nieuwsbrief opgenomen artikels mogen worden overgenomen mits bronvermelding. Je kan het artikel in een wordversie opvragen via info@vlaamspatientenplatform.be

ADMINISTRATIEVE ROMPSLOMP

Waarom moet ik telkens opnieuw recente medische informatie meenemen naar CARA om de geldigheid van mijn rijgeschiktheidsattest te verlengen?

Wanneer de beperkte geldigheid van je rijgeschiktheidsattest afloopt, moet je je voor een nieuwe controle bij het CARA aanmelden. Sommige personen met een chronische ziekte moeten iedere keer opnieuw (jaarlijks, tweejaarlijks, ...) hun medische historiek bezorgen. Dit brengt met zich mee dat zij telkens weer de volledige historiek van hun ziekte moeten verzamelen, dokters consulteren en consultaties betalen.

CARA verwijst naar de wettelijke verplichting voor het invullen van de medische formulieren. Ongeacht het feit of een chronische aandoening een stabiel verloop kent, dient CARA over volledige en recente medische informatie te beschikken die aangeleverd wordt door een of meerdere artsen. Het staat de artsen wel vrij om sommige vragen te beantwoorden met 'status quo vorig jaar'. CARA kan dan de nodige informatie raadplegen in de dossiers van vorige controles.

Bij het verlengen van mijn rijbewijs op vaste tijdstippen (jaarlijks, tweejaarlijks,...) moet ik telkens hoge kosten maken. Kan dit niet afgeschaft worden?

De rijgeschiktheidsevaluaties bij CARA zijn gratis. Maar bij het vervallen van je rijbewijs moet je ook een medisch onderzoek ondergaan, 2 pasfoto's meenemen en gemiddeld 11 euro betalen voor een nieuw rijbewijs. Deze kosten lopen op, zeker als je ze ieder jaar opnieuw maakt.

In oktober vroeg senator Pol Van Den Driessche aan de federale regering om deze "pestbelasting" voor chronisch zieken bij de verlenging van hun rijbewijs volledig af te schaffen. Staatssecretaris voor Mobiliteit Etienne Schouppe liet in een reactie reeds weten dat hij de retributie voor het afleveren van een in de tijd beperkt rijbewijs zal doen verdwijnen. Het VPP houdt jullie op de hoogte!

DE COMMUNICATIE OVER DE WEIGERING VAN EEN RIJGESCHIKTHEIDSATTEST DOOR CARA

Na zes maanden krijg ik een brief dat ik geen rijgeschiktheidsattest krijg omwille van medische redenen. Het medisch onderzoek heeft echter als eerste plaatsgevonden, waarom waren de praktijktesten achteraf dan nog nodig?

Indien je een afspraak bij CARA maakt, kan je eerst onderworpen worden aan een medisch en psychologisch onderzoek. Op basis van dit onderzoek kan de arts van CARA beslissen om je medisch rijgeschikt te verklaren. Daarnaast word je altijd onderworpen aan een praktijktest bij CARA en mogelijk ook aan rijlessen bij een erkende rijsschool. Na de eventuele rijlessen zal de arts vervolgens beslissen over de rijgeschiktheid, enerzijds op basis van de verslagen van de aanpasdeskundige van CARA en anderzijds op basis van de verslagen van de rijsschool of de kandidaat al dan niet rijgeschikt kan worden verklaard.

Indien het antwoord negatief is, krijgt de kandidaat een brief toegestuurd waarin staat dat hij niet rijgeschikt is 'omwille van medische redenen'. Deze standaard uitdrukking is dus gebaseerd op de negatieve verslagen van de praktische proef bij CARA of de rijlessen bij de rijsschool. De uitdrukking 'omwille van medische redenen' slaat dus niet louter op het medische of psychologische onderzoek maar ook op de praktische proeven.

BEVOEGDHEID VAN BEHANDELLENDE ARTSEN

Waarom wil mijn behandeld arts het rijgeschiktheidsattest niet afleveren?

Artsen en specialisten (neurologen, psychiaters, cardiologen,...) zijn vaak in de mogelijkheid om zelf een rijgeschiktheidsattest af te leveren. Voor patiënten betekent dit heel wat tijds- en energiebesparing. Nochtans zijn er heel wat artsen en specialisten die hier weigerachtig tegenover staan. Enerzijds omdat ze vrezen aansprakelijk gesteld te worden als er toch iets voorvalt, anderzijds omdat ze menen dat het de vertrouwensband met de patiënt schaadt om een rijgeschiktheidsattest te weigeren. Zij zullen dan ook sneller naar CARA doorverwijzen. Indien zij menen niet te kunnen oordelen of iemand rijgeschikt is, moet je altijd naar CARA doorverwezen worden.

CARA doet omtrent deze problematiek zowel op eigen initiatief als op vraag van artsen aan sensibilisering (onder andere via vormingen) over het toekennen van een rijgeschiktheidsattest. CARA merkt wel op dat steeds meer specialisten een rijgeschiktheidsattest durven afleveren, terwijl huisartsen dit over het algemeen zeer weinig doen.

Voor meer informatie kan je terecht bij het VPP, contactpersoon Roel Heijlen (roel.heijlen@vlaamspatientenplatform.be of 016/23 05 26) of bij CARA: cara@bivv.be of 02/244 15 52.

RUSTHUIS-INFOFOON: EEN VOORSTELLING

Wanneer je vragen of klachten hebt over het rusthuis waar je verblijft, kan je enkel bij de federale ombudsdienst rechten van de patiënt terecht wanneer je klacht betrekking heeft op je relatie met een zorgverstreker (huisarts, verplegend personeel,...). Voor alle andere vragen kan je best contact opnemen met de Rusthuis-Infofoon.

INFORMATIE- EN ADVIESVERSTREKKING

De Rusthuis-Infofoon bestaat sinds september 1994 en wil een laagdrempelig meldpunt zijn waar mensen met *vragen en klachten over rusthuizen en serviceflats* terecht kunnen. Zowel senioren en hun familie, personeel en directies van ouderenvoorzieningen als studenten doen er veelvuldig een beroep op.

Via een registratie van de gestelde informatievragen en gesignaleerde problemen verwerft de Rusthuis-Infofoon een brede kijk op de informatiebehoeften of knelpunten waarmee de bewoner, zijn familie, de directie of het personeel geconfronteerd worden.

VOORKOMEN VAN KLACHTEN EN VRAGEN

Goede afspraken maken de kern uit van elke kwaliteitsgerichte hulp- en dienstverlening. Vele problemen kunnen immers voorkomen worden door alle betrokkenen van bij de start duidelijk te informeren over wat men kan en mag verwachten en wat de wederzijdse rechten en plichten zijn. Elke gebruiker van een ouderenvoorziening heeft recht op duidelijke informatie over de aangeboden hulp- en dienstverlening en over de financiële en dagdagelijkse aspecten van zijn verblijf.

Dikwijls zijn misverstanden, ongenoegen of onbeantwoorde verwachtingen een gevolg van het feit dat de bewoner onvoldoende inlichtingen heeft ingewonnen of onvoldoende inlichtingen heeft gekregen. De wetgeving voorziet hulpmiddelen om de bewoner of zijn vertegenwoordiger voldoende in te lichten. Een schriftelijke overeenkomst en een reglement van inwendige orde sporen ouderenvoorzieningen aan tot het geven van goede informatie en het maken van duidelijke afspraken met hun bewoners of hun vertegenwoordigers.

De Rusthuis-Infofoon is bereikbaar op 078/ 15 25 25 of via rusthuisinfofoon@vlaanderen.be.

ONTWERP DECREET GELIJKE KANSEN EN GELIJKE BEHANDELING

WAT VOORAF GING...

De Europese Unie heeft een belangrijke rol gespeeld bij het ontstaan van het Vlaamse gelijkekansendecreet. Zowel de federale overheid als de gemeenschappen en gewesten moeten de Europese gelijkebehandelingsrichtlijnen omzetten, elk voor zijn eigen bevoegdheden. Dit betekent dat er, naast de federale wet van 25 februari 2003 ter bestrijding van discriminatie, ook op Vlaams niveau een decreet moet komen dat gelijke kansen en behandeling waarborgt voor iedereen op alle Vlaamse domeinen.

De federale wetgeving is een jaar geleden gewijzigd en opgesplitst in vier aparte wetten: een wet ter bestrijding van *discriminatie tussen mannen en vrouwen*, een wet ter bestrijding van *bepaalde vormen van discriminatie* (waaronder handicap en gezondheidstoestand), een wet tot *bestrafing van bepaalde door racisme of xenofobie ingegeven daden* en een wet voor een *aanpassing van het Gerechtelijk Wetboek* ter bestrijding van discriminatie. Bij het tot stand komen van deze wetten heeft het Vlaams Patiëntenplatform vzw er steeds over gewaakt dat naast 'handicap' ook 'gezondheidstoestand' opgenomen wordt bij de discriminatiegronden. Hierover hebben we uitvoerig gesproken in vorige nieuwsbrieven.

OMZETTING IN VLAAMSE RICHTLIJNEN

Vlaanderen heeft de Europese richtlijnen reeds omgezet voor het domein werk en onderwijs: het decreet van 8 mei 2002 houdende evenredige participatie op de arbeidsmarkt en het decreet van 28 juni 2002 betreffende gelijke onderwijskansen. Er bestaan op Vlaams niveau echter nog heel wat domeinen waarvoor nog geen omzetting is gebeurd. Daarom wordt voor de overige domeinen nu gewerkt aan het gelijke kansen en behandelingsdecreet.

Bij het omzetten van de Europese richtlijnen is het belangrijk dat naast 'handicap' ook 'gezondheidstoestand' als discriminatiegrond wordt opgenomen. Er moet voorkomen worden dat alleen de Engelse term 'handicap' wordt overgenomen omdat het niet altijd duidelijk is of chronische ziekte hier in het Nederlands onder valt.

Een aantal argumenten om, naast handicap, ook 'gezondheidstoestand' als discriminatiegrond op te nemen:

- Het Europees hof van Justitie heeft in een uitspraak bevestigd dat de term 'handicap' het begrip chronische ziekte niet dekt;
- 'gezondheidstoestand' is een discriminatiegrond die ook in de federale wetgeving wordt behouden. Deze term niet opnemen zorgt enkel voor verwarring en een juridisch verschil tussen federale en Vlaamse wetgeving;
- het weglaten van de discriminatiegrond 'gezondheidstoestand' betekent een verlies aan wettelijke bescherming voor personen met een chronische ziekte.

GOEDKEURING VAN HET ONTWERPDECREET DOOR VLAAMSE REGERING

Op 15 februari 2008 heeft de Vlaamse regering het ontwerp gelijke kansen en behandelingsdecreet goedgekeurd. Samen met andere verenigingen heeft het Vlaams Patiëntenplatform vzw via de commissie diversiteit van de SERV (Sociaal Economische Raad Vlaanderen) en briefwisseling aan de minister gelobbyd om ook de discriminatiegrond 'vroegere, huidige en toekomstige gezondheidstoestand' op te

nemen. Oorspronkelijk was de discriminatiegrond beperkt tot 'handicap' maar een aantal andere (inter)nationale mensenrechtenverdragen nemen ruimere discriminatiegronden op in hun wetgeving.

In het goedgekeurde ontwerp spreekt de wetgever dus niet enkel van handicap maar ook van gezondheidstoestand omdat beperkingen ten gevolge van een gezondheidstoestand van dezelfde orde kunnen zijn als beperkingen van een handicap en dus ook dezelfde aanpak vereisen. Met de discriminatiegrond gezondheidstoestand wordt *niet alleen de huidige of toekomstige gezondheidstoestand bedoeld maar ook de gezondheidstoestand uit het verleden*. Dit is belangrijk voor personen die genezen zijn van een bepaalde aandoening.

Naast het gelijke kansen beleid (eerste deel van het ontwerpdecreet), komt er ook een bestrijding van discriminatie onder andere door het oprichten van meldpunten in 13 centrumsteden. De eerste vijf meldpunten gaan dit jaar al van start in Antwerpen, Leuven, Gent, Genk en Mechelen. Het meldpunt zal in de eerste plaats bemiddelen tussen het slachtoffer en de vermeende dader.

Eind september is het decreet in werking getreden door een publicatie in het staatsblad. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw blijft de uitvoering van dit decreet opvolgen.

GRENDOERSCHRIJDENDE GEZONDHEIDSZORG

Op 2 juli 2008 deed de Europese Commissie een voorstel voor een richtlijn over *de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg*. De discussie is op gang gekomen na arresten van het Europese Hof van Justitie over de mobiliteit van individuele burgers uit verschillende lidstaten. In deze arresten heeft het Hof steeds geoordeeld dat patiënten recht hebben op dezelfde vergoeding voor ontvangen gezondheidszorg in een andere lidstaat dan deze die zij zouden krijgen bij behandeling in eigen land.

De belangrijkste bepalingen van de richtlijn die nu voorligt zijn:

- Patiënten hebben het recht zich in het buitenland te laten behandelen. Ze moeten hiervoor beroep kunnen doen op hun ziekteverzekering voor hetzelfde bedrag als wanneer de behandeling in eigen land zou hebben plaatsgevonden.
- Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de verzorging die zij in een ander Europees land krijgen, kwaliteitsvol en veilig is.
- De Europese samenwerking op het gebied van gezondheidszorg dient bevorderd te worden en er moet een basis gelegd worden om de (vrijwillige) ontwikkeling van Europese referentienetwerken te steunen. Vooral voor zeer gespecialiseerde zorg.
- Europa heeft een rol te vervullen in de evaluatie van gezondheidstechnologie.
- Er moet steun verleend worden aan de totstandkoming van activiteiten op vlak van e-gezondheidszorg. Dit zijn activiteiten met behulp van informatie- en communicatietechnologie.

Nadat de dienstenrichtlijn voor gezondheidsdiensten eerder op weerstand botste en daarom uitgesloten werd, onderzoekt de Commissie momenteel of een specifiek voorstel op gebied van gezondheidszorg nodig is. Grensoverschrijdende gezondheidszorg kan verschillende vormen aannemen. Voor heel wat individuele patiënten kan de mogelijkheid om gezondheidszorg in het buitenland te ontvangen veel betekenen, maar ook voor de zorgstelsels in het algemeen kan grensoverschrijdende gezondheidszorg aanzienlijke gevolgen hebben. Toenemende patiëntenmobiliteit stelt individuele lidstaten voor nieuwe uitdagingen om hun gezondheidsstelsel te organiseren en de veiligheid en efficiëntie ervan te waarborgen. Verschillende beleidsopties worden momenteel door de Europese Commissie bekeken.

Bron: Verso, 23/9/2008 en www.vleva.be

VERS GEPERST

6% PATIËNTEN BESMET MET ZIEKENHUISBACTERIE

De Standaard 13/11/2008 en KCE reports 92A

Ziekenhuisinfectie is een van de meest voorkomende complicaties bij gehospitaliseerde patiënten. De complicaties betreffen vooral de urinewegen, de wonden na een chirurgische ingrepen, de onderste luchtwegen en de bloedbaan.

Volgens een recent onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) gaat het in België over 6% van de patiënten oftewel zo'n 103 000 personen die jaarlijks geïnfecteerd worden. Dit cijfer is mogelijk een onderschatting van het probleem vermits slechts de helft van de Belgische ziekenhuizen deelnamen aan het onderzoek. Het cijfer ligt in de lijn van wat Nederland en Frankrijk rapporteerden.

Naast een continue aandacht voor en regelmatig onderzoek naar het voorkomen van ziekenhuisinfecties pleit het KCE voor bijkomende financiering voor ziekenhuizen die actief meewerken in de strijd tegen ziekenhuisinfectie en verplichte deelname aan de registratie van ziekenhuisinfecties voor alle ziekenhuizen.

COMPLICATIES DOOR ZIEKENHUISVERBLIJF ONDER DE LOEP

KCE reports 93

Tijdens een verblijf in het ziekenhuis kunnen er zich complicaties voordoen. Goed gekende voorbeelden zijn doorligwonden, longembolie, wondinfectie of bloedvergiftiging na operatie. Internationale studies schatten dat tussen 3% en 17% van de opgenomen patiënten ermee te kampen heeft. Complicaties kunnen het verblijf van de patiënt verlengen, maar ook zijn invaliditeit en zelfs zijn overlijden veroorzaken. Een recente studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelt dat bijna 3/4de van de complicaties vermeden kunnen worden. Er is met andere woorden nog ruimte voor kwaliteitsverbetering. Het KCE pleit in eerste instantie voor nauwkeurige en vollediger administratieve gegevens met betrekking tot complicaties en voor verder onderzoek over het voorkomen ervan in Belgische ziekenhuizen.

GOEDKOPER VOORGESCHREVEN IN 2007

Persbericht RIZIV 15/10/2008

Om de uitgaven van de ziekteverzekering te beheersen, innovatieve geneesmiddelen of nieuwe geregistreerde indicaties vlugger te vergoeden en patiënten te laten besparen op hun persoonlijk te betalen aandeel, besliste de regering in 2005 dat artsen en tandartsen een bepaald percentage goedkope geneesmiddelen moeten voorschrijven. Goedkoop voorschrijven betekent dat de artsen en tandartsen voor een bepaald minimumpercentage kiezen voor het voorschrijven van:

- een originele specialiteit waarvan de prijs is gedaald zodat de patiënt geen supplementair remgeld hoeft te betalen;
- generische geneesmiddelen;
- specialiteiten op stofnaam.

Sinds april 2005 is het aandeel goedkoop voorgeschreven geneesmiddelen (in dagdosissen:DDD) gestegen van 25.3% over 39.5% in september 2006, tot 42% in het 2^e semester van 2007.

De verwachte besparing werd in 2007 echter te niet gerealiseerd omwille van meeruitgaven voor dure cholesterolverlagers, antidepressiva en maagzuurremmers.

MINDER ZIEKTE IN GROENE BUURTEN

De Standaard 20/11/2008

Uit een recente Britse studie blijkt dat natuur in woonbuurten de gezondheid bevordert en de gezondheidskloof tussen mensen met een hoog en een laag inkomen vermindert. Britse onderzoekers hebben overlijdensstatistieken van meer dan 350.000 Britten, arme en rijke, onderzocht en de leeftijd en oorzaak van het overlijden vergeleken tussen mensen die in groene en minder groene buurten woonden. Hoe minder groen er in de omgeving was, hoe groter de gezondheidsverschillen tussen arme en rijke mensen.

Hoewel de Britten nog geen bewijs hebben van de oorzaak vermoeden ze dat de gezondheidswinst toe te schrijven is aan het stress-verminderende effect van de natuur en aan de lichaamsbeweging waartoe de groene omgeving uitnodigt.

ZIEKENHUIZEN WORDEN DUURDER

De Morgen 12/11/2008

Steeds meer ziekenhuizen hebben moeite om hun financiering rond te krijgen. Om de structurele 'onderfinanciering' het hoofd te bieden doen ziekenhuizen een beroep op de inkomsten die artsen voor het ziekenhuis binnenhalen. "Die staan klassiek een percentage van hun inkomsten af aan het ziekenhuis", aldus Peter Degadt van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI). "Als dan aan de artsen wordt gevraagd om die afdrachten te verhogen, rekenen ze de verliezen via verhoogde ereloonsupplementen door aan de patiënten. Het is sociaal onaanvaardbaar dat die patiënt, de zwakste schakel in de ketting, uiteindelijk moet opdraaien omdat de overheid zich steeds verder terugtrekt uit de financiering en de solidariteit in de ziekteverzekering."

DENKDAG PATIËNTENRECHTEN

Op zaterdag 15 november 2008 organiseerde het Vlaams Patiëntenplatform vzw een denkdag rond het thema patiëntenrechten. Twee onderwerpen werden hier belicht: het recht om klacht neer te leggen en het elektronisch medisch patiëntendossier.

Met een groep van dertig geïnteresseerden was het een boeiende uitwisseling van ideeën en opinies. De workshop rond het klachtrecht heeft een aantal interessante pistes opgeleverd om het klachtrecht meer laagdrempelig te maken voor patiënten. Er zijn ook voorstellen gedaan om de onafhankelijkheid van de ombudspersoon te waarborgen.

In de tweede workshop werd nagedacht over de gevaren en opportuniteiten van het elektronisch medisch dossier. De meeste vinden dat een dergelijke vooruitgang niet tegengehouden kan worden maar er moet wel kritisch gekeken worden naar de voorwaarden die nageleefd moeten worden bij het doorsturen van deze informatie. Ook het aspect privacy mag niet uit het oog verloren worden.

De resultaten van de twee workshops worden met de bestuursleden besproken zodat ze vervolgens in het beleidswerk opgenomen kunnen worden. Wij houden je hiervan op de hoogte.

Wij danken alvast iedereen voor zijn enthousiaste deelname!

**Nieuw adres van het Vlaams Patiëntenplatform vzw:
Groenveldstraat 15, 3001 Heverlee**