

1. Levenskeuzen op de oude dag: enquête onder meer dan 2.000 zestigplussers

Hoe kijken we aan tegen ouderdom? Welke zijn de verwachtingen en voorkeuren van de Belgen over hoe men omgaat met het verlies van zelfstandigheid? Zijn we in staat om correct te anticiperen op deze fase in ons leven? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, ondervroeg de Koning Boudewijnstichting meer dan 2.000 zestigplussers die nog volledig onafhankelijk leven.

Uit het onderzoek blijkt dat de Belgen eerder optimistisch zijn wat betreft deze levensfase. 68% van de respondenten zegt hier (zeer) positief tegen aan te kijken. Het merendeel van de respondenten associeert ze met positieve aspecten: het rustiger aan doen en meer ontspannen, meer tijd hebben voor zichzelf, eigen interesses, de (klein)kinderen ...

Maar niet alles is even positief. 32% van de respondenten zegt namelijk (zeer) negatief aan te kijken tegen ouder worden. Vooral mensen met een hoger risico op (verslechterende) gezondheidsproblemen en die minder sociale steun van hun omgeving genieten zijn bezorgd. De kans dat een individu tot de groep met een verhoogd risico behoort, is groter voor personen die maximaal een diploma lager secundair onderwijs behaald hebben, werkten als arbeider tijdens hun beroepsleven (voor degenen die nu gepensioneerd zijn), geen beroep uitoefenden (voor degenen die nog niet gepensioneerd zijn), alleen wonen, geen partner hebben, in een appartement of huurwoning wonen of niet deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Zijn we echter in staat om correct te anticiperen op de gevolgen van zelfredzaamheidsverlies? Hoewel de Belg eerder optimistisch is, kan dit ook wijzen op enige achteloosheid ... Slechts 26% van de respondenten zegt voorbereidingen te hebben getroffen op een dergelijke situatie. Dit kan bijzonder problematisch zijn aangezien de gezondheidstoestand snel kan veranderen en sociale netwerken met de leeftijd beperkter worden.

Verder kiest men in het algemeen ook duidelijk voor informele zorg. Ervan uitgaande ooit hulp te zullen nodig hebben, kiest 72% van de respondenten ervoor om te worden verzorgd door de naaste familieleden (partner of kinderen). Onrustwekkend is dat slechts 8% van de respondenten aangeeft dat ze zelf zorg zouden willen verlenen indien een familielid zorg nodig heeft. Het verlenen van zorg zou niet zou worden ervaren als een keuze, maar als een verplichting.

In het algemeen staan de Belgische zestigplussers die geen zorg nodig hebben redelijk optimistisch tegenover ouder worden. De groepen die het meeste risico lopen om problemen

te ondervinden wanneer ze zorg nodig hebben vanwege hun leeftijd, zijn personen die in sociaal isolement verkeren en personen met gezondheidsrisico's; deze risico's worden kleiner voor personen die zich voorbereiden op hun oude dag en die geïntegreerd zijn in een sociaal netwerk.

Voor meer informatie: <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170924ND>

2. Planning van het artsenaanbod in België: mathematisch model of strategische beslissing?

In de afgelopen maanden is er veel gesproken over de planning van het medische aanbod in België, in het bijzonder de verstrekking van RIZIV-nummers en de invoering van toelatingsexamens aan de faculteiten Geneeskunde in de Franse Gemeenschap. Deze zware taak valt te beurt aan de Planningscommissie voor gezondheidsberoepen van de FOD Volksgezondheid, die daarbij gebruikmaakt van een wiskundig model waarmee het medische aanbod voor de komende 25 jaar kan worden voorspeld en gepland. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) evalueerde dit model, waarbij het werd onderworpen aan een kritische analyse door de belangrijkste stakeholders in de gezondheidszorgsector. Het gaat in feite om de tweede evaluatie die door het KCE werd uitgevoerd: de eerste evaluatie vond plaats in 2008. Wat zijn de belangrijkste bevindingen van deze nieuwe analyse?

Hoewel het Belgische model wordt beschouwd als een van de meest efficiënte in Europa, blijkt dat er een aantal belangrijke verbeteringen zijn aangebracht aan het model tussen de eerste en de tweede evaluatie. De belangrijkste verbetering is het gevolg van de koppeling van "PlanCAD"-gegevens. In dit kader werden de (geanonimiseerde) data van het kadaster van de FOD Volksgezondheid, met de gediplomeerde artsen die hun beroep in België mogen uitoefenen (statische gegevens) gekoppeld met die van het RIZIV (het activiteitsniveau op basis van de terugbetalingen van de medische prestaties), en met het Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming, dat gegevens bevat over o.a. plaats van de praktijk, sociaal statuut - werknemer of zelfstandige - enz.). Door deze koppeling weten we vandaag hoeveel artsen er in België actief zijn, en hebben we een meer nauwkeurig inzicht in de evolutie en de verdeling van hun activiteiten (ziekenhuis, ambulante zorg, ...) en hun verspreiding over het grondgebied. De Planningscommissie kan er toekomstscenario's mee uittesten voor alle curatieve medische specialismen, rekening houdend met o.a. leeftijd, geslacht en nationaliteit, en het land van herkomst van het diploma. Uit het onderzoek blijkt dat het model aanzienlijk zou kunnen worden verbeterd indien het continu kan worden

gevoed, zonder dat er telkens een toelating nodig is om de gegevens te koppelen en te analyseren. Het verkrijgen van deze toelatingen vraagt namelijk veel tijd en vertragen het proces.

Uit de gesprekken met de stakeholders bleek ook dat de geografische verdeling nog kan worden verfijnd. Zelfs binnen eenzelfde gewest of provincie kan de situatie namelijk sterk verschillen van gemeente tot gemeente, iets waar het model niet noodzakelijk rekening mee houdt. Daarnaast moet er ook een onderscheid worden gemaakt tussen de woonplaats van de arts en de plaats van de praktijk, wat nu niet gebeurt.

De stakeholders gaven eveneens aan dat er meer nuances moeten worden ingebouwd bij de inschatting van de activiteit van de artsen. De meeste artsen hebben een zelfstandig statuut. Ze werken dus niet binnen een arbeidsovereenkomst waarin bijvoorbeeld het aantal te presteren uren wordt vermeld. Op basis van de gegevens van het RIZIV kunnen we wel een schatting maken van de activiteitsgraad en profieltypes bepalen, maar daarbij wordt geen rekening gehouden met belangrijke elementen zoals overbevraging van bepaalde artsen of een teveel aan niet-verantwoorde medische interventies. Er wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen de kenmerken van de populatie die ze behandelen (stedelijk of landelijk, kansarmen, ouderen en chronisch zieken, enz.).

Een andere verbeteringspiste: bepaling van de zorgvraag. Het wiskundige model moet voorspellen hoeveel artsen er nodig zullen zijn om aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen. Het is daarom essentieel, maar ook zeer complex, om een goed idee te krijgen van deze toekomstige vraag. Momenteel tracht het model zich te baseren op de zorgconsumptie in het verleden, maar deze aanpak heeft zijn beperkingen. Zo wordt er geen rekening gehouden met zorg die niet gebruikt werd, bijvoorbeeld omdat de patiënt deze heeft uitgesteld om financiële redenen of door een gebrek aan toegankelijkheid ... of omdat er toen niet tijdig een arts kon worden geraadpleegd.

Met het dynamische model kunnen ook scenario's worden uitgetest met verschillende hypothesen over de toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen. Momenteel zijn de alternatieve scenario's gebaseerd op historische waarnemingen. Het zou echter veel interessanter zijn om rekening te houden met snel veranderende trends, zoals de toenemende mobiliteit van studenten en artsen binnen Europa, de verschuivende activiteit tussen beroepsgroepen (vb. de zorg bij zwangerschap die verschuift van gynaecologen naar vroedvrouwen), of met de veranderende behoeften door een vergrijzende bevolking en de verschillende gezondheidsproblemen bij migrantenpopulaties, enz. De stakeholders bevelen daarom aan om het model meer dynamisch te maken, en dit soort evoluties er meer systematisch in op te nemen.

Ten slotte hebben de stakeholders vragen bij de doelstellingen van het projectiemodel. In absolute termen bestaat er geen ideaal aantal artsen. De vraag naar artsen hangt af van politieke

en maatschappelijke keuzes (Hoeveel middelen willen we besteden aan gezondheidszorg? Hoe willen we het gezondheidszorgsysteem organiseren en financieren?). Het Belgische prognosemodel kan dan wel op technisch gebied voldoende performant zijn, toch hebben de stakeholders vragen bij de doelstellingen ervan.

Het uiteindelijk doel van de wiskundige voorspellingen mag niet het uitvoeren van exacte kwantitatieve ramingen zijn, maar wel het vaststellen en voorspellen van de huidige en toekomstige trends, zodat beleidsmakers er zich op kunnen voorbereiden. Wetenschappelijke methoden om het aantal artsen te berekenen om aan de zorgbehoefte van een bepaalde bevolking te voldoen, hebben alleen zin als er duidelijke gezondheidsdoelstellingen zijn met voldoende middelen om deze te bereiken, en als wetenschappelijke adviezen effectief door de beleidsmakers worden opgevolgd.

Als dit niet het geval is, kan de finaliteit van deze projecties zelf in vraag worden gesteld: is het zinvol om binnen het eigen land een strikte planning te proberen handhaven, in een Europese Unie die zo mobiel en open is? De echte uitdaging voor onze samenleving is uiteindelijk het zorgen voor een voldoende, maar niet overmatig aanbod aan artsen, dat adequaat is gespreid over het grondgebied en de verschillende sectoren.

Lees het volledige verslag op: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20081027307.pdf>

3. Gezondheidsdoelstellingen in België: van een ad hoc naar een gestructureerde aanpak

Om coherent te zijn, moet het gezondheidsbeleid van een land (of een regio) idealiter een aantal vrij concrete doelstellingen hebben, zodat alle betrokkenen een gemeenschappelijk doel kunnen nastreven. Dit is alleszins de aanbeveling van verschillende internationale instellingen, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en 'the European Observatory on Health Systems and Policies'. Terwijl vele landen reeds globale programma's met gezondheidsdoelstellingen ontwikkelden, is dit voor België nog niet het geval. Hoewel België al met een aantal gezondheidsdoelstellingen werkt, gebeurt dit nog op een zeer uiteenlopende manier, aangezien deze doelstellingen niet vastgelegd zijn in het kader van een grootschalig globaal plan, maar eerder geval per geval. Om te zorgen voor een meer coherente aanpak, werd het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) opgedragen om een inventaris op te maken van wat er al bestaat op het federale niveau.

De inventaris bevat een mix van zeer algemene (bv. het verkleinen van de ongelijkheid inzake levensverwachting in goede gezondheid naargelang opleidingsniveau en geslacht) en andere, meer specifieke doelstellingen (bv. een

minimumpercentage aan voorschriften voor goedkope geneesmiddelen door elke arts of tandarts). Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen resultaatsdoelstellingen (wat men wil bereiken, met eventueel tussendoelstellingen), procesdoelstellingen (de te ondernemen acties) en structurele doelstellingen (de structurele wijzigingen die nodig zijn om het resultaat te bereiken).

Deze doelstellingen worden geformuleerd door de politiek (bv. de minister van Volksgezondheid die het aantal volwassen rokers wil terugbrengen tot 17%), de wetenschappelijke wereld (bv. de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad inzake voeding), en op een meer operationeel of administratief niveau (bv. de doelstellingen van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie gericht aan de artsen).

Aan deze inventaris moeten ook de uiteenlopende actieplannen worden toegevoegd, die de voorbije jaren werden goedgekeurd. Voorbeelden zijn het gezamenlijke plan 'Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken' (van de federale minister van Volksgezondheid en de ministers van de gefedereerde entiteiten) of het actieplan voor een hervorming van het financieringssysteem van de ziekenhuizen (van de federale minister van Volksgezondheid). Elk plan bevat meerdere, ambitieuze doelstellingen.

België heeft dus al talrijke doelstellingen op het vlak van gezondheid(szorg) gedefinieerd. Wat echter nog ontbreekt, is een rode draad en een omkadering. Het KCE stelt daarom voor om een platform op te zetten om het beleid inzake formulering van doelstellingen te coördineren, te ondersteunen en zichtbaar te maken. Dit platform moet de politieke en administratieve vertegenwoordigers van de verschillende bevoegdheidsniveaus en de relevante domeinen, de vertegenwoordigers van de belangrijkste betrokken actoren op het terrein en de wetenschappers samenbrengen.

Als één van de eerste taken zou het platform de prioriteiten van het gezondheidsbeleid moeten vastleggen, idealiter in breed overleg met de stakeholders op het terrein. Zo kan men concrete doelstellingen bepalen, met ambitieuze en realistische streefwaarden. Vervolgens kunnen programma's worden opgezet die door de sector worden gedragen.

Met een beetje optimisme zou dit proces op termijn kunnen worden uitgebreid naar andere sectoren en bestuursniveaus, met het oog op het beginsel van 'gezondheid in alle beleidsdomeinen' (*Health in All Policies*), wat in deze materie toch als een heilige graal wordt beschouwd.

Lees het volledige verslag op: <https://kce.fgov.be/nl/gezondheidsdoelstellingen-in-belgi%C3%AB-van-een-ad-hoc-naar-een-gestructureerde-aanpak>

4. Re-integratie van langdurig zieken

Om voor langdurig zieken de kans te vergroten om het werk te hervatten, kan een reïntegratietraject gestart worden. Dit kan op vraag van de langdurig zieke werknemer zelf, de adviserend arts van het ziekenfonds of de werkgever. Dit traject voorziet (tijdelijk) in ander of aangepast werk bij dezelfde werkgever. Op basis van een rondvraag bij 6 preventiediensten, deed het ACV een eerste evaluatie van deze maatregel. In de eerste zes maanden van 2017 is voor 5.400 mensen een aanvraag ingediend voor een dergelijk traject. Dat langdurig zieken graag terug aan de slag gaan, blijkt uit de vaststelling dat deze aanvraag voor 66% van de werknemer zelf kwam. In bijna een kwart van de gevallen deed de werkgever de aanvraag. In 3.570 van de zowat 5.000 opgestarte dossiers (71%) besliste de arbeidsgeneesheer dat de langdurig zieke niet meer geschikt was om de vroegere job uit te oefenen en dat hij bovendien ook geen ander, meer aangepast werk kon doen bij de werkgever. Een aangepaste job was voor slechts 12,5% een optie.

Bron: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/10/05/langdurig-zieken-willen-weer-aan-des-slag--maar-mogen-vaak-niet/>