

Kankerpijn met Dokter Wim Distelmans.

Op onze samenkomst van 19 mei 2007 hadden wij

Dokter Wim Distelmans te gast.

Wim Distelmans (1952) is kankerspecialist en professor in de palliatieve geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel. Hij is een van de pioniers in België voor de erkenning van palliatieve zorg en vocht voor het recht op euthanasie. Hiervoor werd hij in 2003 bekroond met de Arkprijs van het Vrije Woord. Hij was voorzitter van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en momenteel voorzitter van de Federale Commissie Euthanasie.

Met ons had hij het over:

Kankerpijn . . .

Wat is het en . . . wat kunnen we eraan doen?

Hoe kunnen we ermee omgaan ?

Hieronder een verslag door Chris Bullen.

Op 11 oktober 2004 was er de eerste werelddag tegen Pijn.

Eén op 5 personen heeft in zijn leven te maken met matige of ernstige pijn.

Bij 1 op 3 personen heeft die pijn invloed op zijn levensstijl.

Van alle Belgen heeft 1 op 4 chronische pijn.

Eén op 4 personen sterft aan kanker, en met de vergrijzing wordt dat 1 op 3.

In West-Europa zijn er 4 miljoen mensen met ernstige kankerpijn!

Slechts de helft wordt goed behandeld.

Van de pijnen bij kanker komt 70% door de kanker zelf 15% door de behandeling 15% incidentieel (gastritis, darmkolieken)

Er is een heel arsenaal beschikbaar om de pijn afdoende te bestrijden, toch kan België het heel wat beter doen: wat dagelijks morfinegebruik betreft zitten we op de grens van landen die niet goed omgaan met morfine en landen die het wel goed doen zoals de Angelsaksische landen.

We beschikken over:

- medicijnen:

niet-opioïden (NSAID's, paracetamol...)
opioïden (morfine...)
corticosteroïden
antidepressiva
anticonvulsiva ...

- niet medicamenteuze middelen:

psychologische opvang
radiotherapie
fysiotherapie
neurochirurgie
TENS, accupunctuur ...

Wat medicijnen betreft zijn er die ingrijpen op:

- het perifere zenuwstelsel: niet-opioïden (NSAID's, paracetamol ..)
- het centraal zenuwstelsel: opioïden (codeïne, morfine ..)
- beide: anticonvulsiva (carbamazepine, phenitoïne)

Hoe werken die pijnstillers?

Er is een ingewikkeld systeem van zenuwen die samen komen in de achterste hoorn van het ruggemerg en oorzaak kunnen zijn van:

- **hyperalgesie:** overdreven pijngevoeligheid onder invloed van naburige zenuwen,
- **fantoempijn:** permanente verandering in de verbinding tussen de zenuwcellen,
- **gerefeerde pijn:** zenuwen van verschillende gebieden komen samen op dezelfde plaats in het ruggemerg en de hersenen kunnen dit onderscheid niet maken
vb. vergroting van de lever geeft schouderpijn
- **tastzin** belemmert pijngeleiding: vb. wrijven, TENS, ..

Nomenclatuur (=benaming in vaktaal):

- **opiaten:** alle producten afkomstig van het natuurlijk opium (papaverplant):
vb. morfine, codeïne
- **opioïden:** alle producten met dezelfde werking als morfine (actief op de mu-receptor)
vb. opiaten, methadon
alle opiaten zijn dus opioïden, maar niet omgekeerd.
- **narcotica** = pejoratieve term, komt uit het drugmilieu en wordt niet gebruikt!!!
- **endorphines** = endogene opioïden: worden door het lichaam zelf gemaakt ter hoogte van de hersenstam en het ruggemerg;
er zijn 3 klassen: endorphine, dynorphine en enkephaline

waarom maakt het lichaam endorphines aan?

het is een primitief pijnstillend systeem om te kunnen overleven (fight and flight)
ook bij het joggen komen ze vrij, vandaar kan joggen verslavend zijn.

Pijn:

- **somatische pijn** (nociceptieve pijn): is goed gelokaliseerd,
betreft huid, spieren, bot, die in direct contact met de buitenwereld komen:
hier is het belangrijk dat men snel kan reageren vb. hand terugtrekken bij
verbranding aan kachel
- **orgaanpijn** (viscerale pijn): is slecht gelokaliseerd,
betreft gerefereerde pijn, niet in contact met de buitenwereld,
bijna altijd te verhelpen met morfine-preparaten
- **neuropathische pijn:** wordt veroorzaakt door zenuwen die de pijn geleiden,
morfine werkt hier niet zo goed
- **autonoom zenuwstelsel:** zorgt voor alle orgaanfuncties (vb. hart slaat ook als we
er niet aan denken): zweten, braken, hartkloppingen...
kan geactiveerd worden bij acute pijn vb. gebroken arm

Weg die een pijnprikkel aflegt:

Pijnsensatie ter hoogte van de cortex (=hersenstam) wordt beïnvloed door angst, depressie,
prikkelbaarheid, slapeloosheid, emotionele en sociale problemen, existentiële noden.
Hier spreekt men van "totale pijn"

Voorbeeld: een jogger met pijn in een been of een kankerpatiënt met botkanker hebben dezelfde
pijn maar die wordt wel anders ervaren, bij de kankerpatiënt zal de pijn moeilijker te stillen zijn
met enkel morfine omdat de angst voor wat volgt daar een grote rol speelt.

Principes van chronische pijntherapie:

- eerst aandacht hebben voor lichamelijke pijn en discomfort
- actief bevragen van de patiënt: sommigen praten niet zelf uit angst
- patiënt heeft altijd gelijk
- pijnstilling = zéér eenvoudig toe te passen: het is beter een goede kennis te hebben
voor een handvol producten dan een slechte kennis van een groot aantal
- er is minstens 80-90% controle met orale medicatie
- pijn vermindert niet gedurende de evolutie van een progressieve ziekte
- aanpassing medicatie: meestal een verhoging, uitzonderlijk een verlaging in
combinatie met andere therapie

WHO (World Health Organization) hanteert 3 principes:

1) oraal (via mond)

2) klokgewijs: op vaste tijd nemen: wanneer een pijnstillert maar 4 uur werkt moet men die niet om de 8 uur geven

3) trapsgewijs: volgens de gekende pijnladder:

trap 1	basisdrug	alternatief	juiste dosering!!
niet-opioïd	aspirine paracetamol	NSAID	
trap 2			
zwak opioïd	codeïne	tramadol dextropropoxyfeen dihydrocodeïne	
trap 3			
sterk opioïd	morfine	hydromorfone fentanyl oxycodone	

men mag zowel een zwak als een sterk opioïd combineren met een niet-opioïd:
vb. paracetamol met codeïne of paracetamol met morfine

men mag NIET een zwak met een sterk opioïd combineren: vb. codeïne met morfine

Adjuvantia zijn zeer belangrijk:

- ze verhogen het effect van de pijnstillers: vb. compressie: Medrol
spastische contracties: Valium
neuropatische pijn: tricyclische antidepressiva vb. Redomex,
corticoïden vb. Medrol
anticonvulsiva vb. Depakine, Tegretol, Lamictal, Neurontin, Lyrica
- ze neutraliseren de neveneffecten:
vb. constipatie: Prunazine
braken: Haldol, Litan

Orale morfine:

- morfine siroop
- bromptom coctail: niet meer gebruiken! bevat cocaïne, veroorzaakt hallucinaties
- MS Direct: zelfde werking als siroop: 10 mg in deelbare tabletten
- MS Contin: langwerkend morfine (12 u.)
- hydromorfone Palladone: geen toxische afbraakproducten (= beter voor nierpatiënten)
langwerkend (12 u.): Palladone 4, 8, 16, 24 mg wordt terugbetaald
- 4 mg = 30 mg MS Contin kortwerkend (4 u.):
1,3 mg = 10 mg
- MS Direct wordt niet terugbetaald
2,6 mg = 20 mg MS Direct

- oxycodone Oxycontin: geen toxische afbraakproducten langwerkend (12 u.): Oxycontin 5, 10, 20, 40, 80 mg wordt terugbetaald
5 mg = 7,5 mg morfine werkt bij neuropathische pijnen.

Hoe starten?

Eerst trap 1 en trap 2 proberen, dan pas overschakelen op trap 3!

1) orale inname:

- 10 mg MS Direct om de 4 uur
- 50% stijgen om de 4 uur tot de pijn onder controle is.
vb. om 8 uur 10 mg
om 12 uur 15 mg (10 mg + 10/2 mg)
om 16 uur 22,5 mg (15 mg + 15/2 mg)
om 20 uur 30 mg (22,5 rond men af naar 20 + 20/2 mg)
enz..... tot de pijn weg is
==> binnen de 48 uur is bij de meeste personen de pijn acceptabel
wat men NIET mag doen is beginnen met een vaste dosis en een week afwachten of het wel zal helpen, men moet direct de dosis vermeerderen als 10 mg niet werkt.

2) parenterale morfine: wordt alleen gebruikt bij persistent braken
slikproblemen
bewusteloosheid
te zwakke patiënt
geen therapietrouw

Opgelet: bij overgang van orale naar parenterale morfine moet men de dosis aanpassen!!!

- intraveneus gebruikt men maar 1/3 van de orale dosis
- subcutaan gebruikt men 1/2 van de orale dosis
- rectaal gebruikt men dezelfde dosis als oraal

3) transdermale morfine: fentanyl = Durogesic

- pleister is 72 uur werkbaar
- geeft minder bijwerkingen: nausea en braken, constipatie
- men zoekt best eerst de juiste dosis met orale morfine en schakelt dan over:
dagelijkse dosis orale morfine (in mg): 50 100 200 300 400
is gelijk aan
Durogesic (in mg): 12 25 50 75 100

Niet gebruiken bij chronische pijn omwille van hun psychotisch effect en sufheid:

Fortal pentazocine
Temgesic buprenorphine
Dipidorol piritramide.

Specifieke aandachtspunten:

- * maximale dagdosis van morfine bestaat niet!
de maximale dosis is die dosis die uw pijn stilt
- * autorijden mag als je 2 weken dezelfde dosis gebruikt
- * bij doorbraakpijn 1/6 dagdosis extra: bij pijnscheuten op bepaald moment
(bv. bij verzorging) mag men op voorhand 1/6 van de dagdosis nemen (niet minder!)
- * om over te schakelen naar andere vorm van inname moet men eerst alles uitrekenen
voor oraal gebruik en die hoeveelheid verdelen over de verschillende vormen
- * om te stoppen met morfine: afbouwen met 75% van de vorige dagdosis
(plots stoppen geeft opwinding, angst, prikkelbaarheid...)
- * overdosering bij morfine komt zelden voor: indien men zich vergist heeft:
naloxon (Narcan) 100 - 200 microgram
- * bij onhoudbare pijn: 2 - 5 mg intraveneuze morfine per 10 minuten.

Neveneffecten:

- constipatie: 100%
- misselijkheid en braken > 50% gedurende de eerste dagen
- sufheid, verwardheid, duizelingen > 50% gedurende de eerste dagen
- spierspasmen
- droge mond
- urine retentie
- morfine intolerantie < 1% : blijvende misselijkheid, sufheid, onhoudbare jeuk:
overschakelen naar een ander product vb. hydromorfone

Mythes rond het gebruik van morfine:

- 1) verslaving
- 2) verhoogd risico op zelfmoord
- 3) ademhalingsdepressie
- 4) intraveneuze morfine is beter
- 5) "de dood is nabij"
- 6) gewenning

Weerlegging:

- 1) morfine is niet verslavend indien men de juiste dosis hanteert
- 3) enkel bij overdosering is er sprake van een ademhalingsdepressie
- 4) intraveneuze morfine is niet beter maar de dosis is lager omdat bij orale morfine
2/3 door de lever wordt afgebroken
- 5) men moet niet wachten met morfine tot men bijna dood is, men kan de dosis altijd
oprijven indien nodig: er is geen maximumdosis;
er is wel een maximumdosis voor trap 2: hogere dosis is niet echt gevaarlijk maar
heeft geen zin, er zijn alleen maar meer bijwerkingen

6) er is geen gewenning, als de pijn stabiel is heeft men niet meer nodig, maar naarmate de ziekte vordert neemt de pijn dikwijls toe.

"Het vooruitzicht op ernstige pijn kan ondraaglijker zijn dan het aanschijn van de dood." (Albert Schweitzer)

De tijdens de bijeenkomst gestelde vragen en de antwoorden

Vraag: Wat doen indien men nog veel pijn heeft ondanks een morfiepomp?

Antw.: Het is moeilijk om op individuele vragen te antwoorden; mijn persoonlijke ervaring is dat er teveel pijnpompen geplaatst worden: als er meer anesthesisten zijn in een ziekenhuis worden er ook meer pijnpompen geplaatst.
In het algemeen is men best gebaat met orale morfine of pleisters.

Vraag: Kan men na een pijnpomp nog terug naar orale morfine?

Antw.: Ja, maar men moet van nul herbeginnen en de dosis opdrijven. Het kan ook nuttig zijn meer adjuvanten toe te dienen.

Vraag: Heb ooit Durogesic pleisters gehad van 25 mg, maar kreeg hartkloppingen.

Antw.: Misschien was de dosis te hoog. Bij pleisters kan men moeilijk doseren.

Vraag: Hoe kan men controleren of een patiënt werkelijk pijn heeft?

Antw.: Dat kan men niet.

Vraag: Tot welke groep behoort Valtran?

Antw.: Trap 2 , maximumdosis is 40 druppels per keer.
Voor trap 1 en 2 bestaat er wel een maximumdosis, als men meer neemt heeft men meer neveneffecten, niet meer pijnstilling. Alleen morfine heeft geen maximumdosis.
Gebruik meer Contramal ipv Valtran, dat wordt beter verdragen.

Vraag: Ik neem 4 x 1000 mg paracetamol en 40 mg codeïne + 4 x 40 druppels Valtran. Mag ik die dosis verhogen?

Antw.: Men mag geen codeïne + Valtran nemen, 40 mg codeïne is het maximum.
Je kan dan beter naar trap 3 overschakelen.

Vraag: Waartoe behoort Palfium?

Antw.: Trap 3 , Palfium is een oud product en wordt best niet gebruikt voor chronische pijn.

Vraag: Mag ik op papier zetten wanneer ik niet meer verder wens te leven?

Antw.: Ja, dat mag. Maar niet alle artsen gaan daarop in.

Vraag: Waar kan ik u bereiken als het ooit nodig zou zijn?

Antw.: **UZ Brussel, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel, tel. 02/477 41 11, www.uzbrussel.be**

Verder werden er nog vragen gesteld ivm euthanasie, maar dat was niet het onderwerp van deze voordracht. Wie hierover meer wil weten kan terecht bij Leif (LevensEinde Informatie Forum), 078/15 11 55, www.leif.be

Pijn... en het Gezondheidsbeleid in België *door Professor Fred Loucks*

een verslag door Leon

Op zaterdag 21 april 2007 hadden wij Professor Fred Louckx, Hoogleraar, Gezondheids- en Welzijns sociologie aan de Vrije Universiteit van Brussel (VUB) uitgenodigd om het samen met ons te hebben over:

De Politiek en het Gezondheidsbeleid in België

en over hoe pijnpatiënten en hun organisaties die politiek beïnvloeden?

Professor Fred Louckx begon zijn toespraak met te zeggen dat hij zich bijzonder vereerd voelde om voor ons te mogen spreken. Als wetenschapper, zei hij, worden wij vaak uitgenodigd op allerlei congressen waar de hoogmis van de wetenschap wordt gecelebreerd, maar ik voel het als een veel groter compliment dat jullie hetgeen wat ik te zeggen heb voldoende relevant vinden om te aanhoren.

Mijn voordracht gaat, zei hij, dus over politiek en het gezondheidsbeleid. En daar is heel veel over te zeggen. Er zijn daar dan ook al heel veel boeken over geschreven en worden er aan de universiteiten colleges over gegeven.

Hier volgt zijn verhaal:

Politiek beleid en Gezondheid.

Als we het over politiekbeleid hebben betreffende gezondheid, dan denk ik in de eerste plaats aan TOEGANKELIJKHEID tot die gezondheidszorg.

De eerste vraag is dan ook, is onze gezondheidszorg anno 2007 toegankelijk, ja of neen?

Om daar een antwoord op te vinden zet ik vandaag de obstakels die zorgvragers ontmoeten met hun zorgvraag tegenover wat het beleid zegt te bieden. Vanuit die antwoorden hoop ik straks tot een aantal conclusies te komen.

De Toegangs drempels.

Welke zijn de voornaamste drempels?

Ik zie een zestal grote drempels die voor mensen problemen opleveren als ze zorg nodig hebben.

***1^{ste} drempel: Het niet hebben van mantelzorg.**

Mantelzorg die je krijgt vanuit je directe omgeving. Als patiënt zal u het aanbrengen van nood aan mantelzorg evident vinden, maar geloof me in studies wordt dit aspect nogal eens vergeten. Belangrijk is te weten dat aan het niet hebben van mantelzorg een financieel prijskaartje hangt. Er is niet alleen het prijskaartje van de betaalde hulp, maar er is ook vastgesteld dat 32% van de mensen met een chronische aandoening financiële ondersteuning krijgt vanuit hun mantelzorgomgeving. En dat patiënten die deze (financiële) mantelzorg niet hebben, deze gaan uit- of afstellen. Dus het niet hebben van mantelzorg moet gecompenseerd worden door betaalde hulp die voor heel wat patiënten niet betaalbaar is.

***2^{de} drempel: De materiële drempel.**

Uit de resultaten van verschillende gezondheidsenquêtes blijkt dat hoe lager het inkomen van patiënten(gezinnen) is hoe minder zorg ze hebben, zelfs noodzakelijke zorg wordt uit of afgesteld. Wie zijn nu die mensen met een laag inkomen? Op de eerste plaats de mensen met een vervangingsinkomen als invalide. Doordat deze mensen niet alleen een minder inkomen hebben maar ook nog eens hogere medische kosten hebben. Daar komt nog vaak bij dat de partner omwille van de te geven zorg, zijn of haar werk geheel of gedeeltelijk moet opgeven. De som van die twee geeft als resultaat een enorme daling van het (beschikbare) inkomen. Trouwens laat het duidelijk zijn dat ongeacht welk vervangingsinkomen men heeft, als men alleen van dat inkomen moet rondkomen de kans enorm groot is dat je regelrecht in de armoede terecht komt. En toch

wordt een vervangingsinkomen vanuit de overheid beschouwd als een vangnet. De bedoeling van een vervangingsinkomen dat je er "normaal" zou kunnen van leven!

***3^{de} drempel : Gebrek aan kennis en weerbaarheid.**

We zien dat mensen die minder (lager) zijn opgeleid ook vaak minder weerbaar zijn. Onderzoeken wijzen uit dat de kans op gezondheidsproblemen toeneemt wanneer men lager is opgeleid en daardoor ook minder verdiend. Dus als je beter (hoger) bent opgeleid en daardoor meer verdiend je ook minder gezondheidsproblemen zult hebben. Het klinkt misschien gek, toch is dit een Europese vaststelling. Die financiële kwetsbaarheid wordt nog versterkt door een gebrek aan kennis (het niet op de hoogte zijn van de regelgeving). Ze vinden dus ook niet de weg naar hulp en steun.

***4^{de} drempel : Hoge medische kosten.**

Als eerste kosten worden meestal de kosten voor kinesist en psychologische ondersteuning genoemd. Ook de kosten voor pijnbehandeling en pijnmedicatie zijn zeer hoog. Maar ook de kosten voor de zogenoemde eerstelijnszorg (huisarts en specialist) lopen op.

Ook de hospitalisatiekosten zijn verschrikkelijk hoog. Over de ganse populatie gemeten weten wij dat elke patiënt gemiddeld € 492 per ziekenhuisopname zelf moet dragen. Niet onbelangrijk om te weten is dat dit zelfde te betalen bedrag met 47% is gestegen sinds 1998. Dus hospitalisatie is bijna de helft duurder geworden voor de patiënt dan 10 jaar geleden.

Ook met de niet terugbetaalde medische zorgen hebben jullie als patiënten ervaring, de kosten van o.a. verzorgingsmateriaal zoals verzorgingsmateriaal, pampers e.a. waarin helemaal geen tussenkomst is voorzien komen geheel op de rekening van de gebruiker – patiënt. Er is ook nog de afhankelijkheidskost. Zoals oppasdienst, gezins en bejaardenhulp, poetsdienst, warme maaltijden, vervoerskosten, zaken en diensten die de overheid niet als ter zake beschouwd maar die wel moeten betaald worden. Juist ja, door de patiënt.

Probleem bij dit alles is, wanneer men praat over de gezondheidskosten men altijd over gemiddelden praat, waardoor het probleem van chronisch zieke- pijnpatiënt nooit echt in het zicht komt.

Als we al het voorgaande samentellen en we vergelijken dat met het inkomen, dat zoals al eerder gezegd laag tot zeer laag is dan zou je denken dat iedereen het probleem wel zit.

Helaas denken de bedenkers en handhavers van de regelgeving nog veelal vanuit hun zeer toerijkende tot riant inkomens en niet vanuit het beschikbare budget van de gebruiker-patiënt.

***5^{de} drempel : Het statuut in de ziekteverzekering.**

Welk het statuut je hebt als patiënt in de ziekteverzekering kan en enorm verschil maken.

Denk dan even aan mensen zonder papieren. Meestal komt er dan als reactie, moeten we het daar nu over hebben, wij hebben hier toch al mensen genoeg die niet aan hun rechten komen. En ze hebben met dit laatste overschot van gelijk, ware het niet dat er door ons patiënten geen verschil zou mogen gemaakt worden tussen mensen met en mensen zonder papieren, want het gaat altijd om mensen met problemen. En alle mensen met problemen moeten geholpen worden. Maar er zijn er altijd wel die proberen om de zwakkeren tegen elkaar op te zetten. Laten we daar vooral niet in trappen.

Ook zelfstandigen hebben in dit land nog altijd een slechter statuut in de gezondheidszorg dan de werknemers. Gelukkig zal daar vanaf 1 januari 2008 verandering in komen.

***6^{de} drempel : De werking van de instellingen.**

De complexiteit van zowel de werking als van de regelgeving zelf is een grote drempel. Zelfs als gezondheids socioloog die al decennia werkt in deze materie, blijft het studeren om er enigszins zicht op te krijgen. Laat het dus duidelijk zijn dat je daartoe als patiënt niet in staat zult zijn. En hier komt dan het Matheuseffect om de hoek kijken. Dat wil dus op de dag van vandaag zeggen, dat hij die de weg weet doorheen de complexe regels er voordeel zal uithalen. De zwakkere die niet in staat is die weg te vinden, krijgt weer maar eens de klappen, want net zij zullen geen beroep doen op de bestaande voorzieningen, simpelweg omdat ze niet weten dat ze bestaan. Vandaar dat ook ik er al jaren, telkens opnieuw, voor pleit dat rechten automatisch moeten worden toegekend.

Ook over de werking van de zorgverstrekkers valt wat te zeggen. Over de manier waarop ze samenwerken of vooral over de manier waarop ze NIET samenwerken. Over de manier waarop de "Gezondheidszorg" en de "Welzijnszorg" al dan niet samenwerkt.

Er valt ook wel wat te zeggen over de manier de manier waarop men in ziekenhuizen informatie verstrekt. Daar moet de patiënt attent gemaakt worden op het feit dat hij recht heeft op geconventioneerde arts. Dat is belangrijk om weten, omdat wanneer je behandeld wordt door een niet geconventioneerde arts de rekening wel eens veel hoger kan zijn. Maar hoe moet je het weten, als men je daar niet over inlicht?

Heel kort nog iets rond de financiering van de ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn voor de Ziekteverzekering grote geldslokkers, de overheid wil daar dan ook graag op besparen en gaat hoe langer hoe meer naar financiering op basis van pathologieën. Zo willen ze het onmogelijk maken dat eenzelfde ingreep van ziekenhuis tot ziekenhuis (sterk) in prijs verschilt. Een uitvloeisel voor de patiënt is dat ziekenhuizen er geen financieel belang meer bij hebben de patiënt even lang als voorheen opgenomen te houden en de patiënt vroeger naar huis wordt gestuurd. Voor het ziekenhuis is dan het bed terug vrij voor een volgende patiënt en de overheid betaald het ziekenhuis minder per patiënt, maar de patiënt zelf wordt er helemaal niet beter van. Die moet dan meer dan waarschijnlijk beroep doen op thuiszorg, professioneel en mantelzorg met voor hem financiële gevolgen. Dus weer maar eens extra kost.

25% van de Zorgkost wordt in België betaald door de patiënt.

Dat wil zeggen uit eigen zak! Dit geeft dan ook aanleiding tot dualisering van de gezondheidszorg in België. Mensen met genoeg geld zullen verder hun nodige zorgen krijgen. Mensen met minder geld zullen hun nodige zorgen NIET meer krijgen!

Wat doet het beleid hieraan in België?

1^{ste} Maatregel: De MAF (Maximum Factuur)

Door de vroegere minister van sociale zaken, de heer Frank Vandenbroucke als een wondermiddel naar voor geschoven. Waardoor zo zei hij op termijn tot een voor de minderfortuinlijke medemens tot een kosteloze gezondheidszorg zouden komen. Minister Vandenbroucke is, zoals wij weten, een bijzonder intelligente man en hij moet dus telkens wanneer hij dit verkondigt enorm veel moeite gehad hebben met zijn eigen uitspraken omdat hij heel goed weet dat dit niet klopt.

Een woordje uitleg:

De MAF 3^{de} versie heeft voor de uitgebreide WIGWS in de Sociale MAF, een onkostenplafond voorzien van 450 Euro. Als die mensen die € 450 hebben uitgegeven aan gezondheidskosten hebben die verder kostenloze gezondheidszorg.

Er is ook nog de inkomens MAF die geldt voor alle anderen en daarin zijn er 5 categorieën van inkomens voorzien. Deze mensen moeten remgeldplafond bereiken van meer dan €450 tot €1800. Dus hoe meer iemand aan inkomen heeft, hoe meer hij eerst zelf moet betalen voor gezondheidszorg vooraleer hij iets terug krijgt.

Op zich klinkt het voorgaande niet slecht, maar als we dan eens bekijken wat er in die MAF wordt opgenomen krijgen we duidelijk een minder mooi beeld van die MAF.

Wat wordt er in de MAF opgenomen?

Dat zijn de honoraria van de artsen en verpleegkundigen. Dat zijn de technische verstrekkingen, de geneesmiddelen van de categorie A, B, C en de magistrale bereidingen en een deel van verpleegdagprijs in een ziekenhuis.

Dus stellen we vast dat zeker niet alle medische kosten worden opgenomen in die MAF. In het algemeen geen D medicatie (onlangs voor pijnpatiënten onder bepaalde voorwaarden en beperkt in keuze is er een uitzondering hierop toegestaan) en slechts zeer gedeeltelijk kiné enz. Dus als men zegt je moet maar €450 zelf betalen en de rest is GRATIS, dan is dat gewoonweg niet waar. Je mag dan nog zoveel niet erkende medicatie, verzorgingsmateriaal of hulpmiddelen aangekocht hebben, je zult er nooit via de MAF iets van terug krijgen. Ook het persoonlijk deel van de ligdagprijs in een psychiatrisch ziekenhuis wordt enkel voor de eerste 12 maanden opgenomen in de MAF, dit terwijl we weten dat patiënten daar zeer vaak veel langer moeten verblijven, maar soms noodgedwongen om financiële redenen het ziekenhuis na 12 maanden verlaten. Met ook hier het grote risico, dat zo een patiënt niet meer de nodige verzorging zal krijgen.

2^{de} Maatregel: De hervorming van het Bijzonder Solidariteitsfonds.

Wanneer je lijdt aan een zeldzame aandoening die gepaard gaat met een dure behandeling die wetenschappelijk als doeltreffend wordt beschreven en die voorgeschreven is door een arts, dan kan je - in theorie toch - beroep doen op het bijzonder solidariteitsfonds. Het is echter niet zo evident om tot dat bijzonder solidariteitsfonds toegelaten te worden.

3^{de} Maatregel: Uitbreiding van het Statuut van de Voorkeurverzekerde.

Voor juli 1997 kenden we alleen WIGW (Wezen - Invaliden - Gepensioneerden - Weduwen). Vanaf 1 juli 1997 heeft men die groep uitgebreid Leeftoetrekken, mensen met een Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden en ook mensen tegemoetkoming Gehandicapten. Vanaf mei 1999 zijn ook de Langdurig werklozen (zij die minstens één jaar werkloos en +50 jaar zijn).

Vanaf juli 2007 is ook het OMNIO systeem van start gegaan. Hier is iedereen opgenomen die in het vorige (WIGW) systeem uit de boot viel. Wel op voorwaarde dat het bruto inkomen onder €13312 nog te verhogen met een bedrag per persoon ten laste.

Het is goed te kunnen vaststellen dat dit OMNIO-statuuut er na veel studiewerk, publicaties en heel lang aandringen op een eerlijkere toegang tot het voorkeursysteem er uiteindelijk is. Want het is toch niet eerlijk dat iemand in een vakje past (WIGW) wel van die voorkeur kan genieten en iemand anders, met een gelijkaardig inkomen, maar die niet in een erkend vakje past, die voorkeur aan zich voorbij ziet gaan. Het is in elk geval weer een poging om de gaten in het opvangnet van de Ziekteverzekering wat kleiner te maken.

4^{de} Maatregel: De Hervorming van de Verzekerbaarheid.

In 1995 bleken 140000 mensen in België NIET verzekerd te zijn door de Ziekteverzekering. Ondertussen is er gelukkig gewerkt aan de hervorming van de verzekerbaarheid met als gevolg dat de toegankelijkheid tot de Ziekteverzekering gemakkelijker werd gemaakt. Heel wat categorieën kunnen nu zelfs zonder bijdragen te hebben betaald toetreden, alsook werd de wachttijd opgeheven.

5^{de} Maatregel: De Vlaamse Zorgverzekering.

Helaas is deze niet Belgisch. Ze is dus enkel Vlaams.

Deze Zorgverzekering is er voor mensen die langdurig zwaar zorgbehoevend zijn en het gaat expliciet over NIET-medische kosten.

Het voordeel aan deze verzekering is het solidaire karakter. Iedereen vanaf de Leeftijd van 25 jaar moet in Vlaanderen bijdragen.

De bedragen waarmee deze verzekering de niet medische kosten dekt waren oorspronkelijk € 125 voor mensen die in een instelling verblijven en €90 voor hen die NIET in een instelling verblijven. Een toch wel merkwaardig verschil tussen mensen die thuis wonen en zij die in een instelling verblijven, want horen we niet altijd vanuit diezelfde overheid dat er méér moet aangedaan worden om mensen in de mogelijkheid te stellen opdat ze langer thuis zouden kunnen blijven. Gelukkig is er tegen dit verschil in uitkering zo heftig geprotesteerd dat in de loop van de volgende jaren het verschil zal weggewerkt worden.

6^{de} Maatregel: De 3^{de} Betaler.

Je weet dat het grootste deel van de ziekenhuisrekeningen rechtstreeks betaald worden door het ziekenfonds. Als je naar de apotheker gaat betaal je enkel het remgeld. Dat is het systeem van de 3^{de} betaler. Je moet dus niet eerst zoals bij je huisarts alles betalen om dan later een deel via je ziekenfonds terug te krijgen.

Wanneer je nu recht hebt op de eerder vernoemde voorkeurregel dan kan je ook beroep doen op het 3^{de} betalersysteem voor een bezoek aan je huisarts en de tandarts. Ook overleden en comateuze patiënten kunnen er beroep op doen.

En toch, merkwaardig, slechts 2% van de gerechtigden maken er gebruik van voor het betalen van hun consultatie. De vraag moet echter uitgaan van de patiënt. En die doet het niet omdat er nooit duidelijke promotie is rond gemaakt.

7^{de} Maatregel : Forfetaire geneeskunde.

In België hebben we voor de eerste lijnsverzorging een systeem van prestatiegeneeskunde. Je betaalt dus per prestatie. In heel wat andere landen hebben ze echter een systeem van forfaitaire

geneeskunde. Dat betekent dat mensen zich inschrijven in een groepspraktijk meestal wijkgezondheidscentrum of maison medical. De patiënt engageert er zich toe om voor zijn eerstelijnszorg steeds naar datzelfde wijkgezondheidscentrum te gaan. Wat is daarvan het voordeel dat je als patiënt kostenloze gezondheidszorg krijgt. Het centrum krijgt zijn werkingsgeld na opgave van het aldaar behandelde aantal patiënten en niet op basis van het aantal prestaties. Dus goed voor de patiënt. Hoe zou het dan toch komen dat er zo weinig op deze basis gewerkt wordt?

Als laatste vernoem ik hier nog een aantal kleinere maatregelen:

Deze maatregelen zijn echter maar druppel op de hete plaat van gloeiende rekening van de patiënt. Zorgforfait € 254/jaar - € 423 Incontinentieforfait – Hulp van derden dit zijn lachwekkende bedragen, het beleid zou beschaamd moeten zijn om met zulke bedragen voor de dag te komen. Want de gebruiker komt met deze bedragen in de verste verte niet toe voor de nodige zorg.

Conclusies

Als ik enerzijds de drempels zie en daarnaast naar wat het beleid daar tegenover stelt, vraag ik me toch wel af:

1) Slagen wij er nog in om in de komende jaren een gezondheidszorg recht te houden die toegankelijk is voor iedereen, ongeacht zijn inkomen?

Ik hoor altijd zeggen dat we in België een van de beste gezondheidszorgen hebben uitgebouwd! Maar zal die er in de toekomst nog wel voor iedereen, ongeacht zijn financiële middelen zijn?

Of slagen we er in om voor de komende jaren, voldoende financiële middelen vrij te maken voor die ziekteverzekering voor iedereen?

In een van de studies die we hebben gemaakt hebben we 54 sleutelfiguren bevestigd rond het sociaal beleid en het was geruststellend te mogen horen, dat ze allen pleiten voor een andere financiering van de Sociale Zekerheid en dat ze, toch ook eens gaan kijken naar andere bronnen dan deze van de belasting op arbeid. We moeten o.a. eens ernstig gaan denken aan een vermogensbelasting. Want is solidariteit niet, dat de sterkste schouders de meeste lasten kunnen dragen?

Maar als er nieuwe middelen zijn moeten we er ook voor zorgen dat de middelen zo efficiënt mogelijk gebruikt worden. Moet elk ziekenhuis nu perse over dezelfde dure apparatuur beschikken. Zijn de prijzen voor geneesmiddelen niet te hoog? Ik denk hier bv. aan het KIWI model in Nieuw Zeeland.

2) Slagen we er in de marketing af te houden.

Er is altijd gezegd dat gezondheidszorg geen winst moet opbrengen. Wat zijn dan de hospitalisatieverzekeringen? Goed ze helpen de patiënt om zich veilig te stellen. Maar wie kan zich een dergelijke verzekering permitteren? Zeker niet de mensen met weinig geld!

Het zou ook wel eens, hen die zich via extra verzekeringen hebben veilig gesteld, kunnen toe aanzetten om niet meer solidair te zijn met de anderen. Zo blijven de zwakste eens te meer in de kou staan.

Laten we vooral ook oog hebben voor Europa. Het Europa van vandaag is goed voor de economie. Het Europa van vandaag is echter helemaal niet sociaal.

Afrondend : Willen we een solidaire samenleving of gaan we naar een samenleving waarin ieder maar voor zichzelf moet zorgen?

Willen we het eerste, dan zullen patiëntenverenigingen en andere basisbewegingen samen de druk moeten hoog houden. Vorm blok en wees kritisch voor het beleid.

We hebben duidelijk niet de verzorgingstaat voor altijd gekregen.

We zullen er voor moeten blijven strijden om die te behouden.

De tijdens de bijeenkomst gestelde vragen en de antwoorden

Wat zijn niet medische kosten?

Ik heb daarstraks alleen maar aangegeven wat er in de regelgeving staat. Maar het is nogal duidelijk dat je als patiënt omwille van je ziekte en pijn voor heel wat dingen hulp moet inroepen waarvoor je extra kosten hebt en men zou daarom ook vanuit de overheid voor veel meer zaken een financiële ondersteuning moeten geven.

Hoe is het mogelijk dat er vandaag nog mensen zijn, die ook als ze werken niet instaat zijn om zelf hun medische kosten te betalen?

Ik weet dat ook niet. Ik stel ook vast dat dit inderdaad voor en groep van werkende mensen zo is. U moet weten dat van 1945 tot 1975 de verzorgingstaat is ontwikkeld en dat vanaf 1975 de neoliberale krachten de teruggang ingezet. Systematisch worden alle verworvenheden stukje bij beetje terug afgebouwd. Dus moeten wij alert blijven en ons samen blijven verzetten tegen deze afbouw van onze sociale zekerheid. Laten we vooral niet geloven dat er niets tegen te doen is.

Zou regionalisering helpen voor een betere gezondheidszorg?

Ik ben altijd voorstander geweest om elk voorstel een kans te geven. Doch hoever ik ook met het voorstel tot regionalisering wil meegaan, ik zie op dit ogenblik geen enkel, maar dan ook geen enkel argument dat zou aangeven dat een regionalisering onze gezondheidszorg beter zou maken. Ik vrees dan ook, dat het hier ook een tegen elkaar opzetten van mensen is.

Als we al voorbeeld de Vlaamse Zorgverzekering nemen, dus regionaal uitgebouwd en helemaal Vlaams, en zoals onze Vlaamse politici zeggen, dus beter, heeft men bij dit project al dadelijk de privé binnen gehaald. Als dit het voorbeeld is van hoe het na de regionalisering voor de ganse sociale zekerheid zou kunnen zijn, dan houd ik mijn hart vast. De kleine man zal dan weer maar eens het deksel op d neus krijgen.

Als patiënt zijn we verdeeld omdat de overheid ons in vakjes stopt. Elke aandoening zijn eigen voordeel. Hoe kunnen we dit als patiënten veranderen.

Het is inderdaad zo dat jullie door de overheid verdeeld worden. Daarom verenig u zoals ik reeds gezegd heb. Verenig u over je aandoening heen en ga nog verder, verenig u met andere basisbewegingen laat jullie vooral niet verdelen!

Wat is het nut van een medisch dossier?

Met het medische dossier probeert men de informatie rond de patiënt te centraliseren. Dit is naar behandeling toe een niet te versmaden element. Maar het zou ook dubbele onderzoeken moeten uitsluiten en dit zou voordeliger uitkomen voor zowel patiënt als voor de ziekteverzekering.

Met onze oprechte dank aan U professor Fred Louckx voor zijn zeer inspirerende uiteenzetting.

Je hebt ons, professor, de nodige moed ingesproken om samen met de Vlaamse Pijnliga te blijven opkomen voor een beter gezondheidsbeleid in België voor iedere pijnpatiënt, in het bijzonder voor de zwakkeren en de meest gedupeerden in onze samenleving.

Professor Fred Louckx heeft ons een aantal van zijn boeken geschonken, U kan ze dan ook ontlenen in onze eigen BIBLIOTHEEK.

Waar kan u Fred Louckx Hoogleraar gezondheids-en welzijnssociologie aan de vrije universiteit Brussel VUB bereiken?

Aan de vrije universiteit Brussel VUB, Pleinlaan 2 - 1050 Brussel Jette Lokaal K 213,
Telefoon: 02 477 47 20 flouckx@gesg.vub.ac.be