

TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw -
Groenveldstraat 15 - 3001 Heverlee
v.u. G. Reynders-Broos – Winegemsteenweg 70 Bus 005
– 2970 's Gravenwezel
- nummer 50 - november 2009 - verschijnt in jan- ma- jun-
sept en nov
Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail
Erkeningsnummer: P2A8311

NIEUWSBRIEF

10 JAAR VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW

Op 23 oktober 2009 vierde het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) haar 10 jarig bestaan. Zo'n 140 mensen waarvan 82 patiëntenvertegenwoordigers uit 40 verschillende verenigingen, 33 professionelen en 6 politici kwamen samen in het Provinciehuis van Leuven. Zij waren aandachtige toehoorders op het ogenblik dat

- Ilse Weeghmans (coördinator VPP) de weg schetste die het VPP de afgelopen 10 jaar aflegde;
- Mark Leys (professor Medische Sociologie aan de Vrije Universiteit Brussel) een insteek gaf voor het debat over patiëntenparticipatie;
- Steven Dierckx (radiojournalist VRT) een paneldebat begeleidde over participatie van patiënten en de positie van een patiëntenplatform.

MISSIE EN DOELSTELLINGEN OPNIEUW BEKRACHTIGD

Zo'n 12 jaar geleden gingen enkele Vlaamse patiëntenverenigingen samen zitten om na te gaan hoe ze hun krachten konden bundelen. Enerzijds waren ze gefrustreerd door op beleidsniveau keer op keer bot te vangen omdat één enkele vereniging niet representatief genoeg was voor alle patiënten, anderzijds stelden ze vast dat er heel wat gemeenschappelijke problemen waren. Ze wilden samen sterk staan, zelf problemen formuleren en samen naar oplossingen zoeken. Na 2 jaar intensieve voorbereiding met ondersteuning van Trefpunt Zelfhulp vzw hielden 16 patiëntenverenigingen in 1999 het Vlaams Patiëntenplatform vzw boven de doopvont.

In toenemende mate werd het VPP erkend om patiënten te vertegenwoordigen. Zo waren er achtereenvolgens:

- de erkenning door de Vlaams Overheid in 2000 met de toekenning van een subsidie en een zijte in de Vlaamse gezondheidsraad;
- de uitnodiging op de hoorzitting patiëntenrechten in het federaal parlement in 2001;
- de erkenning door de federale overheid met de toekenning van een zijte voor patiëntenvertegenwoordiging (naast mutualiteiten, beroepsbeoefenaars en ziekenfondsen) in de federale Commissie Rechten van de patiënt;

- de toekenning van een zitje in de diversiteitscommissie van de Sociaal-Economische Raad voor Vlaanderen (SERV); het Raadgevend comité van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), het stakeholdersforum van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB), de commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer, de Strategische Adviesraad voor Welzijn, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR);
- de toekenning van 6 zitjes in het Observatorium voor chronische ziekten.

In dit vertegenwoordigingswerk gaat het er telkens om aan te tonen dat ervaringsdeskundigheid van patiënten een belangrijke aanvulling vormt op de deskundigheid van professionals. Op vlak van levenskwaliteit zijn het immers de patiënten zelf die weten wat de ziekte, de diagnose, de behandeling en het leven met de ziekte betekenen.

Naast het opnemen van dit vertegenwoordigingswerk legde het VPP ook eigen accenten en vroeg aandacht voor knelpunten die patiënten ondervinden. Zo was er in 2003 de ronde tafel verzekeringen in het federaal parlement waar verzekeraars voor het eerst beaamden dat uitsluitingen voor mensen met een chronische ziekte, willekeurige premieverhogingen en weigeringen tot uitbetaling van medische schade geen uitzonderingen waren. De verzekeringsproblematiek is een belangrijk item gebleven waarvoor het VPP aandacht vraagt zoals dit ook gebeurt voor patiëntenrechten, toegang tot kwaliteitsvolle zorg en werkgelegenheid voor mensen met een chronische ziekte.

De huidige missie en doelstellingen reflecteren nog steeds de intenties van de samenwerking die in 1999 werd opgezet. Nog steeds vormt onafhankelijkheid een belangrijke waarde en nog steeds wil het Vlaams Patiëntenplatform vzw bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving door gemeenschappelijke noden en knelpunten te helpen oplossen via belangenbehartiging op alle relevante beleidsniveaus en binnen alle relevante gezondheidsvoorzieningen. Hiertoe stelt het VPP zich tot doel:

- de algemene belangen van patiënten te verdedigen;
- informatie te geven over beleidsbeslissingen aangaande gezondheidszorg;
- gemeenschappelijke noden en problemen van patiënten aan te kaarten;
- naar oplossingen te zoeken in overleg met patiënten;
- patiënten actief te laten participeren in de uitbouw en organisatie van de gezondheidszorg.

Om een verdere groei in de toekomst voor te bereiden werd in 2008 een strategisch denkproces opgestart waarbij bestuur, ledenverenigingen en ook niet-leden patiëntenverenigingen in Vlaanderen betrokken werden. De uitkomst van dit denkproces maakte onder andere duidelijk dat:

- de doelstellingen nog steeds onderschreven worden, maar dat het wenselijk is nog duidelijker erkend te worden als stem van de patiënt;
- het VPP voluit wil blijven gaan voor het patiëntenstandpunt door knelpunten en prioriteiten van patiënten op de politieke agenda te zetten en dit zonder echt mee te beslissen;
- het lidmaatschap voorbehouden blijft voor patiëntenverenigingen.

PATIËNTENPARTICIPATIE IN HET GEZONDHEIDSBELEID EN DE POSITIE VAN EEN PATIËNTENPLATFORM

Professor Mark Leys werd gevraagd een lezing te geven over patiëntenparticipatie omdat hij hier als onderzoeker heel wat kennis over opdeed. Zijn lezing is dan ook gebaseerd op het onderzoeksrapport 'Patiëntenparticipatie in het gezondheidsbeleid. Een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven.' (uitgave van de Koning Boudewijnstichting). Hierbij moet opgemerkt worden dat het enkel gaat over patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid en niet over patiëntenparticipatie in zorgrelaties. Maar wat hij ons direct duidelijk maakte is dat ondanks de hoge verwachtingen en lovende woorden over patiëntenparticipatie er weinig betrouwbare gegevens bestaan over de kwaliteit en

legitimiteit van beleidsbeslissingen met patiëntenparticipatie. In zijn lezing reikte hij dan ook geen pasklare antwoorden aan maar eerder een veelheid aan vragen die je over dit onderwerp kan stellen.

- Patiëntenparticipatie tussen consumentenbenadering en democratische benadering

Patiëntenparticipatie is ontstaan onder invloed van erg uiteenlopende bewegingen. Enerzijds is er de groeiende concurrentie tussen zorgaanbieders die maakt dat informatie over behoeften van patiënten belangrijk is om het aanbod te ontwikkelen. Anderzijds sturen heel wat organisaties en instellingen vanuit de democratiseringsgedachte aan op meer inspraak en empowerment.

Praktijken van patiëntenparticipatie worden zowel geïnspireerd vanuit de consumentenbenadering als vanuit de democratische benadering. En iedere praktijk krijgt vorm in een specifieke context die ook zijn invloed uitoefent. In België vormt het geïnstitutionaliseerd overlegmodel de specifieke context voor patiëntenparticipatie. In dit overlegmodel is er bij het beheer van middelen naast de overheid een centrale plaats toegekend aan zorgverstrekkers en mutualiteiten, maar niet voor de patiënten zelf. Patiënten worden daarentegen vertegenwoordigd door ziekenfondsen die tegelijk verzekeraar, dienstverlener en belangenbehartiger zijn.

Verder zijn er belangrijke verschillen tussen patiëntenparticipatie op het lokale, regionale en nationale niveau.

- Wie is de patiënt van de 'patiëntenparticipatie'?

Is de patiënt een burger die belasting betaalt, een verzekerde die zijn bijdrage betaalt, een gebruiker van gezondheidszorgen of een toekomstige gebruiker met zijn familie? De invulling van het patiëntenbegrip levert meteen ook een verschillend perspectief op met betrekking tot patiëntenparticipatie. Zo zal de kwaliteit en kostprijs van zorg in het algemeen een belangrijk thema vormen voor een consumentenvereniging zoals Test-Aankoop, terwijl de kwaliteit van een specifieke behandeling van belang zal zijn voor een patiëntenvereniging en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg een belangrijk thema zal zijn voor ziekenfondsen. Al deze verschillende verenigingen, organisaties en instellingen kunnen al dan niet een plaats verworven hebben in de historisch gegroeide overlegstructuren.

- Participatie in maten en soorten

Afhankelijk van het doel, de aanwezige ervaring, de complexiteit enz. kan er gekozen worden voor meer of minder intensieve participatie. Er bestaan allerlei modellen om deze vormen van participatie te ordenen. Een terugkerend idee in deze modellen is dat informeren en consulteren belangrijke activiteiten zijn die bij actieve participatie horen en die kunnen leiden tot een actievere verhouding tussen overheid en bevolking, maar dat er pas sprake is van 'echte' participatie zodra er tweezijdige informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen bevolking en beleidsmakers.

Participatiecategorie	Voorbeelden van methodes
Informeren	brochures, info lijnen,...
Consulteren	vragenlijsten, focusgroepen, burgerpanels, community mapping,...
Actieve participatie	petities, burgerjury, panels, hoorzittingen, parlementaire comités,...

- Patiëntenparticipatie roept vragen op voor de interne en externe werking

Mark Leys maakte de aanwezigen tijdens zijn lezing duidelijk dat patiëntenparticipatie een vlag is die vele ladingen dekt en dat het voor de uiteenlopende inhouden, doelen, niveaus, instellingen en organisaties van belang is zich vragen te stellen over participatie.

Voor de interne werking gaat het om vragen als:	Voor de externe werking gaat het om vragen als:
Hoe kan ervaringskennis op een professionele manier worden ingezet? Hoe kunnen we onze organisatie vorm geven? Hoe kunnen we de werking financieren?	Welke positie kan onze organisatie innemen? Hoe kunnen we legitimiteit opbouwen? Hoe kunnen we de relaties met andere actoren vorm geven? Op welk niveau kunnen we op welke manier participeren?

De lezing leverde de vragen aan die het begrip patiëntenparticipatie oproept. Dit maakte het publiek alvast benieuwd naar een reeks antwoorden van vier prominente figuren uit het gezondheidsbeleid.

PANELDEBAT OVER PATIËNTENPARTICIPATIE

De belangrijkste vragen die 'patiëntenparticipatie' voor het VPP oproept werden door Steven Dierckx, radiojournalist bij de VRT samengevat in vier vragen die aan de volgende panelleden werden voorgelegd:

Jan De Maeseneer (huisarts en voorzitter van de vakgroep Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent);

Marc Moens (ondervoorzitter van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten);

Guy Tegenbos (journalist bij De Standaard);

Chris Vander Auwera (administrateur-generaal van het Agentschap Zorg en Gezondheid).

Hieronder wordt verslag gegeven van de antwoorden op de vier vragen.

- Vraag 1: Kan het VPP wegeen op het beleid zonder zelf mee te beslissen?

Guy Tegenbos nuanceert de vraag door te stellen dat er niet alleen verschillende beleidsniveaus zijn, maar ook diverse manieren om op het beleid te wegeen. Zo kan men wegeen door protest te uiten, door beluisterd te worden of door impact te hebben op de meningsvorming. Voor al deze vormen van wegeen op het beleid is het volgens hem belangrijk dat er macht wordt opgebouwd door representatief te zijn en over de expertise en de middelen te beschikken om de aanwezige ideeën handen en voeten te geven. Hij stelt dat experimenten met participatie binnen het RIZIV een aanrader kunnen zijn, maar ook dat er nog macht moet worden opgebouwd alvorens vertegenwoordiging in de hoogste organen mogelijk is. Zonder collectieve machtsopbouw riskeren patiëntenvertegenwoordigers immers 'doodgeknuffeld' te worden in hun poging te participeren.

Jan De Maeseneer geeft het VPP gelijk nog niet te willen meebeslissen. Hij hekelt de hiaten in het Belgische overlegmodel dat er niet in slaagt de kosten onder controle te houden. Volgens hem is er nood aan een beleid dat vertrekt van kritische vragen over toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Hierin ziet hij een rol weggelegd voor de wetenschap, alsook voor het VPP. Het lijkt hem wenselijk dat het parlement een grotere rol speelt in het gezondheidsbeleid en dat expertenverenigingen zoals het VPP

input kunnen geven via hoorzittingen. De vraag die hij zich stelt is of de huidige tendens om gezondheidszorg te organiseren in functie van ziektebeelden geschikt is om de zorg terug menselijk te maken. Van het VPP verwacht hij een streven naar universele zorg - een zorg voor alle patiënten omdat ze mens zijn, onafhankelijk van het soort aandoening waardoor ze getroffen zijn. In die zin lijkt het hem van belang selectief te zijn in de overlegtafels.

Chris Vander Auwera op zijn beurt stelt dat het laten horen van de stem van de patiënt te weinig ambitieus is en dat het meewerken van patiëntenverenigingen een minimum is. Hij denkt hierbij met name aan de lokale patiëntenvertegenwoordiging die voorzien is voor de SEL's (Samenwerkingsinitiatieven in de Eerste Lijn). Van het VPP verwacht hij dat het deze vorm van patiëntenvertegenwoordiging ondersteunt. Hij is er zich van bewust dat participeren aan alles niet mogelijk zal zijn. Toch is hij ervan overtuigd dat als het VPP erin slaagt goede keuzes te maken, het met een beperkte participatie een maximale effectiviteit kan bereiken. Het VPP zal hiervoor een goed zicht moeten krijgen op de expertise die het in huis heeft of waar het via haar netwerk een beroep op kan doen.

Marc Moens tenslotte heeft het over wegen op het federale beleid. Hij geeft aan dat ook de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) de boot lang heeft afgehouden om mee te beslissen, maar dat ze uiteindelijk zijn gaan meebeslissen om hun inbreng ook effectief te laten doorwegen. Hij acht de inbreng van patiënten belangrijk, maar heeft het er moeilijk mee als de verantwoordelijkheid om mee te beslissen wordt afgehouden.

- Vraag 2: Hoe kunnen andere spelers in de gezondheidszorg ijveren voor een volwaardig patiëntenparticipatie?

Opnieuw maakt Guy Tegenbos een belangrijk onderscheid duidelijk: "Het recht hebben om dingen aan te kaarten is één, maar de kracht hebben om er iets aan te veranderen is zeker zo belangrijk."

Jan De Maeseneer vindt het belangrijk dat er een initiatiefrecht wordt gegeven om vragen te stellen. Hierin dienen andere spelers in de gezondheidszorg te investeren. Verder acht hij het nodig om helderheid te scheppen in de veelheid van actoren en rollen die ze opnemen. Hij waarschuwt de Vlaamse patiëntenverenigingen ook dat onder druk van Nederlandse patiëntenverenigingen de zorg in Nederland gecommmercialiseerd werd en dat dit negatief uitdraaide voor patiënten in het algemeen. In die zin vindt hij het belangrijk gelijkheid als effectiviteitscriterium bij uitstek naar voor te schuiven.

Chris Van der Auwera spreekt zich uit over de patiëntenparticipatie op Vlaamse niveau. Er werd namelijk expliciet gekozen om het VPP te betrekken in het algemene overleg van de Strategische Adviesraad (SAR) en niet om apart advies in te winnen bij het VPP. Afdwingbaar advies is dan ook geen optie. Hierbij aansluitend wijst Guy Tegenbos erop hoe belangrijk het is om aan agendasetting te doen en zowel intern als naar buiten toe te kunnen zeggen: "Hier gaat het ons om!". Afhankelijk van het onderwerp kunnen volgens hem dan partners worden gezocht om sterker te staan en samen ongelijkheden weg te werken.

Zowel Jan De Maeseneer, Guy Tegenbos als Chris Van der Auwera zien voor het VPP een rol weggelegd op het lokale niveau.

Marc Moens drukt bij deze vraag vooral zijn bezorgdheid uit over machtsdeelname. Hij verwacht van het VPP dat het erover waakt dat ook kleine groepen aan bod kunnen komen.

- Vraag 3: Zijn mondige patiënten een troef voor een gezondheidszorg die mikt op kwaliteit?

Marc Moens herinnert eraan dat het betrekken van patiënten altijd al gericht was op de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Guy Tegenbos vindt dat de individuele patiënt dankzij toegankelijke informatie veel aan mondigheid heeft gewonnen, maar dat informatieongelijkheid en het overaanbod aan informatie obstakels zijn voor patiënten. Hij wijst erop dat het nodig is om op het collectieve niveau aan mondigheid te winnen. Daarom gelooft hij in het niveau waarop verenigingen zich verenigen. Het is volgens hem op dit niveau dat ervaringskennis kan worden opgebouwd, informatie kan worden uitgewisseld en medeverantwoordelijkheid gegeven kan worden. Dit niveau is met andere woorden nodig om patiënten optimaal te empoweren.

In de lijn van dit antwoord ziet Chris Vander Auwera het VPP een rol opnemen als kwaliteitsbewaker en beoordelaar. Via de uitwerking van vragenlijsten kan het VPP kwaliteit zelf in beeld brengen.

Aansluitend hierbij stelt Jan De Maeseneer voor de volgende vraag op te nemen: "Is er bij de zorg voldoende aandacht voor hoe het met de mensen gaat?"

- Wat zijn de belangrijkste uitdagingen voor het VPP in de volgende 10 jaar?

Voor Jan De Maeseneer dient het VPP een krachtige locomotief te zijn voor een universeel georiënteerde zorg. De grootste bedreiging hiervoor vormt voor hem een zorgmodel dat in functie van de aandoening ongelijkheid introduceert.

Voor Marc Moens moet het VPP de ongelijkheid kunnen bijsturen via het Vlaams Parlement.

Guy Tegenbos sluit zich aan bij zijn voorgangers en noemt daarnaast 'agendasetting op basis van ervaringskennis' als belangrijke uitdaging.

Chris Vander Auwera tenslotte ziet het als een uitdaging voor het VPP om een onontkoombare gesprekspartners te worden voor 10% van de problemen in het gezondheidsbeleid.

VERSLAG DENKDAG NIEUWE TECHNOLOGIEËN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Op 5 september organiseerde het Vlaams Patiëntenplatform vzw een denkdag over nieuwe technologieën in de gezondheidszorg. Nieuwe technologieën zorgen er voor dat de gezondheidszorg verandert: door de komst van internet kunnen patiënten vandaag bijvoorbeeld gemakkelijk medische informatie opzoeken, een afspraak met een arts vastleggen via een website, resultaten van een medisch onderzoek ontvangen via e-mail.... Hierdoor verloopt de communicatie tussen patiënten en zorgverleners anders dan voorheen. Daarnaast evolueren medische technologieën steeds verder waardoor het landschap en het karakter van de gezondheidszorg wijzigt.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw stelt vast dat de patiënt als centrale actor in de gezondheidszorg te weinig betrokken wordt bij de implementatie en ontwikkeling van nieuwe technologieën. De bedoeling van de denkdag was om patiëntenverenigingen samen te brengen om informatie in te winnen over nieuwe technologieën in de gezondheidszorg, maar ook om te vernemen wat patiënten al dan niet verwachten van deze 'technologische toekomst'. Hoe staat de patiënt tegenover de nieuwe technologieën? Wat zijn de voor – en nadelen van deze technologieën voor de patiënt?

Twee technologieën werden besproken:

- Telegeneeskunde: Het gaat hier over het toepassen van zorgverlening en ondersteuning op afstand met behulp van informatie- en communicatietechnologie.
- Nanogeneeskunde: Nanogeneeskunde is de toepassing van nanotechnologie in de gezondheidszorg. Deze technologie maakt gebruik van de betere en vaak nieuwe fysieke, chemische en biologische eigenschappen van materialen op nanometerschaal (=de schaal van de atomen).

TELEGENEESKUNDE: GENEESKUNDE MET EEN DREMPEL MEER OF MINDER?

Na een korte uiteenzetting over telegeneeskunde, volgde een brainstorm over de voor- en nadelen van telegeneeskundetoepassingen. Aan de hand van twee voorbeelden werden de deelnemers ingeleid in een wereld waar zorgverlener en patiënt elkaar via een computerscherm kunnen zien en horen. In het voorbeeld over teleconsultatie kan de zorgverlener op basis van de klacht oordelen of hij een behandeling voorschrijft of wel dat het noodzakelijk is dat de patiënt op consultatie komt. In het voorbeeld over telemonitoring biedt de apparatuur mogelijkheden voor de patiënt om zelfstandig metingen uit te voeren en de resultaten door te sturen. Hierbij wordt de zorgverlener gealarmeerd wanneer metingen bepaalde limieten overschrijden en neemt de zorgverlener vervolgens contact op met de patiënt.

Patiënten verwachten dat toepassingen van telegeneeskunde:

- verplaatsingen kunnen doen uitsparen;
- mogelijkheden bieden op vlak van laagdrempelige contacten tussen patiënten, zorgverleners en mantelzorgers. Hierbij wordt er op gewezen dat telecommunicatie geen alternatief is voor sociaal contact.
- mogelijkheden bieden om consultatiemomenten vrijer te kiezen (mits een goede organisatie);
- wachtlijsten kunnen doen wegwerken;
- voor sommigen gekoppeld kunnen worden aan een persoonlijk alarmsystemen dat een gevoel van veiligheid kan bieden;
- gekoppeld kunnen worden aan voorlichtingsprogramma's met betrouwbare medische informatie.

Patiënten zijn bezorgd:

- om de schralere informatiebasis voor diagnose omdat ze vinden dat er bij teleconsultatie weinig gelegenheid is om meer gevoelige informatie te communiceren terwijl dit tijdens een face-to-face contact en bij uitstap in de thuissituatie veel meer voor de hand liggend is;
- om het verlies van sociaal contact met zorgverleners;
- over de implementatievoorwaarden van telegeneeskunde. De mogelijkheden die geboden worden hebben hun prijs en chronische zieken hebben al zware kosten. Ook dient er rekening gehouden te worden met verschillende vaardigheden en attitudes wat betreft het gebruik van ICT en meettoestellen;
- over de vrijheid en privacy die ingeleverd wordt als men gebruik wil maken van de mogelijkheden van een betere en continue opvolging van patiënten en patiëntengegevens via telemonitoring;
- over het maatwerk bij de interpretatie van meetwaarden. Ze vrezen dat er minder rekening gehouden wordt met persoonlijke gegevens. De bedenking dat heel wat patiënten zelf aanvoelen wanneer ze best een arts consulteren, doet de vraag rijzen of telemonitoring niet veeleer vanuit marketingoverwegingen geïntroduceerd wordt en niet vanuit een poging om tegemoet te komen aan behoeften van patiënten.

NANOGENEESKUNDE: TUSSEN HOOP EN REALISME

Er wordt wel eens beweerd dat nanogeneeskunde de gezondheidszorg in de toekomst op fundamentele wijze kan veranderen. Maar klopt dit wel? Wolfgang Eberle, onderzoeker bij IMEC, wijst er in zijn presentatie over nanogeneeskunde op dat een genuanceerde kijk nodig is.

Nanotechnologie wordt gedefinieerd als de technologie die zich bezighoudt met de ontwikkeling van materialen en componenten die het formaat hebben van individuele atomen en moleculen, nl. 0,1 tot ongeveer 100 nanometer. Alles in de natuur is opgebouwd op basis van atomen en moleculen, maar “losse nanodeeltjes” komen maar weinig voor. Nanotechnologie maakt het mogelijk om materialen te ontwikkelen met nieuwe fysische, chemische en biologische eigenschappen. Zo werd bijvoorbeeld een nieuw soort textiel ontwikkeld dat transpiratievocht beter doorlaat, alsook speelgoed vervaardigd uit zachtere materialen.

Nanogeneeskunde is de medische toepassing van nanotechnologie en aanverwante vakgebieden. Het feit dat onderzoekers kunnen werken op een extreem kleine schaal, op niveau van moleculen en atomen, biedt een waaier van toepassingsmogelijkheden voor de geneeskunde. De schaal waar op gewerkt kan worden is immers dezelfde schaal als die van DNA in het menselijk lichaam, virussen, bacteriën, lichaamscellen,... In die zin schept nanogeneeskunde grote verwachtingen op vlak van vroegtijdige opsporing en preventie alsook op vlak van diagnose, behandeling en opvolging van ziekten.

Wolfgang Eberle besprak een aantal toepassingen van nanogeneeskunde voor hersenaandoeningen, (Parkinson, Alzheimer, depressie, ...) snelle en goedkope screening van bloed en DNA, alsook de ontwikkeling van doelgerichte medicatie voor kankerbestrijding. Het blijft echter moeilijk te voorspellen wanneer toepassingen van nanogeneeskunde op de markt geïntroduceerd zullen worden. Het tijdsverloop van idee tot implementatie kan zo'n 20 jaar in beslag nemen en de kosten van het onderzoek lopen hoog op. Voor de nabije toekomst besloot de spreker dat binnen 10 jaar door nanotechnologie o.a. genetisch onderzoek meer toegankelijk zal zijn voor patiënten en er goedkopere en snellere screeningtests voor bijvoorbeeld bloed voorhanden zullen zijn.

Aangezien nanodeeltjes apart gevaarlijk kunnen zijn omwille van hun reactief en mobiel karakter, dringen ze met gemak het menselijk lichaam binnen en kunnen daar mogelijk ook schade veroorzaken. Door hun grootte bieden nanodeeltjes en nanomaterialen interessante kansen, maar vanuit dezelfde achtergrond kunnen ook nieuwe toxische eigenschappen en milieueffecten ontstaan. Over beide is nog weinig bekend. De vooruitgang van de nanotechnologie en nanogeneeskunde genereert met ander woorden ook maatschappelijke vragen over de mogelijke ethische, juridische en maatschappelijke implicaties ervan. Zo is het bijvoorbeeld onduidelijk hoe de komst van alomtegenwoordige technologie zich verhoudt tot onze privacy.

- Wie heeft in een 'slimme omgeving' toegang tot welke persoonsgegevens?
- Wat te denken van biosensoren die in het lichaam ingebracht kunnen worden om vroegtijdig ziektes op het spoor te komen en ze preventief te behandelen?
- Wat als iemand liever niet geïnformeerd wordt over de gezondheidsrisico's die hij loopt?
- Welke potentiële gevaren voor mens en milieu zijn er verbonden aan de ontwikkeling van nieuwe, voorheen ongekende materialen?
- Welk onderzoek naar nanotechnologie verdient eigenlijk aanbeveling en welke toepassingen zouden wel en niet moeten voorzien worden?

Verskillende deelnemers van de denkdag gaven aan dat nanotechnologie en de toepassing van nanogeneeskunde zeer nieuw is voor hen. Zij vinden het een interessante materie. Er wordt aangehaald

dat de mogelijkheden die nanotechnologie kan bieden voor de geneeskunde (zoals een betere kennis van het DNA, de ontwikkeling van efficiëntere medicatie en behandelingen, ...) hoop geven aan de patiënt. Daarnaast wijzen enkele deelnemers er op dat de mogelijkheden van nanotechnologie misbruikt of onterecht gebruikt kunnen worden. Zo roept een snelle en goedkope DNA analyse bijvoorbeeld vragen op omtrent privacy van de medische gegevens. Patiënten wensen zelf het heft in handen houden om al dan niet beroep te doen op nanotechnologische onderzoeken en herstel mogelijkheden. En ze vinden het belangrijk dat de ontwikkeling van toepassingen gepaard gaat met ethische reflectie en de nodige politieke, organisatorische en juridische maatregelen.

RANDVOORWAARDEN VOOR TOEPASSINGEN VAN TELE- EN NANOGENEESKUNDE

De meeste deelnemers zijn eerder kritisch over de mogelijkheden die telegeneeskunde de patiënt kan bieden. Wat betreft de mogelijkheden van nanogeneeskunde was het voor heel wat deelnemers een eerste hoopgevende kennismaking met het onderwerp. Patiënten vinden een genuanceerde kijk en goede randvoorwaarden voor nanogeneeskunde onontbeerlijk.

Vanuit de geformuleerde bedenkingen kunnen een aantal randvoorwaarden gedistilleerd worden waaraan toepassingen van telegeneeskunde en nanogeneeskunde zouden moeten voldoen om aan te sluiten bij de behoeften van patiënten. *“Technologie moet immers steeds ten dienste staan van de mens!”*

- **Continuïteit van dienstverlening**

Om van de voordelen van telegeneeskunde te kunnen genieten (versnelde communicatie, verkorting wachttijden, langere zelfstandigheid, opvolging van de patiënt, ...) is het belangrijk dat een continue dienstverlening gegarandeerd is.

Voor nanogeneeskundige toepassingen betreft de continuïteit ook de longitudinale studies om nevenwerkingen op een voldoende ruime schaal op te sporen.

- **Keuzevrijheid voor patiënt**

De patiënt moet steeds de keuze hebben of hij al dan niet gebruik wil maken van toepassingen van telegeneeskunde en nanogeneeskunde. Sommige deelnemers vrezen echter dat wanneer toepassingen ingeburgerd zijn, de keuzevrijheid van patiënten onder druk zal komen te staan.

- **Verstaanbare informatie**

Voor systemen van telegeneeskunde waarbij men informatie over een chronische ziekte kan raadplegen via digitale teletekst, is het belangrijk dat deze informatie in een begrijpelijke taal voor de patiënt wordt weergegeven. Het is tevens nodig dat deze informatie door neutrale instanties gecontroleerd worden op correctheid.

- **Nuttig gebruik van de toepassing**

Het contacteren van zorgverleners op afstand via computer- of televisiescherm kan vlot en snel gebeuren. Indien deze snelle en vlotte toegang misbruikt zou worden om al te vaak onnodige consultaties te doen, dan kan dit een overbelasting voor het zorgsysteem betekenen en een nodeloze stijging van energiekosten. Toepassingen als telegeneeskunde dienen dan ook steeds op een nuttige manier gebruikt te worden.

WAT GAAT DE VLAAMSE REGERING DOEN VOOR CHRONISCH ZIEKE PATIËNTEN?

Naar aanleiding van de Vlaamse verkiezingen in juni 2009 stelde het Vlaams Patiëntenplatform vzw een memorandum op. Hieronder vind je een korte weerslag van de eisen die in het memorandum gebundeld werden. Het volledige memorandum kan je terugvinden op onze website www.vlaamspatiëntenplatform.be onder 'publicaties'.

EISEN VAN HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW

- Als patiënt moet je een actieve stem krijgen in het gezondheidsbeleid.
- Zorg moet flexibel en toegankelijk zijn voor alle patiënten en gestuurd worden door de behoeften van patiënten.
- Wonen en zorg moeten in de toekomst goed op elkaar afgestemd worden in functie van de noden van patiënten.
- Kinderen met een chronische ziekte moeten recht hebben op inclusief onderwijs. Het onderwijssysteem moet zo flexibel mogelijk inspelen op hun (zorg)behoefte.
- Als persoon met een chronische ziekte moet je dezelfde kansen krijgen op de arbeidsmarkt als gezonde personen.
- Je moet geïnformeerd worden over de prijs en de kwaliteit van de zorg. Het kwaliteitsbegrip moet ook vanuit patiëntenperspectief invulling krijgen.
- Innovatie en ICT in de gezondheidszorg moet vertrekken vanuit de behoefte van de patiënt met voldoende aandacht voor de privacy van medische gegevens.
- Zeldzame aandoeningen kunnen op Vlaams niveau geregistreerd worden. Artsen op de eerste lijn moeten beter ingelicht worden over zeldzame aandoeningen zodat zij sneller een diagnose kunnen stellen of kunnen doorverwijzen.
- Openbaar vervoer moet toegankelijk zijn voor iedereen met mobiliteitsproblemen. Er moet gezocht worden naar oplossingen voor locaties die met het openbaar vervoer niet bereikbaar zijn of momenten tijdens de dag waarop er geen openbaar vervoer beschikbaar is.

AANDACHTSPUNTEN IN HET VLAAMSE REGEERAKKOORD

Tijdens de maanden april en mei heeft het Vlaams Patiëntenplatform vzw de verschillende politieke partijen bezocht om haar eisen duidelijk te maken, in de hoop dat een aantal van onze bekommernissen opgenomen zouden worden in het Vlaams regeerakkoord. Op 15 juli 2009 werd het Vlaamse regeerakkoord goedgekeurd in het Vlaams parlement. Hier krijg je een overzicht van de aandachtspunten in het Vlaams regeerakkoord die rechtstreeks of onrechtstreeks op onze eisen betrekking hebben:

De Vlaamse regering wil:

- toegankelijke zorg waarborgen door de bestaande zorgverzekering te behouden en zorg zo financieel toegankelijk te houden voor iedereen. Naast het beperken van de kosten in de

residentiële ouderenzorg, wordt er een maximumfactuur in de thuiszorg ingevoerd die inkomensgerelateerd is. Er komt ook een Vlaamse hospitalisatieverzekering.

De kosten van het persoonsgebonden budget (PGB)-experiment worden geëvalueerd zodat bekeken kan worden hoe de zorgondersteuning meer vraaggericht kan gebeuren.

Het uitwisselen van medische gegevens moet ook vlotter gebeuren tussen verschillende beleidsniveaus (federaal en Vlaams).

- wonen en zorgen beter op elkaar af te stemmen door, in het kader van het woonzorgdecreet, de thuiszorg uit te breiden (meer uren voor gezinszorg,...), nieuwe initiatieven te subsidiëren, ...

Duurzaam bouwen en wonen zal ondersteund worden bijv. via premies om deuren te verbreden, kangoeroewoningen, ...

- een vrije keuze van onderwijs waarborgen door alle kinderen die het gewone onderwijs aankunnen, te laten rekenen op voldoende en kosteloze zorg zoals in het buitengewoon onderwijs .
- gelijke kansen ontwikkelen op het vlak van werk door maatwerk aan te bieden bij het zoeken naar werk of het volgen van opleidingen voor personen met een afstand tot de arbeidsmarkt (zoals personen met een arbeidshandicap). Er komt een evaluatie van tewerkstellingsondersteunende maatregelen (zoals de Vlaamse ondersteuningspremie en de arbeidspostaanpassingen) en eventuele bijstellingen.

De Vlaamse overheid wil haar voorbeeldfunctie versterken door meer personen uit de kansengroepen aan te werven. Inactiviteitsvallen (administratief en financieel) zullen verder weggewerkt worden, indien nodig samen met de federale overheid. Verschillende types van uitkeringen die een belemmering vormen om te gaan werken, moeten beter op elkaar afgestemd worden.

- kwaliteit in de zorg beter waarborgen door kwaliteit beter zichtbaar te maken voor de patiënten en nadruk te leggen op patiëntveiligheid en –tevredenheid. De regering wil, in samenspraak met de sector, nieuwe kwaliteitsparameters van intramurale zorg bepalen. Er moeten ook nieuwe erkenningsnormen voor ziekenhuizen komen die een kwaliteitsverhogend effect nastreven. De zorg moet patiëntgericht opgebouwd worden, bijvoorbeeld met transmurale zorgpaden en patiëntgerichte systemen van informatie- en communicatietechnologie (ICT).
- innovatie in de zorg invoeren bijvoorbeeld door telemonitoring in een thuissituatie in te voeren of ICT te gebruiken voor telegeneeskunde,...
- investeren in mobiliteit door aandacht te hebben voor de toegankelijkheid van het openbaar vervoer voor personen met een handicap en door initiatieven te ondersteunen die gericht zijn op het garanderen van vervoersmogelijkheden voor minder mobiele (minder mobiele centrales, Diensten aangepast vervoer,...).
- extra investeren in de geestelijke gezondheidszorg door in te zetten op een destigmatisering en de maatschappelijke positie van de (ex)psychiatrische patiënt te verbeteren. Zij wil ook meer

aandacht voor samenwerking tussen intra- en extramurale zorg in de geestelijke gezondheidszorg.

Het Vlaams regeerakkoord bevat heel wat mooie ideeën. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw zal dan ook de vinger aan de pols houden en de politici regelmatig herinneren aan haar voornemens in dit regeerakkoord. Op het einde van deze legislatuur maakt het Vlaams Patiëntenplatform vzw eveneens een balans op van de resultaten.

ACTIEPLAN 'PRIORITEIT AAN CHRONISCHE ZIEKEN'

Sinds minister Onkelinx in 2008 haar actieplan 'Prioriteit aan chronische zieken' lanceerde, volgde het Vlaams Patiëntenplatform vzw de realisatie van acties van nabij op. Het VPP vond in het actieplan een antwoord op heel wat van haar vragen.

In het onderstaand overzicht wordt een stand van zaken gegeven voor de actiepunten die onze bijzondere interesse wekken.

Vraag VPP	Stand van zaken
Uitbreiding van de maximumfactuur met D-medicatie (pijnstillers, vitamines, mineralen, voedingssupplementen,...)	In voorbereiding. De registratie van voorgeschreven pijnstillers is een proefproject dat kadert in de uitbreiding van de maximumfactuur.
Uitbreiding van MAF voor psychiatrische patiënten	In voorbereiding.
Administratieve vereenvoudiging	Realisatie van de automatische hernieuwing van de machtiging van de adviserend geneesheer voor de terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen (cf. Nieuwsbrief maart 2009). Realisatie van de versoepeling van de regels voor hernieuwing van voorschriften (cf. Nieuwsbrief maart 2009)
Extra maatregelen voor chronische zieke patiënten	Er wordt gezocht naar een systeem waarin patiënten erkend kunnen worden als chronische zieken met recht op extra voordelen.
Extra aandacht voor patiënten met een zeldzame ziekte	Binnen het Fonds voor Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen werkt het VPP samen met LUSS en RaDiOrg.be.
Aandacht voor de problemen op vlak van werkgelegenheid	Het recht op een eindejaarspremie en dubbel vakantiegeld voor progressief tewerkgestelden is goedgekeurd.
Aandacht voor problemen op vlak van verzekeringen.	Dit neemt het VPP op via andere kanalen.

Intussen werkte het VPP binnen de RIZIV-werkgroep 'Chronische zieken' hard mee om een definitie 'chronische zieke' uit te werken waarin patiënten zich herkennen. Daarnaast werden ook de noodzakelijke voorbereidingen getroffen om in 2010 mee te werken aan het observatorium voor chronische zieken in 2010.

HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN: JONGE OUDERS VOORTAAN BETER GEÏNFORMEERD OVER DE REGELING VOOR PASGEBORENEN

Eind juni had het VPP een gesprek met Kind & Gezin over de regeling voor pasgeborenen bij hospitalisatieverzekeringen. Pasgeborenen kunnen worden opgenomen in de hospitalisatieverzekering van de ouders zonder medisch onderzoek of wachttijd. De enige voorwaarde is dat de ouders binnen een bepaalde periode na de geboorte – meestal 30 dagen – de verzekeraar op de hoogte brengen van de geboorte en de wens om het kind op te nemen in de polis. Dit betekent dat ook een pasgeboren kind met een chronische aandoening direct en levenslang gedekt kan zijn zonder uitsluiting van kosten verbonden aan de aandoening en zonder wachtperiode.

Naar aanleiding van het gesprek zal Kind & Gezin de volgende acties ondernemen om een grotere bekendheid te geven aan de regeling voor de pasgeborene:

- toevoeging in de nieuwe zwangerschapsmap¹ voor jonge ouders van een gestandaardiseerd kaartje om de verzekeraar op de hoogte te brengen over de geboorte van het kind en de wens om het kind op te nemen in de polis;
- informatie op de website van Kind & Gezin voor jonge ouders;
- informatie op intranet voor de verpleegkundigen van Kind & Gezin;
- informatie op extranet voor kinderartsen.

Opgelet: De ouders van het pasgeboren kind moeten zelf lang genoeg aangesloten zijn bij de hospitalisatieverzekering anders geldt de regeling voor de pasgeborene niet. In het verzekeringscontract staat bepaald hoe lang de ouders aangesloten moeten zijn.

ZIEK ZIJN KOST EEN ZAK!

HOGE HUISVUULKOSTEN OMWILLE VAN MEDISCH AFVAL

In het najaar van 2008 werd het Vlaams Patiëntenplatform vzw gevraagd iets te ondernemen voor de groep patiënten die omwille van medische redenen veel extra afval en hiermee gepaard gaande huisvuilkosten hebben. Patiënten stelden vast dat er grote verschillen waren tussen gemeenten en dat het aantal gemeenten met een diftar-regeling toenam. Voor heel wat personen met incontinentieproblemen en/of een stoma betekent deze diftar-regeling een zware financiële last omdat iedere kilo restafval betaald moet worden.

Een beperkte rondvraag van het VPP toonde alvast aan dat enkele verenigingen het probleem erkennen.

EEN SAMENWERKINGSVERBAND OM AANDACHT TE VRAGEN VOOR DE PROBLEMATIEK

Toen het VPP onlangs opnieuw gecontacteerd werd om mee te werken aan een dossier rond deze problematiek van hoge huisvuilkosten werd besloten samen te werken met de ALS-Liga, MS-Liga Vlaanderen vzw, VFG vzw, vzw Stoma Jong-Actief, vzw Marjan en Pirus vzw om het project 'Ziek zijn kost een zak!' te lanceren.

De bedoeling van de samenwerkende verenigingen was om aandacht te vragen voor het probleem van hoge huisvuilkosten omwille van medisch afval en lokale vrijwilligers het materiaal in handen te geven om

¹ Het vroegere moederboekje

hun gemeentebesturen te sensibiliseren. Op 18 november 2009 werd het project met een brochure en sensibilisatiemateriaal gelanceerd.

Aan de hand van het beschikbare cijfermateriaal biedt de brochure een zicht op het aantal personen dat in aanraking komt met het probleem van hoge afvalkosten. De ervaringen van patiëntenverenigingen doen echter vermoeden dat het hier gaat om een zware onderschatting van het reële aantal mensen dat kampt met hoge huisvuilkosten omwille van medisch afval. Daarnaast doen drie patiënten hun verhaal en wordt er een overzicht gegeven van het soort sociale correcties die in Vlaanderen van toepassing zijn. Indien je wil weten hoe het er in jouw gemeente voorstaat kan je een kijkje nemen op de website www.besteburgemeester.be. Ook ander campagnemateriaal zoals een affiche, een petitie met uitleg en voorbeelddocumenten kan je op deze website terug vinden.

VERRUIMING VAN DE PROBLEMATIEK

Hoewel dit project zich toespitste op gemeentelijke regelingen, maakten de getuigenissen van patiënten duidelijk dat ook op andere niveaus nog knelpunten moeten worden aangekaart. Naar de toekomst toe zal de aard en omvang van het probleem dan ook verder in kaart gebracht worden en samen met andere betrokkenen worden aangepakt.

INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN PATIËNTEN BIJ MEDISCHE BESLISSINGEN AAN HET LEVENSEINDE

NOOD AAN SENSIBILISATIE

Bijna één op twee personen wordt aan het levenseinde geconfronteerd met medische beslissingen. Vanuit de wet patiëntenrechten heeft de patiënt recht om na informatie toe te stemmen in behandelingen, alsook om behandelingen te weigeren. Kwaliteitsvolle informatie over mogelijke behandelingen aan het levenseinde is dan ook noodzakelijk en bepalend om als patiënt of vertegenwoordiger goede beslissingen te kunnen nemen omtrent het levenseinde. Maar de praktijk toont aan dat zowel artsen als patiënten het vaak nog te moeilijk vinden om het overleg over levenseindebeslissingen aan te gaan.

Zowel voor de algemene bevolking als voor het artsenkorps lijkt sensibilisatie over medische beslissingen aan het levenseinde daarom op zijn plaats. Voor heel wat mensen kan een levenstestament –ook wel negatieve wilsbeschikking genoemd– een mogelijkheid zijn om hun wensen vooraf kenbaar te maken. Op dit ogenblik is het echter zo dat enkel de positieve wilsbeschikking inzake euthanasie (enkel bruikbaar in de uitzonderlijke situatie dat iemand in een onomkeerbaar coma belandt) geregistreerd kan worden. Dit maakt dat het praktisch niet gegarandeerd is dat er rekening gehouden wordt met dit document.

Voor artsen worden erkende richtlijnen rond levenseindebeslissingen als sensibilisatiemiddel naar voor geschoven.

VLAAMSE CIJFERS IN HET MELC -ONDERZOEK

Op 9 september woonde het Vlaams Patiëntenplatform vzw het symposium bij van de onderzoeksgroep Monitoring quality of end-of-life Care (MELC). Hier werden de nieuwe resultaten over medische beslissingen aan het levenseinde bekend gemaakt. Bij medische beslissingen aan het levenseinde kan het zowel gaan om medische beslissingen die het leven verlengen als beslissingen die het leven verkorten door comfort georiënteerd te behandelen. De studie baseert zich op gegevens van Vlaanderen in 2007 en laat een vergelijking toe met gegevens uit 1998 en 2001. In die zin kan de impact van de in 2002 ingevoerde wetgeving rond euthanasie en patiëntenrechten onrechtstreeks worden nagegaan.

- Van tien mensen die sterven, is het tijdstip van overlijden voor vier mensen bepaald door medische beslissingen. De onderzoekers vinden dat niet per se onrustwekkend. “Het toont wellicht aan dat er na de euthanasiewet een verhoogde aandacht is gekomen voor ondersteunende zorg bij het levenseinde. Artsen zijn niet meer alleen gericht op het voortdurend blijven behandelen.”
- Wat betreft euthanasie wordt na de legalisering een verhoging vastgesteld van 1.1% in 1998 tot 1.9% van alle overlijdens. Tegelijk stelt men vast dat het gebruik van dodelijke middelen zonder de toestemming van de patiënt afnam van 3.2% in 1998 tot 1.8% in 2007. Terwijl tegenstanders van de euthanasiewet vreesden dat de euthanasiewet een glijdend vlak zou veroorzaken, waarvan ook kwetsbare patiënten het slachtoffer zouden worden, blijkt volgens de onderzoekers uit hun cijfers het tegendeel.
- Wat de onderzoekers wel verontrust, is dat er dubbel zoveel mensen in een kunstmatig coma – sedatie genoemd – zijn gehouden tot aan hun overlijden. Terwijl het in 2001 nog ging om 8% van de overlijdens, gaat het in 2007 al om 14.5%. Er wordt met andere woorden zeven keer vaker gebruik gemaakt van sedatie dan van euthanasie, terwijl er rond sedatie in België geen enkele wettelijke bepaling bestaat.
- Hoewel het overleg met de patiënt wel bevestigd wordt in de studie, zijn er geen cijfers over terug te vinden in het artikel. Toch wijzen de presentaties erop dat in een problematisch aantal gevallen noch de patiënt (die soms niet bij bewustzijn is), noch de familie geïnformeerd worden over beslissingen die een invloed hebben op het levenseinde.

Bronnen: New England Journal of Medicine- De standaard 16-11-2009

VERS GEperST

ONTWERPGIDS MEEGROEIENWONEN

Een eigen woning is wellicht de droom van elke Belg en vaak dé belangrijkste investering in zijn of haar leven. Bewoners of bezoekers zijn jong of oud, dik of dun, goed of minder goed te been. En in het huis worden meubels verplaatst, feestjes gegeven, met dozen gesjouwd,.... Met andere woorden: noden van mensen en woonwensen veranderen voortdurend. Huizen en appartementen daarentegen blijven vaak voor meerdere generaties ongewijzigd. Meegroeiwonen is een dynamische visie op mens en ruimte, over de eigen woning en haar omgeving. Op woningniveau is aanpasbaar en flexibel bouwen het basiskennmerk. Het maakt dat een woning zich kan aanpassen aan zijn bewoners en niet omgekeerd. Dit betekent van meet af aan comfort en veiligheid voor iedereen, wat levenslang wonen mogelijk maakt.

In de vernieuwde Ontwerptool Meegroeiwonen kan je achtergrond rond meegroeien (concept en visie) vinden en de ontwerptool met ontwerprichtlijnen voor (jonge) bouwers en professionelen.

Naast deze uitgave kan je op de website www.cedubo.be tal van ideeën opdoen door praktijkvoorbeelden te raadplegen, tips terug te vinden, je meegroeiprofiel te testen of je licht op te steken bij de veel gestelde vragen. Deze ontwerpgids is een initiatief van Enter vzw, met steun van de Vlaamse overheid. Het VPP heeft een exemplaar ter beschikking voor inzage.

<http://www.meegroeiwonen.info/>

ONTSNAPPEN UIT ARMOEDE

Volgens de Europese berekeningswijze zijn mensen in België arm als ze minder dan 878 euro inkomen hebben per maand. Uit recent onderzoek (Katholieke Hogeschool Kempen) blijkt dat iemand die gezond is, goed kan plannen, beschikt over openbaar vervoer en veel tijd, minstens 980 euro nodig heeft om een menswaardig leven te kunnen leiden. De meest uitkeringen liggen daar ver onder. In België bedraagt een leefloon voor een alleenstaande vandaag 726 euro. Daarom moeten de uitkeringen volgens het Vlaams Netwerk Armoede onmiddellijk verhoogd worden. Ze moeten minstens de Europese armoedegrens van 878 euro bereiken als opstap naar een menswaardig inkomen.

Ook de laagste inkomens moeten omhoog. In België zijn 5% van de mensen die werken arm. De Belgische regering verhoogde voorzichtig al enkele uitkeringen (voornamelijk de laagste pensioenen). Dat is niet voldoende. België is een rijk land. Het kan niet dat mensen voor hun dagelijks overleven schulden moeten maken en zo in een hopeloze schuldenspiraal terecht komen. Het kan niet dat mensen geen toegang hebben tot de meest elementaire voorzieningen zoals gezonde voeding, energie, gezondheidszorgen of kwaliteitsvolle huisvesting. 79 miljoen mensen in Europa leven in armoede. Zij moeten dagelijks onmenselijke keuzes maken zoals: "koop ik de schoolboeken voor mijn kind of toch maar eerst de medicijnen voor mezelf."

Het Vlaams Netwerk Armoede roept de Belgische beleidsverantwoordelijken op om werk te maken van het optrekken van alle uitkeringen minstens tot de armoededrempel en tot het optrekken van de laagste lonen. De Europese beleidsverantwoordelijken roepen ze op om werk te maken van de aanbeveling van de Europese Commissie over Actieve Inclusie van oktober 2008. Die aanbeveling roept op tot de erkenning van het fundamentele recht van iedere persoon op voldoende middelen en sociale steun, die hem/haar toelaten om te leven volgens de menselijke waardigheid. Je kan deze oproep ondertekenen op de site www.adequateincome.eu of door een mailtje te sturen naar info@vlaams-netwerk-armoede.be

www.17oktober.be

INVOERING VAN HET NIEUWE EUROPESE RIJBEWIJS

Er komt een nieuw Europees rijbewijs van het bankkaartmodel zonder chip. De pilootprojecten in een tiental gemeenten gaan in 2010 van start. Tegen 2012 volgt de volledige roll-out voor alle gemeenten. Daarmee voert de ministerraad de derde Europese richtlijn uit.

Dankzij het nieuwe rijbewijs wordt de controle in alle EU-landen eenvoudiger. Bij de uitgifte wordt nagegaan of de aanvrager in een andere lidstaat zijn rijbewijs is kwijtgespeeld. Ook zal het eenvoudiger zijn om te garanderen dat er slechts één rijbewijs per persoon wordt afgeleverd. De verkeersveiligheid heeft er eveneens baat bij: het nieuwe rijbewijs zal via de elektronische identiteitskaart gelinkt worden aan een gecentraliseerde gegevensbank, waardoor het mogelijk wordt om gegevens over de bestuurder op te vragen. Het gaat onder andere om de medische geschiktheid, intrekking of verval. De rijbewijzen zullen ook maar 10 jaar geldig zijn.

www.vlaams-ook.be op 27 oktober 2009