

JAARVERSLAG 2012



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre



www.kce.fgov.be

FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG - KCE

Een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid ingedeeld in de categorie B als bedoeld in de wet van 16 maart 1954, betreffende de controle van sommige instellingen van openbaar nut.

Opgericht door de programmawet van 24 december 2002 en gepubliceerd in het Staatsblad van 31 december 2002.

Tel: +32 (0)2 287 33 88
Fax: +32 (0)2 287 33 85
Email: info@kce.fgov.be
Web: http://www.kce.fgov.be

Administratief Centrum Kruidtuin
Doorbuilding (10^e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel



RAAD VAN BESTUUR (SITUATIE NOVEMBER 2012)		
Voorzitter	Pierre Gillet	
LEDEN	EFFECTIEVE LEDEN	PLAATSVERVANGERS
Benoemd door de minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	François Perl**
	Marco Schetgen**	Annick Poncé
Benoemd door de minister van Sociale Zaken	Henri De Ridder	Lambert Stamatakis**
	Olivier De Stexhe**	Karel Vermeyen**
De voorzitter van de FOD Volksgezondheid	Dirk Cuypers*	Chris Decoster
De voorzitter van de FOD Sociale Zekerheid	Frank Van Massenhove*	Jan Bertels
De administrateur-generaal van het RIZIV	Jo De Cock*	Benoît Collin
De administrateur-generaal van het FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Voorgesteld door het Intermutualistisch Agentschap	Michael Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Voorgesteld door de Ministerraad	Jean-Noël Godin	Frédéric Lernoux**
	Daniel Devos	Bart Ooghe**
Voorgesteld door de vereniging van ziekenhuizen	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Voorgesteld door de beroepsorganisaties van artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Voorgesteld door de beroepsorganisaties van verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Voorgesteld door de sociale partners	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Aangeduid door de Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	
Regeringscommissaris	Yves Roger	

* Vice-voorzitters
** vervangen in dec 2012

Voor de huidige samenstelling van de Raad van Bestuur, zie <https://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>

INHOUDSOPGAVE

Inleiding door de algemene directie	4
Inleiding door de Voorzitter en Vice-voorzitters van de Raad van Bestuur	5
KCE-Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg	6
Kort overzicht	7
Selectie van onderwerpen met nog meer beleidsrelevantie	8
Een aangepaste selectieprocedure voor studieonderwerpen	8
POP database voor meer saamenwerking tussen overheidsinstellingen	9
KCE has read for you': een nieuw communicatiekanaal	10
Communicatie en impact	10
... via de website	10
... via de pers en de sociale media	10
... via presentaties en wetenschappelijke publicaties	11
... via internationale samenwerking	11
Het KCE-team	11
Het KCE breidt zijn werkterrein uit	13
Overleg met stakeholders geeft vorm aan 'health policy'-projecten	13
Een gelijklopende internationale context	13
Een benadering gebaseerd op de 'noden van de patiënt'	14
Een veelzijdige methodologie	14
Grote betrokkenheid van de stakeholders	16
Interview met Ri De Ridder	16
Een dynamiek die in gang gezet is	19
Interview met Christian Decoster	20
Interview met Luc Van Gorp	22
Complexe vraagstukken hebben geen eenvoudige oplossingen	23
Interview met Guillaume Mathot	24
Van de huidige wereld naar de ideale wereld terug	25
Geen wit blad maar bouwen op zekerheden	25
Stakeholders diagnosticeren en toetsen af	26
Breedgedragen scenario's voor beleid	27
Interview met Christian Swine	28
Interview met Micky Fierens	29
Good Clinical Practice	31
Uitbreiding borstkankerscreening naar vrouwen 70-74: voordeel niet bewezen	32
Nieuwe evoluties bij de aanpak van slokdarm-en maagkanker	34
Ondersteunende therapie bij kanker	35
Zware kankerbehandeling: geen reden om lichaamsbeweging te staken	35
Bijwerkingen kankerbehandeling: noodzakelijk kwaad of te vermijden?	36
Gezonde wijsheidstanden: toch trekken	38
Health Technology Assessment	41
Katheter-ingreep voor goedaardige hartritmestoornissen: minder doeltreffend dan gehoopt	42
Pijnbestrijding door ruggenmergstimulatie (SCS) en pijnpompen (IADP): alleen als laatste optie.....	44
Hoeveel kost een zorgprestatie echt?.....	45
Terugbetaling van medische interventies: richtlijnen aangepast voor meer transparantie en coherentie in de besluitvorming	47
Health Services Research	49
Chronische zorg van de toekomst zet patiënten aan het stuur	50
Kinderen en jongeren met mentale problemen: samen met alle betrokkenen uit de sector stelt het KCE een aantal maatregelen voor	52
Stijging kosten daghospitalisatie zorgt niet voor daling kosten klassieke ziekenhuisopnames	54
Remgelden: na 50 jaar toe aan een grondige herziening?.....	56
Wie zoekt die vindt: dubbel aantal schildklierkankers in Brussel en Wallonië door meer medische beeldvorming en schildklieroperaties?	58
Beroerte: snelle opname in gespecialiseerde 'stroke unit' cruciaal	60
Bewaking vaccinatieveiligheid gebeurt best op Europees niveau	62
Method	65
Bevindingen uit kwalitatief onderzoek verbreden de 'evidence-base'	66
Process book: wetenschappelijke procedures waaraan voortdurend wordt geschaafd ..	67
Financieel overzicht	68
Personeelsplan	71
Gepubliceerde KCE-studies	73

INLEIDING DOOR DE ALGEMENE DIRECTIE

Vanaf het prille begin van het KCE werd hoog gemikt op het vlak van de kwaliteit van de studies. Het kreeg hiervoor trouwens erkenning en waardering in binnen- en buitenland. De instelling leek wel een populier die snel omhoog schoot. Intussen is de kruin ook in breedte toegenomen, en zijn we meer gaan lijken op een hoogstamfruitboom, maar dan wel een exemplaar met meer dan één soort vruchten!

Indien we 2012 een jaar van verbreding kunnen noemen, dan is het omdat we voor het eerst met een volledig opgevuld personeelskader hebben gefunctioneerd. Een multidisciplinaire ploeg met hoogopgeleide onderzoekers uitbouwen, doe je immers niet in een handomdraai. De juiste expertise aantrekken, en de aangeworven mensen verder opleiden in de KCE-werkprocessen is niet vanzelfsprekend. De intensieve kennisdeling, die eigen is aan het KCE, vraagt immers behoorlijk wat tijd en inzet van de meer ervaren experts, de ‘anciens’. En bovendien kan je het ritme niet onbeperkt opdrijven. Maar intussen is de ploeg volledig, althans binnen de huidige budgettaire mogelijkheden, en is de waaier aan competenties verbreed. Verschillende nieuw aangeworven medewerkers komen uit de klinische praktijk of staan er nog met één voet in, en dat is belangrijk om voeling te houden met onze ‘klanten’ op het terrein.

Er is een tweede reden waarom we in 2012 toch wel van verbreding mogen spreken: de verbreding in het soort vraagstukken die werden behandeld, en de methoden die erbij werden gebruikt. Nooit tevoren werden zulke brede zorgdomeinen op zulk fundamenteel systeemniveau behandeld. Vooreerst was er in april het rapport over de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, met de ontwikkeling van een beleidsscenario. En in december publiceerden we een Position Paper over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in België. In beide gevallen kunnen wel degelijk spreken van Health Policy Research, wat toch wel een hele stap verder is dan de Health Services Research projecten die we tot nu toe uitvoerden.

Dergelijke ambitieuze projecten vergden ook een verdere verbreding van ons methodologisch palet. We wijden hier een speciaal artikel aan in dit jaarverslag. Eén ding is alleszins duidelijk: de inbreng van de stakeholders kreeg in beide projecten een prominente plaats. Maar ook in vele andere domeinen bleven we uiteraard actief, en ook hier werden de methoden continu bijgevijsd en verrijkt. Op elk van deze projecten blikken we kort terug.

Tenslotte – en ook dit is misschien een teken van een zekere maturiteit – ging voor het eerst een KCE-medewerker met pensioen: niemand minder dan onze ‘co-founding-father’ Jean-Pierre Closon. Al die jaren was hij een uiterst bekwaam en koersvaste eerste stuurman, die het KCE door menige woelige wateren leidde. Dankbaar voor zijn enorme bijdrage, hebben we hem op 28 september met passend eerbetoen een goede verdere vaart gewenst.

En aan u, beste lezer, wensen we een boeiende lectuur.



CHRISTIAN LÉONARD
Adjunct algemeen directeur

RAF MERTENS
Algemeen directeur



INLEIDING DOOR DE VOORZITTER EN VICE-VOORZITTERS VAN DE RAAD VAN BESTUUR

Wanneer we de twee doelstellingen bekijken die we vorig jaar hebben vastgelegd, nl. betrokkenheid van de stakeholders en raadpleging van alle partijen voor het opbouwen van een ‘Health Research System’, kunnen we zeggen dat het KCE zijn werkterrein in 2012 heeft verruimd.

Omdat deze verruiming samengaat met een intensifiëring van het werk, zowel intern (meer onderzoekers, een toegenomen diversificatie van de onderzoeksvragen en van de methoden,...) als extern (talrijke stakeholders, vergaderingen met alle gefedereerde en federale instanties in het kader van de nieuwe interfederale overeenkomsten), is een **integratieproces** onontbeerlijk.

Een eerste voorbeeld van integratie op initiatief van het KCE en het bureau van de RvB betreft de selectie van de onderzoeksthema’s voor het daaropvolgende jaar. Vooraleer in 2012 de traditionele oproep werd gedaan tot het indienen van onderwerpen, werden **prioritaire thema’s** vastgelegd door alle openbare instanties die betrokken zijn bij onderzoek op het domein van gezondheid (op federaal niveau in 2013, maar vanaf 2014 hopelijk ook met de gefedereerde entiteiten). In deze nieuwe selectieprocedure voor onderzoeksonderwerpen wordt nagegaan of de voorgestelde onderwerpen overeenstemmen met de vooraf bepaalde prioriteiten. Deze methode waarbij de a priori doelstellingen worden geïntegreerd, heeft de kandidaturen voor de onderzoeksonderwerpen in 2013 een nieuwe boost gegeven op kwantitatief vlak (van 125 zijn we opnieuw naar 150 gegaan) en geleid tot diversificatie.

Deze toegenomen integratie aan het begin van de KCE-studies vinden we ook terug op het einde: namelijk bij de bespreking van de aanbevelingen door de RvB en bij het meten van hun impact. Zoals u nu kunt lezen in onze rapporten wordt bij elke aanbeveling de **‘doelgroep’** bepaald, om zo de beleidsmakers te responsabiliseren. Anders gezegd, vandaag wordt duidelijk aangegeven voor wie de aanbeveling bedoeld is. Op die manier zullen we na verloop van tijd de impact van het KCE kunnen meten bij elk van de **‘bestemmelingen’** van de aanbevelingen.

Een derde voorbeeld van integratie betreft de coördinatie tussen de verschillende federale onderzoeksinstellingen voor gezondheid (de Hoge Gezondheidsraad, het RIZIV, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de FOD Volksgezondheid en het KCE). De eerste fase bestond uit het delen van informatie over geplande of lopende onderzoeksprogramma’s met behulp van een gemeenschappelijke databank (de “POP Database” voor “Planned and Ongoing Projects”). Deze databank, die uitwisseling en samenwerking aanmoedigt legt de fundamenteen van een HRS (Health Research System)¹. Na een eerste ontmoeting hebben we hoge verwachtingen omtrent de deelname van de gefedereerde instellingen aan dit platform.

Hoewel het KCE nog erg jong is (nauwelijks tien jaar), staat het al stevig op eigen benen. Door de activiteiten die in dit jaarverslag worden beschreven - van Health Services Research tot Health Policy Research - neemt het belang van het KCE nog toe. Dankzij de verschillende inspanningen tot de integratie van wetenschap, politiek en terrein loopt de ‘KCE-vogel’ niet het risico zich te verbranden door té hoog te willen vliegen en kan de instelling haar nut tegenover de politiek en het terrein versterken. En dankzij haar evenwichtige samenstelling kan de RvB van het KCE ons helpen bij deze integratie.



PIERRE GILLET
Voorzitter van de Raad van Bestuur

JO DE COCK
Vice-voorzitter van de Raad van Bestuur
Administrateur-generaal van het RIZIV



DIRK CUYPERS
Vice-voorzitter van de Raad van Bestuur
Voorzitter van de FOD Volksgezondheid

FRANK VAN MASSENHOVE
Vice-voorzitter van de Raad van Bestuur
Voorzitter van de FOD Sociale Zekerheid



¹ Zie ook de audit van het Rekenhof



Kort overzicht

Het voorbije jaar breidde het KCE in het domein van HSR (Health Services Research) zijn werktein uit. In 2 studies werd er voor de eerste maal nagedacht over de manier waarop een volledig zorgsysteem kan worden georganiseerd, terwijl het voordien in de HSR-studies meestal ging om strikt afgebakende domeinen in de organisatie van de (gezondheids) zorg. De eerste studie heeft betrekking op de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren (KCE-rapport 175), de tweede

omvat een position paper en een wetenschappelijk rapport over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken (KCE-rapport 190). Op p. 13 van dit jaarverslag kan u een interview lezen met de KCE-auteurs van deze rapporten.

Bij elk van beide rapporten werd intensief gebruik gemaakt van stakeholderoverleg, de rode draad door ons vorige jaarverslag. Hiervoor werd een complexe methodologie ontwikkeld en toegepast.

DE OPDRACHT VAN HET KCE

Met zijn analyses en wetenschappelijke studies adviseert het KCE de beleidsmakers bij het nemen van beslissingen in het domein van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Het KCE is niet betrokken bij de besluitvorming zelf, en evenmin bij de uitvoering ervan, maar het heeft wel de opdracht om de weg te wijzen naar de best mogelijke oplossingen. En dit in een context van een optimaal toegankelijke gezondheidzorg van hoge kwaliteit, rekening houdend met de toenemende vraag en de budgettaire beperkingen. Daarnaast ondersteunt het KCE de zorgverleners door klinische richtlijnen te ontwikkelen en aan te passen aan de steeds evoluerende wetenschappelijke kennis en probeert het met zijn methodologische publicaties een leidraad te bieden aan andere onderzoekers in de gezondheidszorg.

Het KCE behandelt vier grote onderzoeksdomeinen:

- Analyse van de klinische praktijk en ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen (Good Clinical Practice)
- Evaluatie van medische technologieën en geneesmiddelen (Health Technology Assessment)
- Organisatie en financiering van de gezondheidszorg (Health Services Research)
- Opmaken van nauwgezette handleidingen voor adequaat studiewerk (Method)

De opdracht van het KCE wordt omschreven in de oprichtingswet van 24/12/02 (afdeling 3).



Waarvoor staat de afkorting KCE?

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg koos voor de afkorting KCE als samentrekking van Kenniscentrum - Centre d'Expertise.

Een beschrijving van de gevolgde methodologie vindt u op p. 23.

We lieten ook een aantal stakeholders aan het woord die nauw betrokken waren bij deze studies (p. 16 tot 29). In de eerste plaats twee prominente beleidsmakers die meteen ook de opdrachtgevers waren van de studies: Christiaan Decoster van de FOD Volksgezondheid en Ri De Ridder van het RIZIV. Daarnaast ook vier vertegenwoordigers uit het werkveld. Zij geven niet alleen hun kijk op het verloop en de uitkomsten van de studies, maar tevens op wat er nu te gebeuren staat.

Zoals in elk van onze vorige jaarverslagen blikken we ook nu terug op het voorbije jaar. Vanaf p. 31 geven we een overzicht van de in 2012 gepubliceerde studies. Waar mogelijk vermelden we hun impact op het beleid en op de (klinische) praktijk tot op vandaag (februari 2012).

Selectie van onderwerpen met nog meer beleidsrelevantie

DelangverwachtebenoemingvanKristelDeGauquier als programmadirecteur was ook de gelegenheid om een nieuwe versie van het managementplan te maken. In juni 2012 werd dit geactualiseerde plan – dat ditmaal een geïntegreerd managementplan is van de algemene en programmadirectie – door de Raad van Bestuur goedgekeurd. Een van de strategische doelstellingen van dit plan is het selecteren van relevante studieonderwerpen voor het beleid, met daardoor een nog hogere kans op impact. Door nog meer rekening te houden met de beleidskeuzes en de globale onderzoeksagenda van de overheid (het zogenaamde ‘Health Research System’ of HRS) wil het KCE zijn beleidsondersteunende rol vergroten.

EEN AANGEPASTE SELECTIEPROCEDURE VOOR STUDIEONDERWERPEN

Elke burger die interesse heeft voor gezondheidszorg, kan onderwerpen voor studies voorstellen via het invulformulier op de KCE-website. In de praktijk komen de voorstellen vooral van beleidsmakers, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, ziekenfondsen, ziekenhuizen, zorgverstrekkers en universiteiten. Toch ontvangt het KCE ook elk jaar talrijke voorstellen van privépersonen, waaronder de KCE-medewerkers zelf, en private instellingen.

In 2012 waren er twee belangrijke wijzigingen in de selectieprocedure voor studieonderwerpen. Ten eerste wordt de keuze van de onderwerpen voortaan meer gekaderd. Vroeger konden studievoorstellen over heel uiteenlopende onderwerpen worden ingediend. Om de beleidsrelevantie van de

studieonderwerpen nog hoger te maken en om het studieprogramma beter te integreren binnen het HRS, wordt vanaf 2012 het programma opgebouwd rond een reeks prioritaire thema’s. Deze thema’s worden weerhouden na overleg met alle partners van het HRS. Voorstellen die niet passen binnen die thema’s worden niet automatisch uitgesloten, maar maken minder kans om weerhouden te worden.

INDELING VAN DE INGEDIENDE VOORSTELLEN VOLGENS OORSPRONG							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Minister	8	1	0	7	8	2	5
Volksgezondheid							
FOD	5	11	17	13	16	11	18
Commissie Volksgezondheid Kamer	0	0	0	5	1	1	0
Andere publieke organisaties			2	1	2	13	16
Sociale Zekerheid							
FOD	0	0	0	1	0	0	0
RIZIV	8	17	11	15	13	18	8
Universiteiten of hogescholen	33	37	37	11	34	17	26
Ziekenhuisdiensten	9	14	21	4	13	16	21
Andere Belgische privé organisaties of privépersonen* KCE	35	56	53	44	50 11	38 8	31 17
Internationale organisaties	2	2	2	3	4	2	8
TOTAAL	100	138	143	104	152	126	150

* Waaronder het KCE tot 2009; vanaf 2010 is dit een aparte rubriek

Een tweede verandering betreft de timing. Vroeger publiceerde het KCE zijn oproep tot voorstellen in maart-april. Om korter op de actualiteit in te spelen loopt de oproep voortaan van juli tot half september. Om verwittigd te worden van de oproep tot studievoorstellen kan men zich registreren op de website (www.kce.fgov.be) via de link ‘Login’.

INDELING VAN DE IN 2012 INGEDIENDE VOORSTELLEN VOLGENS PRIORITAIR THEMA		
Prioritair thema	Aantal	Pct
1. Financiële duurzaamheid van het Belgische gezondheidszorgsysteem	9	6%
2. Organisatie van de medische beroepen	28	19%
3. Niet-overdraagbare ziekten, en kanker in het bijzonder	7	5%
4. Zorginstellingen	6	4%
5. Geestelijke gezondheid	16	11%
6. Gezond ouder worden	7	5%
7. Infectieziekten	11	7%
8. Gezondheidsongelijkheid	8	5%
9. Medische innovaties	11	7%
10. Communicatie rond gezondheidszorgbeleid	3	2%
11. Oncologierichtlijnen	17	11%
12. Moeder- en kindzorg	5	3%
13. Multidisciplinaire praktijkrichtlijnen	3	2%
14. Andere	14	9%
15. KCE Methodologie	5	3%
TOTAAL	150	100%

POP DATABASE VOOR MEER SAMENWERKING TUSSEN OVERHEIDSINSTELLINGEN

Een van de manieren om de efficiëntie van het onderzoek in het domein van de gezondheid en gezondheidszorg te vergroten is het bevorderen van de samenwerking tussen de wetenschappelijke overheidsinstellingen die door hun onderzoekswerk het beleid ondersteunen. Het auditrapport van het Rekenhof (‘Wetenschappelijke ondersteuning

van het federale gezondheidsbeleid’, 2009) stelde namelijk dat er meer coördinatie nodig was tussen deze overheidsinstellingen.

Om deze coördinatie uit te bouwen is een overlegplatform nodig, waarin de betrokken federale instellingen regelmatig met elkaar contact hebben en informatie kunnen uitwisselen. De oprichting van het ‘Health Research System’ was hierbij een belangrijke

eerste stap. Vervolgens beslisten de partners van het HRS om een gemeenschappelijke database op te zetten. De ‘HRS POP database’ werd in 2012 ontwikkeld door het KCE en de FOD Volksgezondheid. ‘POP’ staat voor ‘Planned & Ongoing Projects’. De database bevat alle lopende en geplande projecten van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het KCE, het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) en de Hoge Gezondheidsraad. (zie ook het interview met Christiaan Decoster, p. 20)

De database, die toegankelijk is voor alle onderzoekers van de deelnemende organisaties, moet een snelle uitwisseling van informatie en onderlinge samenwerking mogelijk maken en aanmoedigen. Op die manier worden ‘dubbele’ onderzoeken vermeden en worden de onderzoekresultaten efficiënter gebruikt.

Begin 2013 werden er al 334 onderzoeksprojecten opgenomen in de database, en ze groeit nog voortdurend. In een volgende fase zullen ook andere onderzoeksinstellingen worden uitgenodigd om aan het project deel te nemen.



‘KCE has read for you’: een nieuw communicatiekanaal

Wereldwijd voeren een groot aantal wetenschappelijke, onafhankelijke instellingen, zoals NICE* (UK), IQWiG** (D), HAS*** (F), enz. gelijkaardig onderzoek uit als het KCE. Hun conclusies kunnen ook voor de Belgische gezondheidszorg relevant zijn. Daarnaast zijn er regelmatig belangrijke wetenschappelijke artikels in peer-reviewed tijdschriften (British Medical Journal, the Lancet, the New England Journal of Medicine, enz.) die de doelgroep van de KCE-rapporten kunnen interesseren. Verder hebben sommige beslissingen van officiële instanties, zoals de European Medicines Agency (EMA), de Amerikaanse Food & Drug Administration (FDA), de Europese Commissie, enz. ook hun relevantie voor het Belgische beleid.

Via zijn nieuwe communicatiekanaal ‘KCE has read for you’ zal het KCE regelmatig een kritische lectuur van publicaties van deze betrouwbare bronnen aanreiken, samengevat in minder dan drie bladzijden.

Een eerste ‘KCE has read for you’ werd gepubliceerd in het najaar van 2012, met als titel: ‘De FDA trekt versnelde goedkeuring in van bevacizumab bij de behandeling van gemetastaseerde borstkanker’.

Communicatie en impact

Een andere strategische doelstelling uit het managementplan was het verhogen van onze impact door te werken aan een goede communicatie. Als KCE-rapporten veelvuldig worden geraadpleegd en veel aandacht krijgen, vormt dit echter nog geen abso-

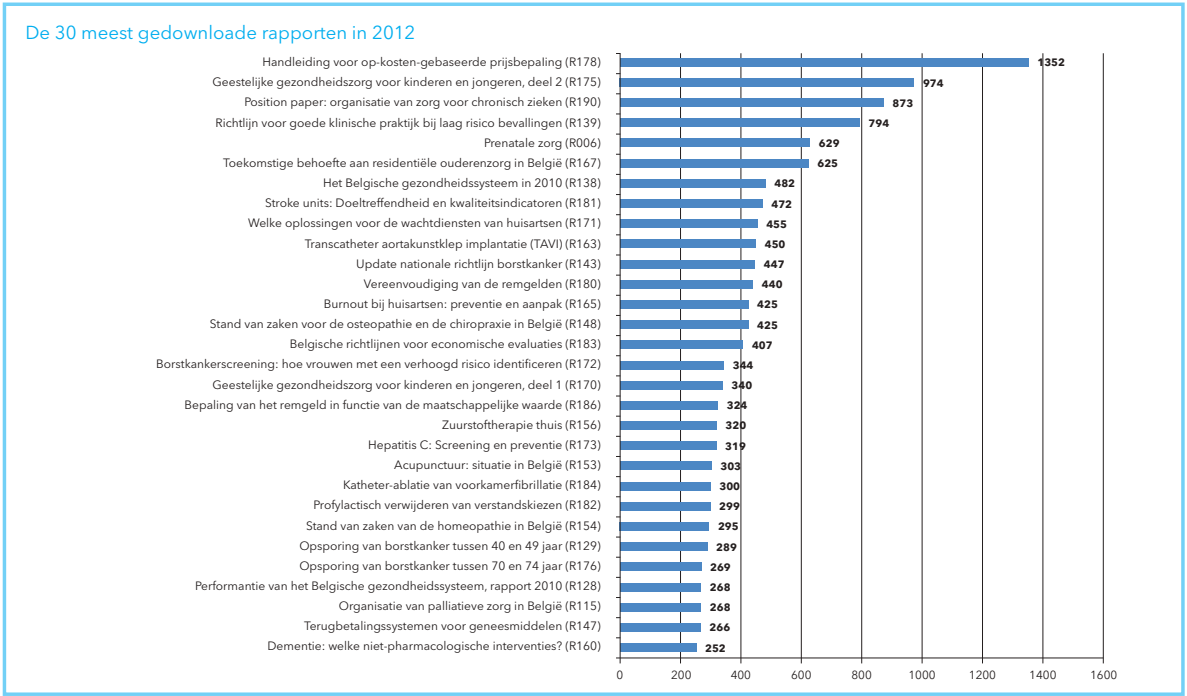
lute garantie voor hun impact op het beleid. Het zegt meer iets over hun maatschappelijke relevantie. Wel kunnen de beleidsmakers het zich dan minder gemakkelijk veroorloven om een advies van het KCE naast zich neer te leggen zonder zich hiervoor te rechtvaardigen.

...VIA DE WEBSITE

Het KCE is wettelijk verplicht om een rapport op zijn website te publiceren binnen een maand na de goedkeuring ervan door de Raad van Bestuur. De website is voor iedereen toegankelijk en de rappor-

ten kunnen gratis worden gedownload. Daarnaast kan er een gedrukte versie van de rapporten worden besteld. De KCE-website werd in 2012 meer dan 101.000 maal bezocht, door bijna 68.000 verschillende bezoekers. Per bezoek werden gemiddeld meer dan 4 pagina’s aangeklikt.

Om regelmatig nieuws te ontvangen over KCE-publicaties, uitbestedingen, vacatures, persberichten, enz. kan men zich registreren op de website, via de link ‘Login’. Momenteel hebben bijna 3300 personen zich op de website geregistreerd.



* National Institute for Health and Clinical Excellence ** Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen *** Haute Autorité de Santé

... VIA DE PERS EN DE SOCIALE MEDIA

Over elk gepubliceerd rapport stuurt het KCE een persbericht naar de algemene en medische pers en staat het journalisten te woord om meer informatie te geven. Daarnaast is het KCE actief op LinkedIn en Twitter. In 2012 verschenen er in totaal bijna 500 artikels in de geschreven pers waarin het KCE werd vernoemd en gaven KCE-onderzoekers interviews op radio en tv. Het KCE is in 2012 ook begonnen met het opvolgen van de sociale media, met een zelf ontwikkeld instrument.

De rapporten over de rol van de aanpak bij de regionale verschillen in de incidentie van schildklierkanker (KCE-rapport 177), over remgelden (KCE-rapporten 180 en 186), over het preventief verwijderen van verstandskiezen (KCE-rapport 182), de position paper over chronische zorg (KCE-rapport 190) en de handleiding voor de prijsbepaling van ziekenhuisinterventies (KCE-rapport 178) kregen veel persbelangstelling.

De studies over neuromodulatie bij chronische pijn (KCE-rapport 189), over preventie en behandeling van bijwerkingen van chemo- en radiotherapie (KCE-rapport 181) en de richtlijnen voor economische evaluaties en budget impact analyses (KCE-rapport 183) vonden dan weer minder weerklank in de pers.

...VIA PRESENTATIES EN WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES

De KCE-onderzoekers stellen hun rapporten vaak voor aan beleidsmakers (parlement, RIZIV, ...) en op bijeenkomsten met zorgverleners (beroepsverenigingen van artsen, verpleegkundigen, zorginstellingen, enz.) in binnen-en buitenland.

* European network for Health Technology Assessment ** Guidelines International Network *** International Network of Agencies for Health Technology Assessment **** Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

Daarnaast geven ze regelmatig les aan universiteiten, hogescholen en wetenschappelijke instellingen. Ze worden ook gevraagd om op te treden als reviewer voor wetenschappelijke tijdschriften of voor buitenlandse onderzoeksprojecten en publiceren zelf ook in internationale wetenschappelijke tijdschriften.

...VIA INTERNATIONALE SAMENWERKING

Internationale samenwerking is belangrijk voor het KCE. Zo kunnen ervaringen worden gedeeld en kan men dubbel werk vermijden. Het KCE is lid van of neemt deel aan de activiteiten van internationale onderzoeksnetwerken die actief zijn in de gezondheidszorg (the Cochrane collaboration, EUnetHTA*, The European Observatory on Health Systems and Policies, GIN**, INAHTA***, OESO****, ...).

Sinds een aantal jaren speelt het KCE een voortrekkersrol in de ontwikkeling van het systeem voor informatiemanagement voor EUnetHTA. Dit systeem moet zorgen voor een betere samenwerking tussen de partners, en een snellere onderlinge verspreiding van de studieresultaten. In 2012 stond het KCE o.a. in voor de coördinatie bij de verdere uitbouw van een Europese database met alle geplande en lopende studies, en gaf het de oude EUnetHTA-website een grondige facelift.

Het KCE-team

Eind 2012 telde het KCE 60 medewerkers (geen VTE). Naast de voorzitter en de drie directieleden waren er 40 onderzoekers, 7 stafmedewerkers, 8 ad-

ministratieve medewerkers en 1 vrijwilliger. 26 van hen waren deeltijds aan de slag.

In 2012 werden 8 nieuwe medewerkers aangeworven, waarvan 5 onderzoekers. 6 collega’s hebben het KCE in diezelfde periode verlaten. Een van hen was Jean-Pierre Closon, onze adjunct algemeen directeur en mede-oprichter van het KCE. Hij ging in oktober met pensioen en werd ondertussen vervangen door voormalig programmadirecteur Christian Léonard. Het KCE zal dus in 2013 op zoek gaan naar een nieuw lid voor de programmadirectie.

Bij de selectie van nieuwe personeelsleden is uiteraard de competentie van de kandidaten doorslaggevend, maar als federale instelling moet het KCE ook een zo groot mogelijk taalevenwicht nastreven. Eind 2012 waren er 29 Franstaligen en 31 Nederlandstaligen aan boord. De onderzoeksteams zijn meestal taalgemengd en worden per studieproject samengesteld. (Voor de cijfers in VTE, zie p. 71)

Geslacht	
Vrouw	40
Man	20
Leeftijd (in jaren)	
20-29	2
30-39	25
40-49	18
50-59	14
60-70	1
Anciënniteit	
Minder dan 1 jaar	8
1 - 3 jaar	17
4 - 5 jaar	6
meer dan 5 jaar	29



HET KCE BREIDT ZIJN WERKTERREIN UIT

Overleg met stakeholders geeft vorm aan ‘health policy’-projecten

Welke plaats moet in onze gezondheidszorg worden gegeven aan een revolutionaire technologie waarvan de langetermijneffecten nog niet goed gekend zijn, of aan een baanbrekend geneesmiddel dat echter ongelooflijk duur is? Wat is op dit moment de beste manier om patiënten te behandelen die aan een bepaalde aandoening lijden?

Een antwoord geven op deze vragen is de bestaansreden van het KCE. Het Kenniscentrum beantwoordt deze vragen in zijn ‘Health Technology Assessment’-rapporten of via de ontwikkeling van ‘Good Clinical Practice’-richtlijnen (GCP). Op die gebieden heeft het KCE al sinds bijna 10 jaar expertise opgebouwd.

Een ander studiedomein waarin het KCE actief is, is het zogenaamde ‘Health Services Research’ (HSR). Dat domein heeft betrekking op de optimalisering van zorgdiensten. “Het is een domein waar je geen eenvoudige antwoorden op de vragen moet verwachten”, benadrukt Raf Mertens, algemeen directeur van het KCE. “In de databanken of in de internationale literatuur zal je geen kant en klare recepten vinden. De oplossingen die in andere landen worden gevonden, kunnen nooit zomaar op ons systeem worden toegepast. Daarom besteden wij veel aandacht aan het raadplegen van de stakeholders die ons in aanraking brengen met de realiteit van het terrein en van de Belgische zorgcultuur.”

Het onderwerp van stakeholderbetrokkenheid kwam reeds uitgebreid aan bod in het vorige jaarverslag.

Maar afgelopen jaar werden deze concepten ook verder in de praktijk gebracht in twee HSR-studies. Deze twee studies gingen echter nog een stuk verder dan de klassieke KCE-rapporten in het HSR-domein. Deze keer werd niet zozeer nagedacht over de manier waarop een zorgdienst maar wel een gans zorgsysteem kan worden georganiseerd.

“Health Services Research wordt dan in feite Health Policy Research: onderzoek naar het gezondheidsbeleid zelf, en dat is geen kleine uitdaging!”, zegt Raf Mertens. “Welnu, in 2012 is het KCE resoluut deze uitdaging aangegaan en heeft het twee studies gepubliceerd die op systemisch niveau nadachten over de zorg voor een bepaalde doelgroep.” De eerste studie, die in april werd gepubliceerd, had betrekking op de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren (KCE-rapport 175). En de tweede, gepubliceerd in december, ging over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken (Position paper en KCE-rapport 190). Bijzonder aan deze twee studies is dat ze het functioneren van een volledig systeem bekijken en zich niet beperken tot een strikt afgebakend aspect van de gezondheidszorg. Gevolg hiervan was ook een veel complexere methodologie en een diepere betrokkenheid van de stakeholders.

“Het is een kleine stap voor het KCE, maar (hopelijk) een grote stap voor het Belgische gezondheidszorgsysteem”, verklaart Dominique Paulus, senior arts onderzoeker bij het KCE en verantwoordelijk voor het

project over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken. “Een grote stap voor het gezondheidszorgsysteem, enerzijds omdat in onze voorstellen de patiënt echt centraal staat in plaats van de zorgdiensten, die niet altijd aangepast zijn aan de noden van de chronisch zieke patiënt. Anderzijds omdat we hebben nagedacht over een benadering op lange termijn, over een werkelijke zorgcontinuïteit, over de tegenpool van het klassieke acute zorgmodel dat al decennia lang in voege is. Maar het is ook een belangrijke verandering voor het KCE: deze benadering concreetseert onze wil om de stakeholders in grotere mate te betrekken. En het project werd inderdaad uitgevoerd in nauwe samenwerking met het RIZIV en met de FOD Volksgezondheid. Maar ook de Gewesten en de Gemeenschappen, het gloednieuwe Observatorium voor chronische ziekten (ingehuldigd in mei 2012), verschillende groepen deskundigen van het terrein en vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen werden betrokken bij deze onderneming. Het gaat in totaal om meer dan honderd deskundigen.”

EEN GELIJKLOPENDE INTERNATIONALE CONTEXT

Met deze twee rapporten ligt het KCE in de lijn van een zeer duidelijke internationale trend. De noodzaak van een globale reorganisatie van de chronische en de geestelijke gezondheidszorg is op dit ogenblik inderdaad een hoofdbekommernis van Europese instanties, de WGO, de Verenigde Naties, enz. Deze organisaties publiceren regelmatig lijvige

rapporten over deze thema's. Overheidsinstanties in heel de westerse wereld worden geconfronteerd met de noden van chronisch zieken. Die vormen een uitdaging voor het beleid, de budgetten en de zorgverstrekking. Deze groeiende nood vloeit voort uit tal van maatschappelijke evoluties: de veroudering van de bevolking, ons voedingspatroon, roken, stress, gebrek aan lichaamsbeweging en de vooruitgang van de acute geneeskunde.

De grote chronische ziekten, nl. cardiovasculaire aandoeningen, kanker, diabetes en chronische ademhalingsaandoeningen, zijn de belangrijkste doodsoorzaken geworden en nemen wereldwijd 63% van de overlijdens voor hun rekening.

Maar ook geestelijke gezondheidsproblemen zouden hoog op de prioriteitslijst moeten staan: de WGO schat dat 1 persoon op 4 op een of ander ogenblik van zijn of haar leven nood zal hebben aan geestelijke gezondheidszorg. En naast de twee grote uitdagingen, gevormd door depressie en dementie, beschouwt de internationale organisatie de geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten als een prioriteit. Ze heeft betrekking op 20% van de kinderen en jongeren in westerse landen. Bovendien is er een grote uitdaging voor de toekomst want ongeveer 50% van de geestelijke gezondheidsproblemen van volwassenen ontstaat vóór de leeftijd van 14 jaar.

EEN BENADERING GEBASEERD OP DE 'NODEN VAN DE PATIËNT'
Onze kennis van chronische aandoeningen en van geestelijke gezondheidsproblemen is ook gegroeid. Naarmate we meer weten, ontdekken we de werke-

lijke complexiteit van deze aandoeningen. We weten dat verschillende risicofactoren met elkaar verband houden en de gevolgen zich niet beperken tot medische aspecten.

In eerste instantie hebben chronische ziekten een invloed op de meest kwetsbare maatschappelijke groepen, hebben ze een aanzienlijke impact op de beroepsbevolking en vragen ze coördinatie binnen de bestaande hulpnetwerken... die er niet altijd is. Andere grote uitdagingen worden gevormd door het vaak samen voorkomen van diverse chronische ziekten en de stijging van de noden naarmate de aandoening(en) vererger(en). Een multidisciplinaire aanpak en zorgintegratie zijn hier meer dan ooit essentieel.

Het hoofdidee van de position paper is om de klassieke, op specifieke aandoeningen gebaseerde benadering te verlaten en de organisatie van de zorg op een globale manier aan te pakken in functie van de globale noden van de patiënt. Men moet dus afstappen van, bijvoorbeeld, het uitwerken van verticale zorgtrajecten voor diabetici of voor patiënten met nierinsufficiëntie. Dit zijn zeker interessante initiatieven op therapeutisch vlak, maar ze bekijken de problemen uitsluitend vanuit het standpunt van de pathologie zonder voldoende oog voor de realiteit van het terrein in al zijn complexiteit.

Om bij ons voorbeeld van diabetes en nierinsufficiëntie te blijven: deze aandoeningen treffen vooral oudere personen, wat betekent dat ze vaak samenhangen met een bredere geriatrische problematiek. Er moet dus ook rekening worden gehouden met andere factoren die een risico vormen voor hun

zwakke gezondheid, met (eventueel meerdere) andere aandoeningen, met het gebruik van meerdere geneesmiddelen, ... maar ook met maatschappelijke omstandigheden, mogelijk isolement, verlies van onafhankelijkheid, eventuele psychologische ontreding, de nood aan spirituele begeleiding, enz.

Op het vlak van geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren is de situatie eveneens multidimensionaal en heeft ze ook betrekking op onderwijs, maatschappelijk beleid, welzijn. Het KCE is er zich er van bewust dat het de grenzen van de gezondheidszorg zal moeten overschrijden bij dergelijke studies. Dat is de reden waarom het Kenniscentrum op grote schaal beroep doet op stakeholders, in specifieke domeinen die vaak sterk afwijken van het kader van de gezondheidszorg.

Door een dergelijke uitbreiding van het studiedomein wordt de raadpleging van stakeholders nog meer noodzakelijk en moet ze plaats grijpen op basis van een strikte methodologie. Deze consultaties brengen standpunten en inzichten aan op drie niveaus: het microniveau, via de zorgverstrekkers die in direct contact staan met de patiënt, het mesoniveau met de mensen en instellingen die zich bezighouden met de (kleinschalige) organisatie van de zorg en de coördinatie ervan binnen de samenleving, en het macroniveau, de overheidsinstanties zoals het RIZIV, de mutualiteiten, de vertegenwoordigers van de ziekenhuisinstellingen, de overkoepelende patiëntenorganisaties, enz.

EEN VEELZIJDIGE METHODOLOGIE
Tot op vandaag had het werk van het KCE voornamelijk betrekking op specifieke domeinen van de zorgorganisatie (bijvoorbeeld palliatieve zorg) of op

duidelijk afgelijnde interventies. Om echter een volledig zorgsysteem globaal te kunnen observeren, is een aanpassing van de gebruikte methodologie vereist. De deductieve benadering, die bestaat uit het onderzoeken van de grote opties, aanbevolen in de internationale literatuur, en het analyseren van voorbeelden uit andere landen, bezorgde ons een kader dat niet fundamenteel door ons in vraag werd gesteld.

Deze benadering werd aangevuld met andere, meer inductieve en participatieve benaderingen om rekening te kunnen houden met specifieke onderzoeken uitgevoerd in precieze domeinen van chronische of geestelijke gezondheidszorg, en met de werkelijke noden en ervaringen van de voornaamste betrokkenen.

Dit vereist extra stappen, zoals wordt verteld door Marijke Eyssen (arts onderzoeker) en Koen Van den Heede (HSR onderzoeker), de medewerkers van het KCE die het rapport over geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren coördineerden: "We hebben een eerste deel uitgevoerd op de klassieke manier waarbij we analyseerden wat in andere landen gebeurt en bepaalden voor welke modellen er bewijzen van doeltreffendheid zijn. We stelden echter vast dat er erg weinig evidence is. En dat dezelfde problemen worden aangetroffen in de andere landen. Het was dus niet mogelijk om vanuit deze benadering geldige aanbevelingen te doen. Het is dan ook logisch dat we stakeholders uitnodigden om samen na te gaan welke voorstellen we konden doen op basis van de beperkte evidence en de internationale tendensen. De tien aanbevelingen die hieruit voortvloeiden zijn dus niet meer uitsluitend gebaseerd op evidence, maar op de evoluties in de



vlr: Koen Van den Heede, Marijke Eyssen, Dominique Paulus

maatschappij zoals ze worden aangereikt door de stakeholders."

Marijke Eyssen verduidelijkt: "Onze diagnose was dat in het huidige systeem talrijke instellingen en zorginstanties tussenbeide komen, maar dat een globale visie op de manier waarop het geheel zou moeten functioneren, ontbreekt. Wel zien we tal van nieuwe initiatieven die uitgaan van erg relevante doelstellingen en die op zich goed functioneren. Maar er komen al snel jongeren in terecht die er eigenlijk niet in thuishoren, omdat ze elders niet terecht kunnen."

Op die manier worden die nieuwe initiatieven al snel gedegradeerd tot een bijkomend vangnet om de druk op het systeem op andere plaatsen weg te halen."

"Het gevolg is dat problemen enkel verplaatst worden omdat ook deze nieuwe initiatieven niet binnen een coherent geheel geïntegreerd zijn. Nochtans is er op alle niveaus en op elk terrein enorm veel goede wil en zijn er heel wat individuele personen die zeer goed werk verrichten. Op deze rijkdom zouden we ons moeten baseren."

GROTE BETROKKENHEID VAN DE STAKEHOLDERS

De 66 stakeholders die aan het ‘ziekbed’ van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren werden geroepen, begrepen zeer goed welke belangrijke uitdaging deze studie probeerde aan te gaan. Ze hebben er ook erg veel tijd aan besteed en energie in gestopt.

Zoals Koen Van den Heede vertelt: “We hebben de stakeholders begeleid en ondersteund terwijl ze hun eigen visie uitwerkten over hoe geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren zou moeten functioneren. Hiervoor hebben we een baanbrekende methodologie gebruikt (zie p. 23). Dit leidde tot een ‘ideaalmodel’ dat vervolgens aan hun kritiek werd onderworpen. Op deze manier kan men werkelijk zeggen dat de betrokkenheid van de stakeholders geleid heeft tot een zeker empowerment.”

Op het terrein zijn de stakeholders ook steeds meer vragende partij, en zijn ze ook steeds beter georganiseerd om antwoord te geven op vragen van overheidsinstanties of organisaties zoals het KCE. In deze context werd trouwens bij het RIZIV het Observatorium voor chronische ziekten gecreëerd. Het maakt deel uit van het programma ‘Prioriteit aan de chronisch zieken!’ dat in 2008 door minister Laurette Onkelinx werd gelanceerd. De raadgevende afdeling van dit Observatorium verenigt de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de patiëntenverenigingen. Het mag dan ook geen verbazing wekken dat de vertegenwoordigers van de patiënten sterk aanwezig waren bij de studie naar de zorg voor chronisch zieken.



Interview met Ri De Ridder, directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV

“ Het RIZIV heeft, samen met de FOD Volksgezondheid, destijds bij het KCE een aanvraag ingediend voor een studie over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken. We voelden de behoefte aan de creatie van een maatschappelijk draagvlak om het beleid rond chronische zorg voor de komende jaren duidelijk te krijgen. Er waren bovendien externe factoren.

Onder meer het Belgische EU-Voorzitterschap in 2010. België heeft toen het thema van de chronische zorg op de Europese agenda gezet via een conferentie. Dat heeft geleid tot besluiten van de Europese Raad om rond chronische ziekten initiatieven te nemen, te zoeken naar samenwerkingen en een beleid uit te werken op Europees niveau. Ook de WHO en de VN hebben dit thema uitdrukkelijk naar voor geschoven.

Naast die internationale context is er ook de Belgische uitdaging om met stakeholders het debat over chronische zorg te laten groeien, de grote lijnen uit te zetten en tot een concreet actieplan te komen. Liefst op een manier die de dagelijkse besluitvorming overstijgt. Bovendien werd op 2 mei 2012 het Observatorium voor Chronische Ziekten opgericht. Dit observatorium moet de behoeften van chronisch zieken in kaart brengen. Het zou in het beleidsvoorbereidend werk van het KCE een sterke ondersteuning van haar eigen activiteiten moeten vinden.

Zonder twijfel zag het KCE deze opdracht als een bijzondere uitdaging. Maar in mijn ogen paste deze studie – en ook het rapport over geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren – in het domein ‘Health Services Research’, weliswaar tot op zijn breedste niveau opengetrokken.

Het is immers voor het eerst dat het KCE een vraag kreeg die zo sterk in de richting van ‘policy making’ gaat. Het tweede grote vernieuwende element lag ongetwijfeld in de aanpak: een uitgebreide stakeholderbevraging en stakeholderoverleg om mensen uit het veld – zowel professionals als vertegenwoordigers van patiënten – samen met beleidsmakers te laten nadenken over de toekomst van de chronisch en geestelijke gezondheidszorg in België.

Wat er uit die oefening is gekomen, vind ik uiterst relevant. Voor de chronische zorg reiken de 20 aanbevelingen met in totaal 50 actiepunten een aantal kapstokken aan die we kunnen

plaatsen tegenover de uitdagingen van chronische aandoeningen. Ze zijn gebaseerd op de huidige stand van de internationale kennis, maar meteen ook geënt op de Belgische context. Door die aanbevelingen consequent toe te passen, komen we zeker tot een beter management van chronisch zieken.

Dat je voor chronisch zieken zwaar moet inzetten op de gezondheidszorg in de eerste lijn, vind ik de meest frappante aanbeveling. In het conceptueel model is de tweede lijn ondersteunend aan de eerste. In Belgische normen is dat een kanteling van verhoudingen. Daarnaast zijn er de nieuwe beroepen en de nieuwe rollen. Hier is een rol weggelegd voor onderwijs en opleiding. Denk maar aan de case managers, de coördinatiefuncties en de ondersteuning van empowerment. Persoonlijk vind ik dat de studie niet zoveel nieuws aanbrengt op het vlak van empowerment of ICT-ondersteuning. Die boodschappen kenden we al en daar werken we aan.

Wel vernieuwend is de aandacht voor wetenschappelijke ondersteuning van chronische zorg: er moeten guidance, richtlijnen en kwaliteits- en effectiviteitsmonitoring zijn. Wellicht zal voor dit alles ook het financieel kader moeten aangepast worden. Ik kan mij zeer goed vinden in de aanbevelingen die voorliggen.

De bedoeling is om zo snel mogelijk een tweede cyclus van stakeholderactiviteit te doorlopen ter

voorbereiding van een Nationale Conferentie. Die Conferentie moet er komen op basis van een concreet plan, van politieke krachtlijnen en van concrete afspraken tussen de diverse overheden. Het verder in de praktijk brengen van wat nu voorligt, zal toch wel heel wat aanpassingen vragen en ook investeringen. Maar als de goede keuzes worden gemaakt en focus wordt gelegd op de strategische blokken uit de position paper, is het niet zo moeilijk om de ommezwaai in te zetten.

Hoewel het KCE-rapport niet heeft geprioriteerd, liggen in mijn ogen de sleutels bij het case-management en de organisatie van de micro-meso-structuur. Als we daar voldoende geld voor kunnen vrijmaken – en dat hoeft niet eens zoveel te zijn – komen we al een heel eind. Deze coördinerende functies laten immers toe om een belangrijke professionalisering en structurering in de eerste lijn te brengen.

Natuurlijk zal de vernieuwde organisatie van de chronische zorg door de molen van het overleg moeten gerealiseerd worden. Maar ik heb tot nu toe geen signalen ontvangen dat er iemand de aanbevelingen een fout kader vindt. Het zal dus moeilijk zijn om dit plan te negeren. Maar natuurlijk de ‘proof komt bij het concreet eten van de pudding’. Kortom, de position paper zal pas echt een reëel effect hebben als er een goed actieplan ligt en als het politiek gecoverd wordt, met de nodige investeringen, zowel federaal als door de gemeenschappen en gewesten.

Over de rol van het Kenniscentrum als wetenschappelijke onderzoeksinstelling ben

ik overigens vrij beslist: het belang van het Kenniscentrum om, op een gestructureerde en transparante manier, beleidsvoorbereidend onderzoekswerk te leveren, kan moeilijk worden overschat. Door zich strikt te houden aan de procedures en methodieken die het KCE zelf heeft uitgewerkt, hebben we nu beleidsvoorbereidende rapporten die niet langer ‘à la tête du client’ zijn.

Het Kenniscentrum staat bovendien internationaal goed aangeschreven. Het is in zijn HTA-component zeker mee-geëvolueerd, maar het heeft ook op andere domeinen – en daarin onderscheidt het zich van andere Europese HTA-agentschappen – belangrijke inspanningen gedaan. Denk maar aan de good clinical practices: dat was in het begin wat zoeken, maar er is ondertussen een uiterst relevant aanbod van guidelines rond het thema kanker.

Het KCE krijgt onvoldoende waardering voor die inspanningen. Wel krijgt het vaak de wind van voor op de meer politiek gevoelige thema’s – als de klinische praktijk toch op een wat andere manier wordt uitgevoerd dan wat de evidence zegt. Vaak wordt dan de wetenschappelijkheid van het KCE in vraag gesteld. De kritiek is er echter meestal omdat de KCE-bevindingen pijn doen. Omdat het KCE op een wonde duwt. Tegelijk mogen we niet vergeten dat het KCE een kwetsbare organisatie is. De mediatisering is daarom een risicopunt, dat het Kenniscentrum echter zelf niet altijd in de hand heeft. Maar voor mij staat de kwaliteit van het Kenniscentrum buiten kijf.”



“Het betrekken van ‘ervaringsdeskundigen’ en zorgverleners vanuit het werkveld geeft ons toegang tot perspectieven die we niet in andere wetenschappelijke onderzoeken en publicaties kunnen aantreffen”, erkennen de onderzoekers van het KCE. “En hoewel hierdoor onze werklast aanzienlijk verzwaarde, betekende deze aanpak toch onmiskenbaar een verdieping.”

EEN DYNAMIEK DIE IN GANG GEZET IS

Het rapport over de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is uitgemond in 10 aanbevelingen; de position paper over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken heeft geleid tot 50 actievoorstellen. Bij dergelijke uitgebreide reeksen van aanbevelingen, die betrekking hebben op zoveel verschillende sectoren, bestaat het risico dat ze veeleer theoretisch blijven en slechts moeilijk geïmplementeerd raken.

Wat is de beste manier om te garanderen dat de studies een invloed zullen hebben op het beleid? Een goede strategie is de gebruikers van de resultaten van de studie al te betrekken bij het ontwerp van de studie en het verloop ervan. Zodat, eenmaal de studie is afgerond, zij de resultaten meenemen en omzetten in beleid. Het is een beetje zoals een locomotief die een trein tot in een bepaald station moet brengen. Daar neemt een andere locomotief over om de wagons naar de eindbestemming te brengen. Het KCE is de locomotief die tot het eerste station rijdt, vanaf daar moet een andere locomotief de klus klaren.

Wie zijn die andere locomotieven? In het geval van de position paper over chronische zorg, wordt ervan

uitgegaan dat het RIZIV en de FOD Volksgezondheid de handen in elkaar slaan. In functie van de verschillende actiepunten werden al nieuwe werkgroepen van stakeholders opgericht om de concrete modaliteiten te onderzoeken voor de implementatie van de voorgestelde acties.

“Ons rapport beveelt bijvoorbeeld de opleiding aan van ‘advanced practice nurses’, gespecialiseerde verpleegkundigen die de eerstelijnszorg versterken”, legt Dominique Paulus uit. “Dit vraagt een specifieke opleiding, wat vereist dat het hoger onderwijs hierbij wordt betrokken. Dat is een niet-federaal bevoegdheidsdomein. Maar er is eveneens een wettelijke erkenning van de nieuwe functie nodig, nieuwe nomenclatuurnummers, enz. Dat is weer wel federale bevoegdheid. Dus men moet specifieke werkgroepen creëren op verschillende niveaus die verschillende beleidsbevoegdheden bestrijken.”

In 2013 zal een nationale conferentie worden gehouden over chronische ziekten, en de position paper van het KCE zal daarin een prominente plaats innemen. Men hoopt zelfs dat al enkele meer concrete resultaten van deze werkgroepen zullen worden voorgelegd.

De betrokkenheid van de stakeholders heeft echter ook andere, meer subtiele gevolgen. Door zoveel partijen te mobiliseren, wordt een bepaald verwachtingspatroon gecreëerd, een onbetwistbare dynamiek in gang gezet en het signaal gegeven dat de zaken - eindelijk - in beweging komen. En ook al beseft men dat dit nog maar het prille begin is, en dat de af te leggen weg nog erg lang is, worden de hoop en de verwachting aangewakkerd. Bij het uitblijven

van concrete resultaten kan echter een nieuwe golf van ontmoediging en frustratie ontstaan.

“We hebben echt het gevoel dat een proces in gang is gezet”, benadrukt Koen Van den Heede. “En dat dit geconcretiseerd moet worden via de verschillende werkgroepen en tijdens de nationale conferentie over chronische ziekten. Hetzelfde geldt voor het domein van de kinderspsychiatrie, waar de interministeriële conferentie besloten heeft om operationele actieplannen te ontwikkelen. Als hieraan geen gevolg wordt gegeven, zal dit enorme frustraties op het terrein veroorzaken.”

Tot hoever moet het KCE zelf een project blijven opvolgen? Op welk ogenblik moet het de teugels overhandigen aan de overheidsinstanties? De onderzoekers zijn op dit punt erg duidelijk: “Wij begeleiden een proces tot en met de redactie van het rapport en de aanbevelingen, maar daarna is het aan hen die ons het onderzoek hebben toevertrouwd om de zaak opnieuw in handen te nemen. Wij zijn er om representatieve gegevens op een objectieve manier te verzamelen en deze aan de beleidsmaker te bezorgen. Maar er komt een ogenblik waarop de beleidsmakers hun verantwoordelijkheid moeten opnemen. Onze rol is het terrein voor te bereiden, maar niet om de beslissingen te nemen. Hierdoor zouden wij trouwens onze onafhankelijkheid verliezen en dit is nu net onze belangrijkste garantie voor geloofwaardigheid en nauwkeurigheid.”



Interview met Christiaan Decoster, directeur-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

“ Ik moet toegeven, zegt Christiaan Decoster, dat er bij de oprichting van het KCE wel enige argwaan was vanuit diverse administraties. Ook bij mij. Wij waren immers gewend om studies zelf te bestellen en van nabij op te volgen. Nu kwam er plots een ‘vreemde eend in de bijt’. Zouden wij als FOD bij het KCE even gemakkelijk studies kunnen bestellen? Hoe zouden die studies worden uitgevoerd? Zouden wij betrokken worden?

Ondertussen heeft argwaan plaatsgemaakt voor respect: de hoeveelheid en diversiteit van behandelde onderwerpen, de snelheid en de diepgang waarmee studies worden uitgevoerd, de manier waarop de resultaten beschikbaar worden gemaakt ... kortom, het traject afgelegd door het KCE is indrukwekkend. Aanvankelijk was het voor ons wel moeilijk om voorstellen goedgekeurd te krijgen. Toch zijn we blijven proberen. Want ik zeg mijn medewerkers altijd dat het een dienst is die ons wordt aangeboden, en dat we er dus gebruik van moeten maken.

In het begin was ons ‘succespercentage’ beperkt. Dat is sterk verbeterd. Mijn medewerkers zijn meer ervaren geworden in het indienen en er werd een liaisonfunctie gecreëerd die regelmatig contact heeft met het KCE. Bovendien heeft het

KCE op zeker ogenblik de administraties bijeen geroepen om een ‘korf’ van studiethema’s te definiëren waarin alle administraties zeggenschap hadden. Er is ook een gegevensbank gecreëerd van de onderwerpen die door studie-organisaties al werden gepland of die in uitvoering zijn. Dergelijke initiatieven helpen ons, en anderen, om ter zake een meer gecoördineerd beleid te voeren.

Bij de twee studies die de rode draad vormen in dit jaarverslag – de organisatie van de chronische zorg en de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren – heeft het KCE de stakeholders veel intensiever betrokken dan tot nu toe het geval was. Ik heb als beleidsmaker meerdere overlegmomenten met de stakeholders persoonlijk meegemaakt. Daardoor heb ik kunnen horen wat er leeft op het terrein, wat de problemen zijn, wat er beter kan ... en als zo’n overleg in groep gebeurt, met alle stakeholders, dan komt ook alles aan de oppervlakte. Dan kan men zich niet wegsteken.

Tegelijk heb ik ook veel goede wil vastgesteld om gezamenlijk na te denken hoe het kan veranderen. Vooral het ‘bottom-up’ aspect van dat overleg vond ik verrijkend en verhelderend. We zouden die aanpak veel meer moeten gebruiken, veel meer moeten luisteren naar de mensen op het terrein,

maar dan wel via een objectiverende aanpak. Zoals op een uitstekende manier door het KCE werd toegepast, met een zeer goede facilitering van het proces en afgesloten door een grondige validatie van de resultaten door externe experts.

Beide studies gaan niet over technische zaken, niet over geldzaken, maar wel over menselijke problemen. Dat is belangrijk om te onthouden. En toch kunnen deze rapporten – hoe goed ze ook zijn geschreven – niet meer zijn dan een eerste stap. Het is niet omdat er een studie op tafel ligt, dat er onmiddellijk een beleidsnota is. Dat is de volgende fase. Maar door het feit dat ik de studies van binnenuit heb meegemaakt, kan ik nu ook gemakkelijker de stap zetten naar de beleidsvoering.

Duidelijk is dat we bij die beleidsvoering ook de Gemeenschappen moeten betrekken. We kunnen geen goed gezondheidsbeleid voeren als we niet met elkaar overleggen. De bevoegdheden zijn immers op een dergelijke manier verdeeld – en ik zeg dat in alle neutraliteit – dat we moeten samenwerken. Niet alleen voor de organisatie van het zorgbeleid voor chronische zieken, maar ook voor de geestelijke gezondheidszorg voor zowel kinderen en jongeren als voor volwassenen.

Een eerste vaststelling is dat je de hele keten van de gezondheidszorg beter op elkaar moet afstemmen – de ziekenhuisgeneeskunde, de specialisten én de eerste lijn. Je moet echter ook evolueren naar een ‘health in all policies’-aanpak. Een benadering waarbij gezondheid ook in andere beleidsdomeinen gaat doorwegen. Bij de volwassenenpsychiatrie, bijvoorbeeld, is het belangrijk dat die mensen een woonst hebben en een activiteit. Zij moeten zich immers kunnen integreren in het maatschappelijk leven, het culturele leven, het arbeidscircuit, de sport enzovoort. Je hebt dus ook integratie van beleid in de niet-zorg nodig. Daar komen bovendien aspecten van gezondheidspreventie, -detectie en -promotie bij kijken. En meteen zit je bij de bevoegdheden van de Gemeenschappen. We hebben voor zowel de chronische zorg als de psychiatrie dus een globale aanpak en visie nodig, met respect voor de bevoegdheden van alle beleidsniveaus, maar ook met een veel intensievere samenwerking. En een derde vaststelling is de belangrijke betrokkenheid van patiëntenorganisaties. Zij zullen de vinger aan de pols van de beleidsmaker moeten houden.

Wat staat er nu te gebeuren? In het voorbeeld van de kinder- en jongerenpsychiatrie



gaan we met een taskforce een gids maken die de vertaling doet van het rapport naar een zeer concreet geformuleerd beleid. We volgen daarmee eenzelfde spoor als we eerder hebben uitgezet met de volwassenenpsychiatrie op basis van onder meer KCE-rapport 144. Een gelijkaardige gids ligt er immers voor de volwassenenpsychiatrie. Waaraan overigens voluit is meegewerkt door de Gemeenschappen. Ook nu is dat de bedoeling.

Als secretaris van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heb ik ervoor gezorgd dat alle betrokken ministers dit initiatief ondersteunen.

Dat hebben ze in december 2012 vastgelegd in de gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. Verder is het de bedoeling dat uit deze verklaring en de gids een protocol voor samenwerking groeit en

een reeks pilootprojecten die zich dan hopelijk gradueel kunnen uitbreiden over het hele land.

Ik blijf het belangrijk vinden dat die initiatieven van onderuit kunnen groeien. De mensen op het terrein weten wat nodig is. Ik hoop dan dat we op termijn de reglementering daarover verder kunnen uitwerken. Dat zal een werk van lange adem zijn, ongetwijfeld. Kinder- en jeugdpsychiatrie moet een hoge prioriteit krijgen. Daar is sensibilisering voor nodig. Zo’n KCE-studie vormt daarin een belangrijk instrument. De gids zal een tweede sensibiliseringsfase inluiden. En op die manier hoop ik dat kinderpsychiatrie zich langzaam zal opwerken in de ranglijst van de prioriteiten.”





Interview met Luc Van Gorp, Departementshoofd Gezondheidszorg, Katholieke Hogeschool Limburg (KHLim) en voorzitter Wit-Gele Kruis van Vlaanderen

“Bovenal ben ik echter nog altijd een verpleegkundige”, benadrukt Luc Van Gorp bij de aanvang van het interview over zijn ervaringen met de KCE-studie over de organisatie van de chronische zorg. “Ik voel me ook zo en ik probeer te blijven denken als verpleegkundige. Ik ben vanuit de praktijk in het onderwijs terecht gekomen omdat ik nog filosofie en theologie heb bijgestudeerd. Op die manier kreeg ik al snel een ‘zorgethische’ bril aangemeten. Ik hecht echter heel veel belang aan verbondenheid met het werkveld en met de mens achter de patiënt. Een jaar geleden heb ik nog een volledige week meegedraaid in de thuiszorg in Antwerpen. Dat was gewoon i-n-d-r-u-k-w-e-k-e-n-d. Als ik zie wat van een thuisverpleegkundige vandaag allemaal wordt verwacht. Met welke situaties zij of hij wordt geconfronteerd. Met de complexiteit van zorg. De vragen van patiënten, van mantelzorgers, van

de omgeving enz. Je moet vandaag echt heel wat kunnen als verpleegkundige.

Ik noem het KCE-rapport 190 mijn gps voor de volgende decennia. Het is voor mij het handboek hoe we de chronische zorg in België moeten herorganiseren. En er is werk aan de winkel, dat blijkt uit de KCE-conclusies en aanbevelingen. Neem nu de aanbeveling dat zorg moet georganiseerd worden rond de patiënt. Dat de patiënt de regie moet behouden over zijn eigen zorg. Voor België betekent dat een revolutie. Dat is historisch. Tot nu toe ging het in het Belgische zorgbeleid eigenlijk alleen maar om zorgverleners, ziekenhuizen, zorgverlenende organisaties, enzovoort. Dat is in wezen nog altijd zo.

Een voorbeeld: als je als patiënt wordt opgenomen in een ziekenhuis, geef je van bij de inschrijving

de regie over je zorg af. Iedere zorgverlener loopt zomaar ongevraagd je kamer in en uit, zonder het minste rekening met je te houden. In de thuiszorg is dat wel anders. Daar vraagt de zorgverstrekker – of het nu de verpleegkundige, de zorgkundige, de verzorgende, de maatschappelijk werker of de huisarts is – of hij of zij mag binnenkomen. Thuis houdt de patiënt wel de regie. Pas als er een vertrouwensrelatie is opgebouwd, geeft de patiënt de sleutel van de achterdeur aan de zorgverlener.

En precies op dat vertrouwen is de hele zorgrelatie gebouwd. Zonder dat vertrouwen kan er geen goede zorg zijn. Vorig jaar hebben we met het Wit-Gele Kruis zelf tien krachtlijnen gepubliceerd over de toekomstige rol van de thuisverpleegkundige. De relatie met de patiënt vormt het centrale uitgangspunt voor de thuisverpleging. Die vertrouwensrelatie komt er alleen als je je patiënt of cliënt ‘graag ziet’. Als je betrokken bent bij zijn of haar problemen. Ook dat lees ik in het KCE-rapport. Weliswaar in andere bewoordingen, maar het staat er wel. En in het denken over zorg vind ik dat voor Vlaanderen revolutionair.

Ook de organisatie van flexibele lokale samenwerkingsverbanden is belangrijk. In Oost-Vlaanderen starten een aantal proefprojecten met zelfsturende teams. Een groep van zeven tot veertien verpleegkundigen wordt ingezet in een buurt of wijk in samenwerking met gezinszorg, lokale huisartsen, andere zorg- en welzijnswerkers, eventueel ondersteund door een

regionaal dienstencentrum. Verankering van zo’n geïntegreerd samenwerkingsverband op wijk- of buurtniveau kan in mijn ogen het beste inspelen op de noden van de individuele patiënt en zijn (familiale) omgeving. Die eerstelijnsstructuur verwijst door naar de tweede en derde lijn van zodra er zich problemen voordoen. Ik verwijs hier naar het model van Jan Heyrman, gewezen hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven. Een zeer gelijkaardig model vind ik ook terug in het KCE-rapport, waaraan hij trouwens heeft meegewerkt.

De taak van de thuisverpleegkundige is in de eerste plaats om als generalist te werken, zoals ook de huisarts dat doet. De verpleegkundige moet de problemen van de patiënt vanuit een brede en integrale invalshoek inschatten en aanpakken. Hij of zij heeft een belangrijke opdracht in het observeren en signaleren van veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt. De thuisverpleegkundige moet zich concentreren op de verpleegkundige indicatiestelling, complexere zorgsituaties en het organiseren en coördineren van zorg, onder supervisie van de huisarts.

Wel zullen we voor dit alles een ander financieringskader moeten hanteren. Dat kader moet praktijkgericht zijn. Gebaseerd op resultaat. Veeleer dan op prestatie, zoals nu via de forfaits het geval is. Wij stellen die verandering al jaren voor. Eindelijk wordt dat nu onderbouwd met wetenschappelijke evidentie door het KCE.

Ik vrees dat dit rapport tegenstand gaat oproepen. Maar je kunt moeilijk de andere kant blijven opkijken. Voor de meeste betrokkenen is overigens de fase van de ontkenning al voorbij. We vragen ons niet langer af ‘of’ we zouden samenwerken, maar wel ‘hoe’ we gaan samenwerken. Ik wil u niet opsommen wat er vandaag in Vlaanderen wordt ‘afvergaderd’ over samenwerken. Op alle niveaus – micro, meso, macro. Binnenin disciplines en over disciplines heen. Zelfs over de zuilen heen ... eindelijk, zou ik zeggen.”



Complexe vraagstukken hebben geen eenvoudige oplossingen

Het geestelijke gezondheidszorgsysteem voor kinderen en jongeren kampt in België met talrijke problemen. Daar is iedereen het over eens, stelt KCE-rapport 175 (zie ook p. 52). Ondanks de deskundige en edelmoedige inzet van velen, blijft de sector kreunen onder lange wachtlijsten en een diepgewortelde malaise. Als er al over iets consensus bestaat, dan is het wel dat het zo niet langer verder kan. Maar hoe moet het dan wel? De problemen zijn hardnekkig en taai. Complex en multidimensionaal. Moeilijk in hun geheel te vatten en alles is met alles verbonden. Kortom, het lijkt één grote, gordiaanse knoop.

Systeemdenker en scenarioplanner Philippe Vandenbroeck (shiftN) noemt dit een ‘wicked problem’. Anderen hebben het over ‘messy’ of ‘intractable’ problemen. Vandenbroeck: “Bij ‘wicked problems’ gaat het in feite veeleer om een problematische situatie dan om een probleem. Een probleem kan je benoemen, afbakenen en uiteindelijk oplossen. In het geval van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren gaat het om een situatie waarachter een veelheid van problemen schuilgaan. Die kunnen niet los van elkaar gezien worden. Bovendien biedt ‘de wetenschap’ geen antwoord. En er is een veelheid aan stakeholders bij betrokken, met soms heel verschillende invalshoeken en wereldbeelden.”

Ook de KCE-studie over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken (zie ook p. 50) werd met een

Interview met Guillaume Mathot, huisarts in Mettet, woordvoerder van de SSM-J, de « junior » afdeling van de Société scientifique de Médecine générale (SSMG)

“ Ik heb als extern deskundige meegewerkt aan de position paper over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken. De ideeën die hierin werden uiteengezet lijken me erg aantrekkelijk: het werk in teamverband, het delegeren van bepaalde bevoegdheden aan gespecialiseerde verpleegkundigen, het ondersteunen van empowerment van de patiënten, enz. Wanneer men zich er diepgaand mee bezig wil houden, neemt de opvolging van de chronisch zieken een zeer groot deel van onze arbeidstijd in beslag. Dat is werkelijk erg intensief. En wat hierbij nog het meeste tijd in beslag neemt, is het informeren en begeleiden van de patiënt. Het overdragen van kennis zodat mensen op het vlak van gezondheidszorg de juiste keuzes kunnen maken. Voor mij is het dus des te beter als we ons met meerdere personen hiermee bezighouden.

Bij veel collega's merk ik dat ze terughoudend en bezorgd zijn over de toekomst van de huisartsgeneeskunde. En bovendien schrikt het idee om bevoegdheden over te dragen naar andere professionele zorgverleners hen af. Ze vrezen dat hun rol gaat worden beperkt tot het schrijven van voorschriften en het aanpassen van behandelingen, zonder dat ze nog echt contact met de patiënt hebben. Vóór de geleidelijke herwaardering die op dit moment plaatsvindt, werd een hele generatie huisartsen op een harde manier geconfronteerd met een toenemend gebrek aan respect voor het beroep. Ik heb het geluk collega's te ontmoeten die zich ten volle geven in hun beroep, die wetenschappelijke artikelen schrijven, opleidingen volgen, colloquia bijwonen, ...

Huisarts zijn blijft nog altijd een wetenschappelijk beroep, en dat motiveert me dan weer op een totaal andere manier. Als

vertegenwoordiger van de SSMJ leverde ik al een bijdrage aan de studie van het KCE over de wachtdiensten van artsen. We werden met een hele groep uitgenodigd om deel te nemen aan die discussie: wetenschappelijke verenigingen, artsenkringen, vakbonden, universitaire diensten van huisartsgeneeskunde, huisartsen van geïsoleerde gebieden, ... Het eindrapport was een goede weergave van wat werd besproken tijdens deze vergaderingen. Het rapport werd bovendien vrij goed onthaald - vooral in vergelijking met de erg kritische manier waarop sommige andere rapporten van het KCE werden onthaald door de artsen.

Sommige huisartsen stellen zich systematisch vijandig op tegen alles wat betrekking heeft op EBM (Evidence-base medicine). EBM staat voor hen gelijk met 'verplichting' en een beperking van hun therapeutische vrijheid. Er bestaan hierover echt grote misverstanden. Ikzelf zie

EBM als een hulpmiddel bij het nemen van beslissingen waarbij er nog steeds ruimte is voor de relatie arts-patiënt, voor kleine compromissen en voor de onontbeerlijke intuïtie ...

Om terug te keren naar chronische zorg wil ik benadrukken dat de aanbevolen reorganisatie van de eerstelijnszorg gepaard zou moeten gaan met een duidelijke uitleg over de beoogde doelstellingen en de middelen die zullen worden gebruikt om ze te bereiken. Ik hoop dat alle vertegenwoordigers van de huisartsgeneeskunde zullen worden uitgenodigd om zich te buigen over een coherente communicatiestrategie. Ik hoop ook dat men gefaseerd te werk gaat zodat hervormingen tijdig kunnen geëvalueerd worden en men zich ervan kan vergewissen dat we op de juiste weg zijn.

Eventueel moeten opleidingen worden voorzien, zoals werd gedaan voor het GMD+, en ook



hierbij moeten de redenen voor de nieuwe maatregelen worden uitgelegd. Hoe het niet moet, wordt geïllustreerd door de zorgtrajecten (die niet afkomstig zijn van het KCE maar van het RIZIV): ze werden ons opgedrongen zonder enige verklaring of rechtvaardiging. Dit wijst duidelijk op grote leemten in de communicatie van de gezondheidsinstanties.

Samengevat denk ik dat wij - professionele zorgverstrekkers, gezondheidsinstanties en patiënten - alles te winnen hebben bij het opbouwen van een concreet toekomstproject waarvan de communicatie het resultaat zal zijn van een gemeenschappelijke en georganiseerde inspanning.”



gelijkaardige complexiteit geconfronteerd, aldus Raf Mertens, Algemeen directeur van het KCE: “De doelgroep is verre van homogeen, dus worden er vele verschillende diensten aangeboden. Daar zijn veel actoren bij betrokken, met elk hun eigen belangen, verworven rechten, en niet geïntegreerde structuren en schaalniveaus. Dit alles ligt uitgespreid op een bedje van uiteenlopende waardensystemen en wereldbeelden, in een landschap met hopeloos versnipperde bevoegdheden. Eenvoudige oplossingen hebben op dit alles geen pak. Erger nog, voor organisatie- en integratiemodellen bestaat er nauwelijks evidence. Begin er dan maar aan als Kenniscentrum.”

VAN DE HUIDIGE WERELD NAAR DE IDEALE WERELD EN TERUG

De KCE-onderzoekers en Philippe Vandenbroeck gebruikten - wat in hun vaktaal - ‘Soft Systems’ Methodologie (SSM) wordt genoemd. “SSM is een aanpak die systeendenken, dialoog en actie-oriëntatie integreert tot een samenhangend geheel”, stelt Vandenbroeck. “Daarom hebben we gekozen voor een veeleer pragmatische aanpak. In de eerste plaats hebben we een stap teruggezet. Weg uit de rommeligheid van de dagelijkse problematiek. We hebben ons verplaatst naar een ideale wereld, verankerd in een heldere articulatie van de ‘reden van bestaan’ van het betreffende zorgsysteem.”

Dan werd de vraag gesteld hoe deze problematische situaties in die wereld zouden aangepakt worden. Hieruit vloeit een activiteitenmodel voort. Dat is een praktisch instrument om de bijdrage van de vele actoren in het zorgsysteem in kaart te brengen. “Precies daar ligt naar mijn mening een sterk punt

van de aanpak: de focus ligt in eerste instantie op de bijdrage van actoren tot de missie van het zorgsysteem, niet zozeer op de specifieke manier van organiseren. Daarover heeft iedereen immers altijd heel sterke opinies.” Het uiteindelijke doel is te komen tot een gemeenschappelijke aanpak over welke acties wenselijk zijn, zodat een verbetering mogelijk wordt van de huidige situatie in de richting van het geïdealiseerde of gewenste model.

GEEN WIT BLAD MAAR BOUWEN OP ZEKERHEDEN

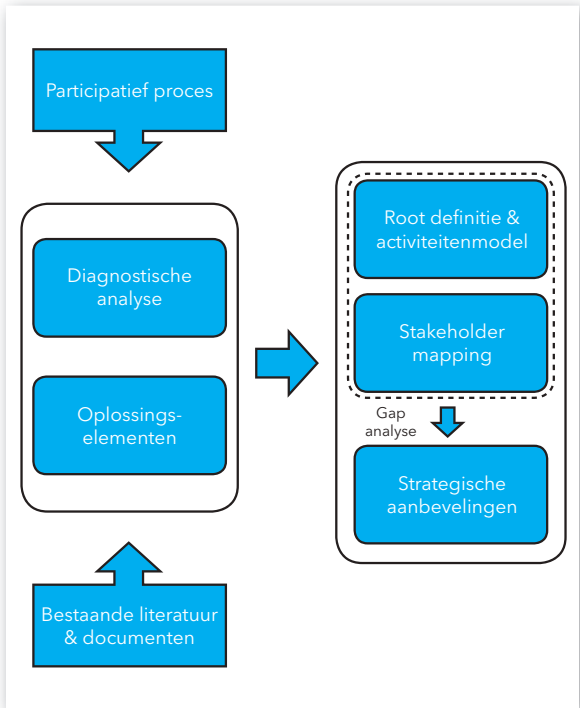
Voor beide studies hoefden de onderzoekers echter niet van een blanco blad te vertrekken. Er zijn in de eerste plaats waarden en zekerheden die een basis vormen: voor geestelijke gezondheidszorg is dat ‘vermaatschappelijkjng’ – mensen met een geestesziekte zonderen we niet langer af in instituten, we bieden hen zorg aan zo kort mogelijk bij de eigen leefwereld. Enkel indien nodig worden ze opgenomen in een zorginstelling.

Chronisch zieken willen we dan weer laten meebeslissen over hun lotsbestemming. We willen hen ‘empoweren’. Ook op waarden als multidisciplinariteit, billijkheid, toegankelijkheid, duurzaamheid, kwaliteit en verantwoording kan worden voortgebouwd.

“Bovendien is er een internationale consensus gekrystalliseerd over de aanpak van deze problemen”, stelt Raf Mertens. “De Wereldgezondheidsorganisatie, de Verenigde Naties, de OESO, en de Europese Unie sturen met regelmaat rapporten uit over chronische en geestelijke gezondheidszorg. Die kan en hoeft je niet van tafel te vegen. Immers, een Belgische oplossing wordt ontegensprekelijk

een specifieke applicatie van deze internationale modellen. Voor chronisch zieken geldt als meest prominente model het ‘Chronic Care Model’ dat door Ed Wagner van het MacColl Institute for Healthcare Innovation in Seattle (VS) werd ontwikkeld. Voor de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is het WGO-model en het ‘Systems of Care Model’ van Beth Stroul het meest gangbare.”

Daarnaast doken de onderzoekers in de bestaande literatuur om bepaalde deelvraagstukken verder uit te diepen, snorden ze ‘good practices’ op uit eigen land of andere landen, of werd teruggegrepen naar gegevens en aanbevelingen uit eerdere KCE-rapporten.



STAKEHOLDERS DIAGNOSTICEREN EN TOETSEN AF

Maar belangrijk is ook dat je de huidige situatie goed diagnosticeert. Je moet weten wat er waar en wanneer niet goed loopt. Op alle niveaus: micro (rondom de patiënt), meso (in de wijk, buurt, gemeente) én macro (op beleidsniveau).

In het traject rond geestelijke gezondheidszorg voor jongeren werd deze stap doorlopen met 66 stakeholders, deels uit het werkveld, deels uit het beleid, via interviews, workshops en rondetafelgesprekken.

In het project over chronisch zieken werd de huidige situatie in kaart gebracht via een SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats): stakeholders gingen na wat de sterke en zwakke punten van het Belgische gezondheidszorgsysteem voor chronisch zieken zijn, en waar er kansen en bedreigingen liggen.

Zowel de resultaten van het participatief proces, als de gegevens uit de literatuur werden gebruikt om een diagnostische analyse te maken van het bestaande systeem, een visie uit te werken op een gewenst (ideaal) model en een conceptueel model te bouwen dat de activiteiten weergeeft die nodig zijn om de doelstellingen van die visie te realiseren. Vervolgens formuleerde het KCE-onderzoeksteam op basis van het spanningsveld tussen het gewenste model en de bestaande situatie een reeks beleidsaanbevelingen.

Alle aanbevelingen werden vervolgens afgetoetst bij de stakeholders, waarbij tevens voor elke activiteit van het conceptuele model werd aangegeven welke actoren welke acties zouden moeten ondernemen.



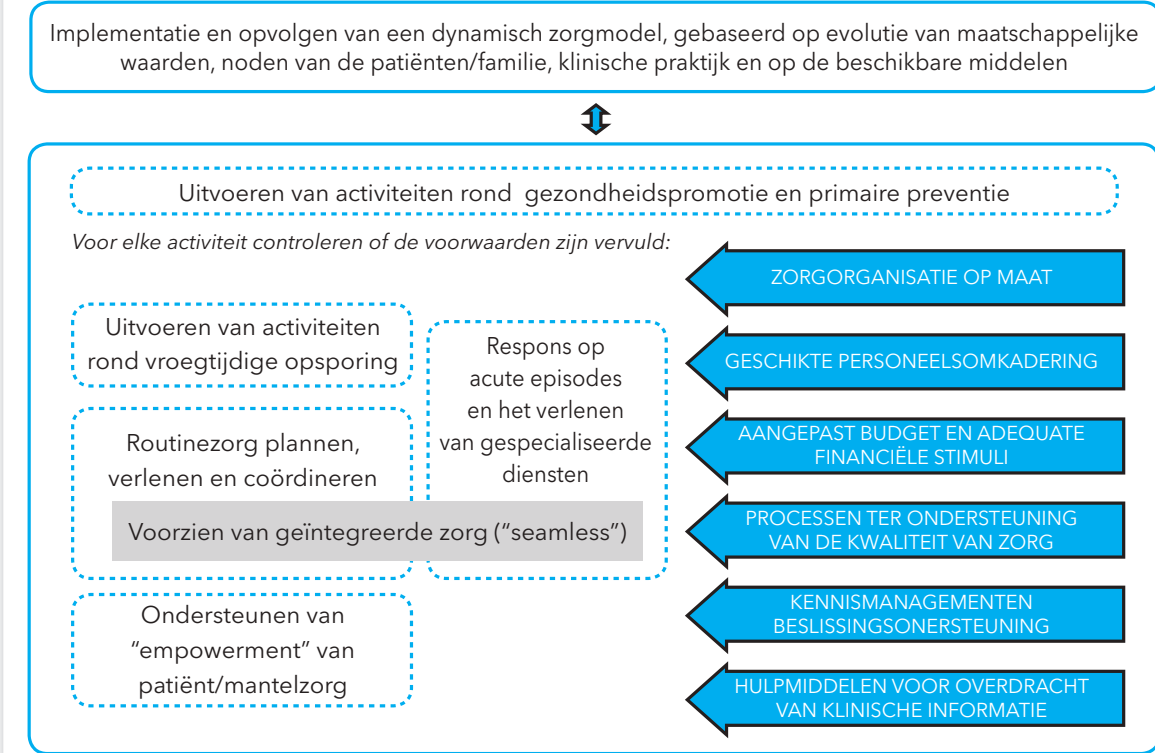
Philippe Vandenbroeck

VISIE OP CHRONISCHE ZORG

Het gezondheidszorgsysteem dat zich richt op chronische zorg, biedt personen, die lijden aan chronische aandoeningen en die hulp nodig hebben gedurende enkele (tientallen) jaren, een gecoördineerd geheel van op behoeften gebaseerde, gepersonaliseerde, doelgerichte, geplande, professioneel ondersteunde dienstverlening bij de routinezorg en bij acute episodes.

Deze dienstverlening gebeurt op een kwaliteitsvolle, evidence-based, efficiënte, duurzame, toegankelijke, cultureel competente en patiënt empowerende manier in de minst complexe omgeving die klinisch aanvaardbaar is. Het doel is de levenskwaliteit van de begunstigden te verbeteren en hen te helpen beter te functioneren, zowel thuis, op school/het werk, in de gemeenschap.

Het conceptuele model voor een gezondheidszorgsysteem aangepast aan zorg voor chronisch zieken



BREEDGEDRAGEN SCENARIO'S VOOR BELEID

“De Soft Systems Methodologie heeft ervoor gezorgd dat stakeholders veel minder geneigd zijn om de hakken in het zand te zetten”, stelt Philippe Vandenbroeck. “Ze hadden veel minder het gevoel dat hun toekomstige rol werd ondermijnd. Ze beseften dat er ook ruimte is om hun wereldbeeld in te passen in het model dat nagestreefd wordt.”

Er worden opportuniteiten gecreëerd om met andere stakeholders en beleidsmakers een gezamenlijk ‘leerpad’ op te gaan om verbetering in de huidige situatie te brengen. Op weg naar een toekomst waarin er ook voor hen plaats is.

“Het eindproduct van dit hele proces is dan ook gedragen door een breed front van stakeholders”, besluit Raf Mertens. “Het pakket voorstellen is duidelijk meer dan het resultaat van louter overleg en onderhandelingen, meer dan expertopinies, ook meer dan wat de literatuur aangeeft. Het is de weerslag van de beste wetenschappelijke bevindingen die vandaag voorhanden zijn, die bovendien in realistische termen werden vertaald naar de context van het eigen systeem.”





Interview met Christian Swine, geriater, onderzoeker aan het Institut de Recherche Santé et Société (UCL) en diensthoofd van de geriatrische afdeling van het CHU Mont Godinne

“ Ik werd als extern deskundige gevraagd om de position paper van het KCE over de organisatie van de chronische zorg na te lezen. Ik ben het KCE erg erkentelijk voor deze opdracht. Het KCE is een opmerkelijke instelling door zijn strikte methodologie en de kwaliteit van zijn werk. Toch is het erg belangrijk dat het ook externe deskundigen raadpleegt: enerzijds professionele zorgverleners voor wie het in de praktijk vaak niet mogelijk is om dezelfde strikte methodologie in acht te nemen. Redenen hiervoor zijn het gebrek aan middelen en de beperkingen van het terrein. Anderzijds onderzoekers zoals ik, die geïnteresseerd zijn in vragen die zich op het raakvlak bevinden van gezondheid en maatschappij.

In ons domein is evidence al snel ‘verouderd’, en als we ons uitsluitend daarop zouden baseren, zouden beleidsmaatregelen heel vlug achterhaald zijn. Vandaag denkt men al een beetje anders dan gisteren, en morgen zal het nog anders zijn. De Evidence-Based Medicine evalueert de al bestaande en bevestigde kennis terwijl het wetenschappelijk onderzoek eerder werkt aan het ontwikkelen van nieuwe kennis en van modellen die het bewijsmateriaal van de toekomst zullen worden.

Het is dus erg positief dat het KCE het verband legt tussen deze uiterst solide EBM-basis - waarop ook wij steunen om nieuwe vragen te stellen - en de praktijk die op zijn beurt ook wordt gevoed door wetenschappelijke nieuwsgierigheid. Maar zoals gezegd, is de methodische striktheid van het KCE ook voor ons een stimulans. Hierdoor worden we aangemoedigd om ons duidelijker uit te drukken, om studies uit te voeren en om resultaten te boeken.

Ik vond de position paper over chronische ziekten erg uitvoerig, maar ook erg moedig. De nota snijdt originele standpunten aan, zoals de nieuwe beroepen in de gezondheidszorg, de ondersteuning van huisartsen om de eerstelijnszorg te ontwikkelen, opleidingen in nursing, enz. Ik heb nochtans een opmerking: ik ben van oordeel dat het geriatrie standpunt ontbreekt.

Want al is veroudering op zich geen chronische ziekte, ouder wordende personen lijden vaak aan chronische ziekten die hun verouderingsproces beïnvloeden en hun kwetsbaarheid verhogen. En omgekeerd zijn chronische ziekten vooral een zaak van ‘bejaarde’ tot ‘hoogbejaarde’ patiënten (dit noemt men de dubbele veroudering: de hoogbejaarden onder de bejaarden). Als men bijvoorbeeld de statistische gegevens over diabetes bekijkt, zal men zien dat de meeste patiënten meer dan 75 jaar oud zijn. Het is dus duidelijk dat de

impact van de ziekte verschillend zal zijn wanneer de eerste symptomen optreden op 40 jaar of op 75 jaar. En het doel van de behandeling is ook anders.

Ik ben dus van oordeel dat de position paper over chronische ziekten nog teveel vasthoudt aan een model dat ‘orgaan-georiënteerd’ is. In de geriatrie zijn we meer geïnteresseerd in het globaal functioneren van ouderen dan in hun ziektebeelden, want het zijn juist de beperkingen van dat functioneren die de werkelijke bedreiging vormen voor hun levenskwaliteit.

Wat het raadplegen van de stakeholders betreft, zult u ook merken dat er geen vereniging voor geriatrie patiënten bestaat... Niemand gaat er ooit prat op een geriatrie patiënt te zijn! Een van de redenen is waarschijnlijk hun kwetsbaarheid, waardoor er geen beroep op hen wordt gedaan en ze zich niet organiseren om zich te verdedigen. Maar het is ook zo dat de vertegenwoordigers van de huidige patiëntenverenigingen vaak geen aandacht schenken aan veroudering.... Het is nog steeds een taboe! Als men echter de moeite zou doen om op het terrein te gaan kijken naar de zorglast van veroudering in aantal uren thuisverpleging, in persoonszorg in woonzorgcentra of in het aantal patiënten in ziekenhuizen, dan kan men moeilijk volhouden dat dit deel van de bevolking niet meetelt! Er is nog heel wat werk aan het imago van de geriatrie.”

Interview met Micky Fierens, Directrice van de Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) en voorzitter van het Observatorium voor chronische ziekten

“ Ik heb in naam van de LUSS deelgenomen aan de KCE-raadplegingen van stakeholders voor de position paper over de organisatie van de zorg voor chronisch ziekten. Ik zat eerst in de stuurgroep waarin vooral de toegepaste methodologie werd besproken en later, toen de inhoud werd voorgesteld, heb ik de standpunten van de patiëntenorganisaties naar voor gebracht.

Het Observatorium voor chronische ziekten ging effectief van start in mei 2012, maar het KCE kon pas zijn eerste resultaten aan ons voorleggen in oktober. De tijd die de leden kregen om te reageren was erg beperkt, maar de door het Observatorium geformuleerde opmerkingen werden goed in het document geïntegreerd.

De twee overkoepelende patiëntenorganisaties, LUSS en VPP (Vlaams Patiënten Platform) worden steeds vaker geraadpleegd over het gezondheidsbeleid. Op zich is dat een waardevolle evolutie: we vechten al 12 jaar opdat de stem van de patiënten zou worden gehoord. Eindelijk komt die erkenning er. Het is inderdaad belangrijk dat bij vragen over het gezondheidsbeleid rekening wordt gehouden met de realiteit van het terrein - niet alleen van de gebruikers en de zieken, maar ook van de artsen, verpleegkundigen, thuiszorg,...

Wij zijn dus heel blij dat het KCE ons uitnodigt en raadpleegt,... maar er is nog wel ruimte voor verbetering in de manier waarop dit plaatsgrijpt. De voorwaarden om ons een kritische, en toch constructieve rol te laten spelen, waren tot nu toe zeker niet vervuld. Toch willen wij onze rol als woordvoerder van de patiënten volledig op ons nemen en wij willen niet dat onze deelname alleen maar als een alibi wordt gebruikt!

Voor de position paper moest alles zeer snel gaan. De tijd die we kregen om ons advies te formuleren over een tussenversie van het rapport - die trouwens in het Engels was!! - was erg kort. Te kort om de mensen te consulteren die wij vertegenwoordigen en van wie wij het standpunt moeten vertolken.

De vergadering waarop deze adviezen werden samengebracht en waarop alle stakeholders aanwezig waren, was ook veel te kort. Teveel partijen moesten hun visie geven. Daardoor waren onze opmerkingen minder goed opgebouwd en genuanceerd dan we hadden gewild. Als we meer voorbereidingstijd hadden gekregen, hadden we meer opbouwend te werk kunnen gaan en meer ideeën naar voor kunnen brengen.

We zullen uiteraard nog kunnen reageren op de beleidsmaatregelen die zullen worden genomen

als gevolg van deze position paper en wij willen hierbij zeker proactief te werk gaan. Voor de toekomst vragen wij wel een samenwerking in correcte omstandigheden, zowel wat termijn als werktal betreft. Wij willen onze basis effectief kunnen raadplegen en hun standpunten weergeven. Maar korte termijnen maken dit zo goed als onmogelijk.

Daarnaast is het vaak erg moeilijk voor de patiënten en voor de mensen van het terrein om de nuances van een uitgebreid rapport in het Engels goed te begrijpen. Voor wetenschappers is deze taal misschien een werktal, maar dat geldt niet voor anderen. Kortom, we zijn opgetogen over het toenemende belang dat men hecht aan de deelname van patiënten, maar we vinden dat er moet gewaakt worden over de omstandigheden van deze deelname, zodat de patiënten niet ontmoedigd worden. Vergeet niet dat de verenigingen die we raadplegen steunen op vrijwilligerswerk.”





GOOD CLINICAL PRACTICE

› ...ondersteunen en kaderen van de medische praktijk

Het KCE heeft als taak de gangbare medische praktijk kritisch te toetsen aan bestaande richtlijnen en recente wetenschappelijke bevindingen. Daarnaast moeten richtlijnen regelmatig worden aangepast aan de steeds evoluerende wetenschappelijke kennis. Dit alles zonder de professionele autonomie van de arts in het gedrang te brengen, een delicate evenwichtsoefening. Voor deze projecten werkt het KCE meestal samen met andere Belgische en internationale wetenschappelijke organisaties.

Ook in 2012 besteedde het KCE ruime aandacht aan kanker. Naast richtlijnen over de opsporing en de behandeling, bekeek het ook de ondersteunende therapieën bij de behandeling van kanker. Zo ging het na of het opportuun is om borstkankerscreening uit te breiden naar vrouwen tussen 70 en 74 jaar. Verder zorgde het voor een update van de klinische richtlijnen voor de behandeling van slokdarm-, maag- en borstkanker. Tenslotte onderzocht het of oefentherapie tijdens of net na de behandeling met chemotherapie en/of bestraling een bewezen nut heeft, en hoe bijwerkingen van kankerbehandeling kunnen worden voorkomen en behandeld.

In een heel ander domein ging het KCE ook na of gezonde wijsheidstanden preventief moeten verwijderd worden, om latere problemen te voorkomen.

Hierna vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2012 publiceerde op vlak van Good Clinical Practice. Op de website van het KCE (www.kce.fgov.be) vindt u de volledige versie van deze rapporten.



UITBREIDING BORSTKANKERSCREENING NAAR VROUWEN 70-74: VOORDEEL NIET BEWEZEN

De screening voor borstkanker is bedoeld voor gezonde vrouwen die geen klachten of specifieke vragen hebben, en die dus niets verdachts hebben opgemerkt, zoals bv. een knobbeltje. De bedoeling van de screening is vooral om het aantal sterfgevallen door borstkanker te verminderen. Het is belangrijk dat de risico's en ongemakken zo veel mogelijk worden beperkt, en dat de screening meer voordelen dan nadelen biedt.

MOGELIJK VOORDEEL: 13 LEVENSJAREN WINST PER 1000 GESCREENDE VROUWEN

Vandaag worden de Belgische vrouwen van 50 tot 69 jaar uitgenodigd om zich gratis te laten screenen op borstkanker. Door de stijgende levensverwachting stelt zich nu de vraag of dit georganiseerde screeningsprogramma moet worden uitgebreid naar vrouwen van 70 tot 74 jaar. Er zijn 4 landen binnen de EU die dit voorzien: Frankrijk, Nederland, Spanje en Zweden. De onderzoekers stelden vast dat de uitbreiding van de screening ervoor zou zorgen dat per 1000 gescreende vrouwen van 70 tot 74 jaar, 13 levensjaren zouden worden gewonnen.

Hoe hoger de leeftijd, hoe minder overlijdens borstkanker veroorzaakt. Bij de groep van 60 tot 64 jaar is borstkanker de oorzaak van 13% van de sterfgevallen. Tussen 70 en 75 jaar is dat nog 6%. Op die leeftijd is het aantal sterfgevallen bij

vrouwen door kanker (inclusief borstkanker) en door hartaandoeningen praktisch gelijk, en zijn ze elk verantwoordelijk voor meer dan een derde van alle overlijdens.

MOGELIJKE NADELEN: 'VALS ALARM' EN OVERDIAGNOSE

Bij borstkankerscreening zijn er 3,5 tot 10% 'vals positieve' resultaten. Bij een vals positief resultaat is er aanvankelijk een vermoeden van kanker. Pas na aanvullende onderzoeken (bv. biopsie), wordt er vastgesteld dat het vals alarm is. Maar die geruststelling komt gemiddeld pas na 45 dagen wachttijd. Dit zorgt voor veel angst en ongerustheid, naast onnodige onderzoeken en ingrepen die zo'n vals positief resultaat met zich meebrengt.

Daarnaast evolueren sommige kankers zo langzaam dat ze, zelfs zonder behandeling, geen invloed hebben op de gezondheid. Door screening worden ook deze kankers opgespoord en behandeld. Bij vrouwen van 70 tot 74 is dit risico van 'overdiagnose' en overbehandeling groter omdat hun kanker vaker traag evolueert en omdat hun levensverwachting kleiner is dan bij de vrouwen van 50 tot 69. De kans dat ze overlijden voor hun kanker zich manifesteert is groter.

Zowel vals positieve resultaten als overdiagnose kunnen de levenskwaliteit van de betrokken vrouwen aanzienlijk aantasten.

CONCLUSIE: UITBREIDING NAAR 70-74 NIET AANBEVOLEN

Het doel van een screening is het verbeteren van het welzijn van de bevolking door voortijdige overlijdens te verminderen. Het uitbreiden van de screening naar 70-74 jaar zou wel enkele levensjaren op duizenden gescreenden opleveren, maar op basis van realistische schattingen qua vals positieven en overdiagnose is een netto verlies van levenskwaliteit niet uitgesloten. In deze omstandigheden raadt het KCE af om het georganiseerde screeningsprogramma uit te breiden naar 70-74-jarigen.

WAT ALS IEMAND VAN DIE LEEFTIJD OM EEN SCREENING VRAAGT?

Het is belangrijk dat de arts de vrouw goed informeert over de voordelen en de mogelijke ongemakken van een screening. Als de vrouw beslist om zich toch te laten screenen, moet de arts haar doorverwijzen naar een dienst die voldoet aan de Europese kwaliteitsvereisten: installaties die regelmatig worden gecontroleerd, een dubbele lezing, registratie, enz.

IMPACT

Het rapport werd in oktober 2012 voorgesteld op een colloquium in het Waals parlement, georganiseerd door het cdH ("Enjeux actuels de la prévention et du dépistage du cancer du sein").

In december 2012 werd Fadila Laanan, minister van de Franse gemeenschap van o.m. gezondheidszorg geïnterpelleerd in het parlement van de Franse Gemeenschap. Er was bezorgdheid over de verdeeldheid van de wetenschappers m.b.t. de organisatie en doelgroep van borstkankerscreening. Minister Laanan verbaasde zich over het verzoek onafhankelijke studies te laten uitvoeren, om zo de meningsverschillen tussen de experts op te lossen. Ze voegde er aan toe: "Ik beschouw het KCE als een ernstige en onafhankelijke organisatie. Net zoals mijn collega's van de andere gemeenschappen baseer ik mijn beslissingen op Europese aanbevelingen en op de KCE-rapporten."

Jo Robays, arts onderzoeker:
“Een onzekere en alleszins beperkte winst in termen van levensverwachting moet afgewogen worden tegen een verlies aan levenskwaliteit door onnodige bijkomende onderzoeken en borstamputaties.”



NIEUWE EVOLUTIES BIJ DE AANPAK VAN SLOKDARM- EN MAAGKANKER

Jaarlijks sterven in België ongeveer 1500 mensen aan slokdarm- of maagkanker. Slechts 1 op 5 mensen bij wie slokdarmkanker wordt vastgesteld zal na 5 jaar nog in leven zijn. Slokdarmkanker is daarmee één van de meest agressieve kankers. Chirurgie biedt zowat de enige kans op genezing. Een groot deel van de patiënten valt echter terug op een palliatieve behandeling. Vier jaar na het ontwikkelen van de eerste praktijkrichtlijn voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker ontwikkelden het KCE en het College voor Oncologie een update.

AANPASSEN VAN RICHTLIJN VAN 2008 AAN LAATSTE EVOLUTIES

Het wetenschappelijk onderzoek staat niet stil, en sinds 2008 hebben er zich belangrijke evoluties voorgedaan in de aanpak van de ziekte. Het was dus tijd om de richtlijn bij te werken, samen met onderzoekers van het terrein. In een volgende fase zullen bovendien kwaliteitsindicatoren worden opgesteld, zodat de kwaliteit van de zorg, die hooggespecialiseerd is, voortdurend kan worden gemeten en opgevolgd.

CHEMOTHERAPIE (MAAG), GECOMBINEERD MET RADIOTHERAPIE (SLOKDARM), NUTTIG VÓÓR OPERATIE

Er is nu meer wetenschappelijk bewijs dat een gecombineerde chemo- en radiotherapie bij slokdarmkanker en chemotherapie bij maagkanker nuttig zijn voordat een operatie wordt uitgevoerd. Een multidisciplinaire benadering in elk stadium

van het behandeltraject, waarbij maagdarmspecialist, chirurg, oncoloog, radiotherapeut, radioloog, patholoog en huisarts samenwerken, blijft van cruciaal belang.

Het KCE pleit ook voor een behandeling in gespecialiseerde centra met ervaring in de aanpak van dit soort kankers dankzij een hoog volume van activiteit in dit domein.

Joan Vlayen, arts onderzoeker:

“Het ontwikkelen of updaten van dergelijke richtlijnen lijkt meer en meer routine te worden.

Toch blijft het steeds nodig de literatuur grondig uit te spitten en nadien de koppen bij elkaar te steken om uit te komen bij relevante aanbevelingen. Gelukkig kunnen we hiervoor steeds beroep doen op een groep van gemotiveerde klinische onderzoekers.”



ONDERSTEUNENDE THERAPIE BIJ KANKER

Zware kankerbehandeling: geen reden om lichaamsbeweging te staken

Kankerpatiënten moeten vaak een zware behandeling ondergaan. Om deze moeilijke periode draaglijk te maken, bestaan er ondersteunende interventies zoals pijnbestrijding, psychosociale ondersteuning, verzachting van nevenwerkingen en oefentherapie. Het KCE gaat in een reeks van 4 rapporten na welke van deze interventies een wetenschappelijk bewezen nut hebben, en dit voor alle kankertypes. Twee van deze rapporten werden al in 2012 gepubliceerd. In de twee volgende rapporten, die verwacht worden in 2013, worden de psychologische ondersteuning en de behandeling van kankerpijn bestudeerd.

In een eerste rapport nam het KCE oefentherapie tijdens of net na de behandeling met chemotherapie en/of bestraling onder de loep.

WAT IS OEFENTHERAPIE?

Met oefentherapie wordt elk type lichaamsbeweging bedoeld, die regelmatig en gedurende een bepaalde tijd wordt uitgevoerd. Het gaat om wandelen, fietsen, zwemmen, of fitness, maar het kunnen ook oefeningen zijn die onder begeleiding van een therapeut werden opgestart, en die daarna individueel door de patiënt worden voortgezet.

EFFECT NIET BEWEZEN, MAAR OOK GEEN GEVAAR VOOR DE PATIËNT

Voor de meeste kankertypes werd er geen betrouwbaar wetenschappelijk bewijs gevonden dat oefen-



therapie gunstiger zou zijn voor de levenskwaliteit, de vermoeidheid doet afnemen of het uithoudingsvermogen van de patiënt verbetert. Anderzijds werd er ook geen negatief effect vastgesteld, en blijkt lichaamsbeweging niet gevaarlijk voor de kankerpatiënt. Door het gebrek aan betrouwbaar bewijsmateriaal pleit het KCE wel voor het opzetten van grote, kwaliteitsvolle studies.

Er is dus geen reden om aan te nemen dat de algemene raad om veel te bewegen niet zou gelden tijdens een zware kankerbehandeling. Mensen onder chemotherapie of radiotherapie hoeven dus niet te stoppen met fietsen of wandelen met de hond tijdens hun behandeling, als zij er zich beter door voelen.

Joan Vlayen, arts onderzoeker:
“ Bij de start van dit project hadden we gehoopt te kunnen eindigen met zeer specifieke aanbevelingen. De beschikbare literatuur liet ons dat jammer genoeg niet toe. Dat neemt natuurlijk niet weg dat we een aantal belangrijke boodschappen konden meegeven.”



Bijwerkingen kankerbehandeling: noodzakelijk kwaad of te vermijden?

In zijn tweede rapport over ondersteunende zorg voor kankerpatiënten onderzocht het KCE hoe bijwerkingen van kankerbehandeling kunnen worden voorkomen en behandeld. Mensen bij wie een kwaadaardig gezwel wordt gevonden voelen zich in het begin vaak niet ziek of hebben weinig of geen last. Maar wanneer bestraling of chemotherapie wordt gestart kunnen ze door de onaangename bijwerkingen ervan volledig van de kaart zijn. Naast het bekende haarverlies kunnen ze ook te kampen hebben met afters in de mond, huidproblemen, misselijkheid, zenuwproblemen (tintelingen en een ‘voos’ gevoel in handen en voeten), een verhoogd risico op infecties, enz. Het gaat vaak om ernstige, soms zelfs levensbedreigende complicaties, die de levenskwaliteit behoorlijk kunnen aantasten.

Voor een aantal van deze bijwerkingen hadden zorgverleners tot nu toe geen goed beeld van wat werkt om ze tegen te gaan. Het KCE focuste op deze laatste, en bekeek de doeltreffendheid van een aantal preventieve maatregelen en behandelingen in de wetenschappelijke literatuur. Vervolgens formuleerde het aanbevelingen voor zorgverleners die betrokken zijn bij de ondersteunende zorg van kankerpatiënten, zoals oncologen, radiotherapeuten, chirurgen, huisartsen, enz.

VEEL PRAKTIJKEN NIET WETENSCHAPPELIJK ONDERBOUWD

Heel wat courante praktijken om bijwerkingen te voorkomen of te behandelen blijken niet onder-

steund door sterke wetenschappelijke ‘evidence’. Zo is er geen bewijs dat voetbaden na chemotherapie en huidcrèmes na bestraling huidproblemen kunnen voorkomen of behandelen. Daarnaast worden o.a. sommige mondspoelingen met een actief geneesmiddel tegen mondschimmels en -afters, calcium-en magnesiuminfusen bij zenuwproblemen en het gebruik van medische cannabis tegen braken niet aanbevolen.

IJSBLOKJES, ANTIBIOTICA, IMMODIUM™ EN GENEESMIDDELEN OM MISSELIJKHEID TE VOORKOMEN HELPEN

Er werd voldoende sterk bewijs gevonden dat men ernstige infecties met antibiotica kan voorkomen of succesvol behandelen bij bepaalde patiënten, en dit best buiten of zo kort mogelijk in het ziekenhuis. Loperamide, beter bekend onder de merknaam Imodium™, helpt bij diarree ten gevolge van chemo- of radiotherapie, en er zijn goede studies die dit gebruik staven. Dat geldt ook voor de geneesmiddelen die momenteel oraal en via infuus worden toegediend om misselijkheid te voorkomen. Ijsblokjes in de mond worden sterk aanbevolen om afters te vermijden.

MEER ONDERZOEK GRAAG

De wetenschappelijke studies zijn echter schaars, moeilijk te vinden en niet altijd van goede kwaliteit. Het is enigszins begrijpelijk dat onderzoekers en de industrie veel investeren in het vinden en testen van nieuwe kankermedicijnen. Toch zou er meer

aandacht moeten worden besteed aan de onaangename bijwerkingen van deze behandelingen, ook nadat het geneesmiddel op de markt werd gebracht, zodat ook de levenskwaliteit kan verbeteren.

DUIDELIJKE EN VOLLEDIGE INFORMATIE VOOR EN TIJDENS DE BEHANDELING

Voordat ze hun toestemming geven voor de behandeling die hen wordt voorgesteld, zouden patiënten duidelijk en volledig moeten worden geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen, de alternatieven en de financiële gevolgen van deze therapie. Ook tijdens de behandeling moeten ze gemakkelijk informatie kunnen vinden en krijgen over preventieve maatregelen en ondersteuning.



Leen Verleye, arts onderzoeker:

“ Kankerbehandelingen zoals chemotherapie en radiotherapie zijn meer en meer succesvol als het gaat om genezing en overleving. Daarom wordt de kwaliteit van leven tijdens, maar ook na de behandeling steeds belangrijker.

Het onderwerp van dit rapport, het voorkomen en behandelen van de bijwerkingen van een kankerbehandeling, kon dan ook op grote interesse rekenen van zowel artsen als patiënten. Het betrekken van patiënten bij het formuleren van de aanbevelingen bleek een meerwaarde voor het project. Zo wezen zij op het belang van tijdige en duidelijke informatie voor de patiënt, de nood aan laagdrempelige hulp wanneer bijwerkingen optreden en vroegen zij ook voldoende aandacht voor de financiële gevolgen van kankerbehandelingen.”

GEZONDE WIJSHEIDSTANDEN: TOCH TREKKEN?

Verstandskiezen, ook wel wijsheidstanden genoemd, breken gewoonlijk door tussen 18 en 24 jaar. Als er tekenen zijn van pathologie, zoals ernstig tandbederf, cystes of herhaaldelijke ontstekingen van de omliggende weefsels, worden ze best verwijderd. Daarover bestaat weinig of geen discussie.

ARGUMENT PREVENTIEVE VERWIJDERING: INGREEP WORDT COMPLEXER NAARMATE MEN OUDER WORDT

Maar moeten verstandskiezen bij iedereen preventief verwijderd worden als er geen problemen zijn, of als er een orthodontische behandeling wordt uitgevoerd? Voorstanders voeren aan dat het beter is de tanden te verwijderen op jonge leeftijd, omdat dergelijke ingreep op latere leeftijd complexer wordt.

Andere argumenten zijn: voorkomen dat de kiezen tegen andere tanden ‘duwen’, andere verstandskiezen meteen mee verwijderen als er één zieke verstandskies moet worden getrokken, en algemeen, het feit dat verstandskiezen toch geen nut zouden hebben. Voor geen enkel van deze argumenten bestaan er goede wetenschappelijke bewijzen.

PIJNLIJKE INGREEP MET RISICO OP INFECTIES EN BESCHADIGING VAN ZENUW EN AANGRENZENDE TAND

Het laten trekken van verstandskiezen is nochtans geen pretje. De ingreep veroorzaakt vaak pijn en zwelling. De meest voorkomende complicaties

zijn infecties, beschadiging van de zenuw met een tijdelijk of blijvend doof gevoel aan de lip of tong als gevolg, of beschadiging van de aangrenzende tand. Er zijn ook een aantal meer zeldzame, maar wel ernstige complicaties mogelijk, zoals een breuk van de kaak.

INGREEP BIJ GEZONDE BEVOLKING OM EVENTUELE TOEKOMSTIGE PROBLEMEN TE VERMIJDEN?

We hebben hier dus te maken met het klassieke dilemma dat telkens bij preventie opduikt. Ga je bij een gezonde bevolking (vrij beperkte) ongemakken en kosten veroorzaken om voor enkelen toekomstig (en mogelijk meer ernstig) leed te vermijden? Sommige tandartsen en stomatologen, die voortdurend geconfronteerd worden met zieke verstandskiezen, zijn geneigd om voor deze preventieve aanpak te kiezen.

Marijke Eyssen, arts onderzoeker:

“ Het preventief verwijderen van gezonde wijsheidstanden is in westerse landen een goed ingeburgerde praktijk. Daarom is het opmerkelijk dat er maar weinig wetenschappelijke studies bestaan over dit onderwerp. Bovendien zijn deze studies zwak van kwaliteit.

Elke preventieve behandeling richt zich per definitie op een grote groep gezonde mensen, met de bedoeling om bij enkelen van hen later grotere problemen te voorkomen. Dat is natuurlijk slechts verantwoord indien het vermijden van de problemen bij die enkelingen opweegt tegen de ongemakken en mogelijke complicaties veroorzaakt bij de grote groep mensen die men aan de preventieve behandeling blootstelt.”

Maar wat ze in de dagelijkse praktijk niet te zien krijgen, zijn al die mensen bij wie uiteindelijk geen problemen optreden. Is het dan beter om gezonde tanden te laten waar ze zijn, ze op te volgen en pas in te grijpen als het nodig is? Het KCE keek naar de bestaande wetenschappelijk bewijzen om hierover aanbevelingen te formuleren.

GEEN WETENSCHAPPELIJK BEWIJS OM PREVENTIEF VERWIJDEREN AAN TE BEVELEN

Wetenschappelijk bewijsmateriaal van goede kwaliteit over dit onderwerp is schaars. Toch blijkt het verwijderen van verstandskiezen om te voorkomen dat ze tegen de andere tanden duwen, scheefstand van de voorste tanden niet te kunnen verbeteren of voorkomen. Daarnaast bestaat er onvoldoende bewijs dat het systematisch verwijderen van gezonde verstandskiezen meer voordelen biedt dan ze ongemoeid te laten en verder op te volgen.



Om die reden, en op basis van het welbekende principe in de geneeskunde “primum non nocere” (in de eerste plaats geen schade berokkenen) pleitte het KCE ervoor om deze ingreep niet systematisch op gezonde verstandskiezen uit te voeren.

Verder raadde het aan om een patiëntenbrochure op te stellen met duidelijke en evenwichtige informatie over de mogelijke gunstige effecten, risico’s en kosten verbonden aan het preventief verwijderen van gezonde verstandskiezen.

IMPACT

Het KCE maakte een reportage over dit onderwerp, die o.m. werd overgenomen door het tv- journaal van de RTBF. De reportage kan nog steeds worden gedownload van de KCE-website en kan worden gebruikt, mits bronvermelding.

Het rapport kreeg zeer veel persaandacht en lokte veel reacties uit in de pers, bij de beroepsverenigingen van tandartsen en stomatologen, en bij individuele zorgverleners die uit eigen naam hun mening lieten weten. De discussies waren verhit, met zowel hevige tegenstanders, als uitgesproken voorstanders.

Enkele onderwijsinstellingen lieten weten dat zij de KCE-aanbevelingen zouden opnemen in hun programma. Het blijft afwachten in hoeverre de aanbevelingen ook daadwerkelijk opgepikt zullen worden op het terrein.





HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

› ...wat is de meerwaarde van een (nieuwe) technologie of behandeling?

In het kader van een HTA wordt nagegaan of een technologie of product veilig en werkzaam is. Het is evident dat het niet schadelijk mag zijn. En bij de patiënt moet er een verbetering merkbaar zijn in vergelijking met geen of met de standaardbehandeling. Daarnaast wordt de kosteneffectiviteit van de technologie of behandeling gemeten. Hierbij gaan de onderzoekers na of de gezondheidswinst in verhouding staat tot de kostprijs, m.a.w. of de technologie of behandeling een betaalbare meerwaarde biedt.

In 2012 bestreken de HTA-studies van het KCE heel uiteenlopende domeinen. Enerzijds waren er ‘klasieke’ HTA’s: over neuromodulatie bij pijnbestrijding, en over katheter-ablatie van voorkamerfibrillatie. Daarnaast waren er ook meer methodologische studies: richtlijnen voor economische evaluaties en analyses over budgetimpact, en een handleiding voor de prijsbepaling van ziekenhuisinterventies.

Hierna vindt u een overzicht van de HTA-studies die het KCE in 2012 publiceerde. Op de website van het KCE (www.kce.fgov.be) vindt u de volledige versie van deze rapporten.



KATHETER-INGREEP VOOR GOEDAARDIGE HARTRITMESTOORNISSEN: MINDER DOELTREFFEND DAN GEHOOPT

Voorkamerfibrillatie (VKF) is een vaak voorkomende ritmestoornis. Ze komt voor bij 5 op 1000 vijftigers, maar wordt frequenter met de leeftijd: meer dan 10% van de 80-plussers hebben VKF.

VKF mag niet worden verward met ventrikelfibrillatie, een andere, veel gevaarlijkere hartritmestoornis. Deze stoornis kreeg recent veel aandacht door het plotse overlijden van voetballers tijdens een wedstrijd. Het meest gevreesde probleem van VKF is beroerte, vooral bij bejaarden of bij mensen die ook nog andere hartproblemen hebben (hartfalen, klepletsels, hoge bloeddruk) of die lijden aan suikerziekte. Gelukkig kunnen bloedverdunners bij hen het risico op beroerte verminderen.

Bij jongere mensen brengt VKF meestal geen risico met zich mee. Ze kan wel ongevaarlijke, maar toch hinderlijke klachten veroorzaken, zoals hartkloppingen of snelle vermoeidheid. Geneesmiddelen kunnen doorgaans deze klachten voldoende intomen, maar bij sommige mensen werken ze minder goed. Voor hen bestaat sinds een tiental jaar de katheter-ablatie, waarbij via de lies een katheter in het hart wordt ingebracht, om de zones die VKF veroorzaken weg te branden. Het KCE bekeek deze ingreep van naderbij.

VERDUBBELING AANTAL KATHETER-ABLATIES: NOCHTANS NIET ZONDER RISICO

In België verdubbelde het aantal katheter-abloaties voor VKF de laatste jaren (2100 in 2010). Het is een

complexe ingreep die een grote expertise vraagt. In 1 tot 3% van de gevallen kunnen levensbedreigende complicaties optreden. Ongeveer 1 op 20 patiënten krijgen te maken met complicaties die een zieken-



huisopname en eventueel een bijkomende operatie vereisen. De ingreep, die bijna 10.000€ kost, wordt voor de patiënt volledig door het RIZIV terugbetaald.

HELFT PATIËNTEN HERVALT 2 JAAR NA DE INGREEP

Uit de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap konden de onderzoekers afleiden dat de helft van de ruim 800 VKF- patiënten die in 2008

in België de ingreep ondergingen, na 2 jaar reeds hervallen was. Een tegenvallend resultaat voor een ingreep die zoveel kost en een aantal ernstige risico's inhoudt.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat katheter-ablatie voor VKF het beste resultaat geeft om symptomen te bestrijden bij jonge mensen zonder andere hartproblemen, en bij wie medicatie de symptomen onvoldoende onder controle kan houden. Het helpt veel minder bij ouderen en patiënten met hartfalen. Tot nu toe is niet aangetoond dat een succesvolle katheter-ablatie het optreden van beroerte kan voor-

komen of het gebruik van bloedverdunners onnodig zou maken. Ook bij mensen met lang bestaande VKF heeft de ingreep minder kans op een blijvend succes.

TERUGBETALING EN INGREEP BEPERKEN

Het KCE beval dan ook aan om de terugbetaling van katheter-ablatie te beperken tot het type patiënten waarbij is aangetoond dat de ingreep de grootste kans op slagen heeft. Ook moeten de resultaten van de ingreep in ons land beter in kaart worden gebracht.

Daarnaast wordt de complexe ingreep het best beperkt tot ervaren artsen en ziekenhuizen. Momenteel wordt de ingreep in 30 Belgische ziekenhuizen uitgevoerd. Zes van hen voerden er in 2011 minder dan 50 per jaar uit. Zes andere instellingen deden er meer dan 100.

In een informatiebrochure moeten tenslotte de voor- en nadelen van de ingreep worden uitgelegd. Deze brochure zou vooraf verplicht aan de patiënt moeten worden overhandigd, met de nodige uitleg.

IMPACT

De studie kwam aan bod in het tv-journaal (VRT). Daarnaast presenteerde de projectleider het rapport op 2 Lokale Kwaliteitskringen (LOKs) van cardiologen en werd een publicatie aanvaard in Europace, een wetenschappelijk 'peer-reviewed' tijdschrift van de European Society of Cardiology.

Hans Van Brabandt, arts onderzoeker:

“ Het was zowel voor de interne als de externe onderzoekers die bij dit rapport betrokken waren een complete verrassing hoe weinig performant katheter-ablatie van voorkamerfibrillatie in België was.

Na verloop van 2 jaar bleek reeds de helft van de patiënten hervallen te zijn. Omdat onze cijfers gebaseerd zijn op administratieve gegevens blijft het koffiedik kijken wat de reden is van dit teleurstellende resultaat. Mogelijk was de selectie van patiënten niet strikt genoeg. Maar evengoed waren de resultaten van kleinere centra minder goed dan die van meer ervaren centra, waardoor deze de gemiddelde prestatie naar beneden trokken.”



PIJNBESTRIJDING DOOR RUGGENMERGSTIMULATIE (SCS) EN PIJNPOMPEN (IADP): ALLEEN ALS LAATSTE OPTIE

Patiënten met chronische pijn kunnen op verschillende manieren worden geholpen: met pijnstillers (analgetica), heekundige, psychische en fysische therapieën, maar ook met meer technische interventies, zoals neuromodulatie. Het KCE bestudeerde ruggenmergstimulatie en pijnpompen (IADP), twee types van neuromodulatie voor het bestrijden van ernstige chronische pijn.

Bij ruggenmergstimulatie (SCS-Spinal Cord Stimulation) wordt een apparaatje ingeplant dat elektrische impulsen naar het ruggenmerg stuurt. Pompen voor de intrathecale toediening van analgetica (IADP-Intrathecal Analgesic Delivery Pump), de zogenaamde ‘pijnpompen’, sturen pijnstillers rechtstreeks naar het ruggenmerg, vanuit een in het lichaam ingeplant reservoir.

MINDER INVASIEVE ALTERNATIEVEN EERST GEBRUIKEN

Het KCE onderzocht de wetenschappelijke literatuur. Het stelde vast dat ruggenmergstimulatie kan bijdragen tot het onderdrukken van hardnekkige pijn bij een ‘mislukte-rugoperatie-syndroom’, bij bepaalde chronische pijn in de ledematen (complex regionaal pijnsyndroom en ischemie) en in de borst (refractaire angina pectoris). Voor IADP is doeltreffendheid enkel aangetoond bij kankerpijn die niet meer anders kan behandeld worden.

De ingreep is betrekkelijk veilig. Af en toe worden incidenten gemeld die rechtstreeks verband hou-

den met de ingreep (infecties, bloedingen), of met de slechte werking van het systeem. Bij IADP kan dit ernstige ontwenningsverschijnselen tot gevolg hebben, en bij een acute overdosis zelfs levensbedreigend zijn.

Het wetenschappelijke bewijs van de werkzaamheid van de ruggenmergstimulatie en de pijnpompen is echter beperkt. Daarom raadde het KCE aan om de 2 technieken alleen te gebruiken als een laatste optie, nadat gebleken is dat minder invasieve alternatieven niet werken.

Bovendien zou de patiënt vooraf in een pijnkliniek door een multidisciplinair team van pijnspecialisten moeten worden geëvalueerd en langere tijd behandeld. Daarbij zou hij/zij moeten worden geïnformeerd over het zwakke bewijs m.b.t. de doeltreffendheid, het veiligheidsrisico en de eventuele noodzaak van een nieuwe ingreep op korte termijn. Bijvoorbeeld om de batterijen, die maar een levensduur van enkele jaren hebben, te vervangen.

REGELS VOOR TERUGBETALING VAAG EN NIET AFGESTEMD OP WETENSCHAPPELIJKE ‘EVIDENCE’

In 2009 bedroegen de RIZIV- uitgaven voor beide ingrepen samen ongeveer 12,5 miljoen €. Het RIZIV betaalt de ingrepen terug bij ‘neuropathische pijnen’, pijnen veroorzaakt door beschadigingen aan

het zenuwstelsel. Deze term is vaag en bovendien is er weinig samenhang met het wetenschappelijk bewijs. Zo zijn de indicaties voor terugbetaling van SCS en IADP dezelfde en wordt terugbetaling voor complex regionaal pijnsyndroom (hardnekkige pijn in arm of been) expliciet uitgesloten. Een aanpassing van de regels in nauw overleg met pijnspecialisten is dus nodig. Ook geen van onze buurlanden heeft trouwens een compleet duidelijke regelgeving.

HOOG AANTAL RUGGENMERGSTIMULATIES DOOR HOOG AANTAL (MISLUKTE) RUGOPERATIES?

Het jaarlijks aantal SCS-implantaten steeg van minder dan 700 (2002) tot ongeveer 900 (2009). Met minder dan 200 per jaar bleef het aantal IADP-implantaten dan weer stabiel. Ongeveer 60% van de patiënten is een vrouw, en gemiddeld gaat het om vijftigers.

In België worden opvallend meer neuromodulatie-implantingen uitgevoerd dan in onze buurlanden. Ook tussen de regio’s en de ziekenhuizen zijn er grote verschillen. De meeste ingrepen gebeuren in Vlaanderen, en dan vooral in Oost-Vlaanderen.

Volgens specialisten is pijn na een mislukte rugoperatie in België de belangrijkste reden voor het gebruik van neuromodulatie. Uit eerdere studies blijkt dat het aantal rugoperaties in België hoger ligt dan in de buurlanden, waardoor er ook relatief meer



problemen kunnen optreden door een mislukte rugoperatie, waarbij de patiënt nog steeds hevige rugpijn heeft. Dit zou mee het hoge aantal neuromodulatie-ingrepen kunnen verklaren, maar de weinig specifieke patiëntengegevens van de ziekenhuizen konden dit niet bevestigen of ontkennen. Alleszins worden best ook de indicaties voor rugchirurgie zelf opnieuw aan een kritisch onderzoek onderworpen.

IMPACT

Het rapport werd pas eind 2012 gepubliceerd, dus is de impact nog beperkt. Het werd al wel voorgesteld op het Nederlands-Belgisch congres over pijnbestrijding in Arnhem (Nederland) en aan een lokale kwaliteitskring (LOK) van anesthesisten in Sint-Niklaas.

De samenwerking tussen het KCE en het RIZIV zorgde ook voor een beter inzicht in de gegevens. Hieruit konden lessen getrokken worden voor het verbeteren van de data-kwaliteit, iets wat zeker nog nuttig zal zijn voor toekomstige analyses.



HOEVEEL KOST EEN ZORGPRESTATIE ECHT?

Meestal zijn het de beleidsmakers die de prijs van een zorgprestatie bepalen. Toch beschikken zij niet altijd over objectieve elementen om de bedragen voorgesteld door de zorgverleners of de ziekenhuizen te aanvaarden of te weigeren. Er bestaat een overvloed aan cijfermateriaal over ziekenhuiskosten, maar het is niet altijd eenvoudig om de reële kost van een bepaalde dienst te berekenen. De boekhoudkundige cijfers die de ziekenhuizen doorgeven zijn vaak te algemeen, moeilijk onderling te vergelijken en te laat beschikbaar.

Het KCE maakte daarom een handleiding voor de bepaling van de prijzen van ziekenhuisinterventies op basis van de reële kosten. De handleiding beschrijft de berekeningsmethoden, en ze geeft prijzen per tijdeenheid voor een verpleegkundige of een specialist, maar ook die van een spoedopname of van het gebruik van het operatiekwartier. Voor de eerste keer wordt er informatie over kosten samengebracht, die voordien confidentieel, zelfs onvindbaar was.

DE KOST VAN ZIEKENHUISPERSONEEL

De ziekenhuisboekhoudingen maken geen onderscheid tussen de kosten van medewerkers met gelijkaardige titels maar met niettemin zeer uiteenlopende activiteiten en competenties. Het KCE wendde zich daarom tot het Instituut Functieclassificatie, dat de kost van het ziekenhuispersoneel onderzocht en berekende op basis van een enquête, en indeelde in groepen van gelijkaardige functies. Zo bedraagt

bijvoorbeeld de uurkost van een verpleegkundige in een gipszaal 40,69€.

DE KOST VAN ARTSEN

De ziekenhuisrekeningen waren evenmin duidelijk over de kostprijs van een arts. Het KCE vroeg daarom de consultants van Deloitte om een geanonimiseerd onderzoek bij de ziekenhuizen uit te voeren, om zo de gemiddelde kost van een halve werkdag voor elk specialisme te bepalen. Vele ziekenhuizen weigerden om aan het onderzoek deel te nemen. Uiteindelijk waren er toch voldoende deelnemers (13 ziekenhuizen met een totaal van 1511 artsen) om een betrouwbare schatting te kunnen maken.

Het blijkt dat ziekenhuisartsen gemiddeld 460€ honorarium ontvangen voor een halve werkdag, na aftrek van de bedragen die zij afstaan aan het ziekenhuis voor kosten m.b.t. hun prestaties. De inkomens variëren wel heel erg naargelang specialisme en ziekenhuis.

DE KOST VAN ONDERSTEUNENDE DIENSTEN EN ALGEMENE ONKOSTEN

Sommige zorgprestaties gebruiken ondersteunende diensten, zoals het operatiekwartier en de centrale sterilisatie. Deze kosten werden berekend op basis van de boekhoudkundige gegevens die de ziekenhuizen aan de federale overheidsdienst Volksgezondheid bezorgden. Daarnaast zijn er nog de algemene kosten (verwarming, onderhoud, restaurant, administratie, ...) die 56,6% van de directe kosten, zonder de artsenkosten, vertegenwoordigen.

EEN NOG TE VERFIJNEN HANDLEIDING, DIE UP-TO-DATE MOET WORDEN GEHOUDEN

Met behulp van deze handleiding kan men sneller antwoorden op de vragen van de beleidsmakers en komt er meer samenhang tussen alle studies over dit onderwerp. De ziekenhuiskosten evolueren voortdurend, en niet alleen door indexverhogingen.

Als de handleiding niet regelmatig wordt herzien, dreigt ze achterhaald te worden. Het KCE zal deze taak op zich nemen en hoopt dat in de toekomst meer ziekenhuizen zullen meewerken aan het onderzoek.

IMPACT

Het rapport werd voorgesteld op een seminarie voor ziekenhuisdirecteuren, georganiseerd door de FIH (Fédération des Institutions hospitalières). Daarnaast werd het gebruikt in het kader van een opleidingscyclus voor algemene en financiële directies van ziekenhuizen, georganiseerd door het Studiecentrum Gezondheidszorg van Forcea NV.

Vermits het gaat om een methodologische studie wordt op beleidsniveau minder impact verwacht. Wel was er zeer veel belangstelling van de pers, het terrein en het grote publiek. En ook wat internetaandacht betreft, is het rapport een koploper: sinds zijn publicatie einde mei 2012 werd het al meer dan 1350 keer gedownload.



Nathalie Swartenbroekx, onderzoeker economische analyse:

“Aangezien er geen werkinstrument bestond om de ziekenhuiskosten te evalueren, hebben we beslist de nodige tijd te investeren in de ontwikkeling ervan. Dit laat ons toe kosten te evalueren op een gestandaardiseerde manier, waardoor de onderlinge vergelijkbaarheid van onze studies in de toekomst zal toenemen.”



TERUGBETALING VAN MEDISCHE INTERVENTIES: RICHTLIJNEN AANGEPAST VOOR MEER TRANSPARANTIE EN COHERENTIE IN DE BESLUITVORMING

Na vaak jarenlange investeringen in onderzoek wil de fabrikant dat zijn medische interventie zoveel mogelijk wordt gebruikt. Een medische interventie die wordt terugbetaald door het RIZIV heeft meer kans om de markt te veroveren dan een niet terugbetaald alternatief, vooral als het gaat over relatief dure producten. Daarom doet de fabrikant vaak een aanvraag tot terugbetaling aan het RIZIV.

Telkens moet het RIZIV het product of de medische interventie op basis van een aantal vragen beoordelen: heeft ze een therapeutische meerwaarde t.o.v. de bestaande behandelingen? Is er vraag naar vanuit de samenleving en/of medische wereld? Wat is de prijs en hoeveel daarvan wil de firma of de verstrekker terugbetaald zien? Wat zou de budgettaire impact zijn voor het RIZIV? Voor bepaalde geneesmiddelen met een aangetoonde therapeutische meerwaarde (klasse 1) wordt bovendien de vraag gesteld of ze hun geld waard zijn, of anders gezegd: zijn ze kosteneffectief? De bewijslast van die kosteneffectiviteit ligt bij de fabrikant.

De procedures die daarbij moeten worden gevolgd zijn duidelijk in de wet vastgelegd. De kwaliteitsvereisten van de aanvraagdossiers zijn minder duidelijk. Vooral de voorwaarden waaraan de analyses van de kosteneffectiviteit en de impact op het budget moeten voldoen, zijn vaag. Het gevolg: een gebrek aan transparantie en consistentie in de aanvragen en een

beperkte bruikbaarheid van die analyses voor de besluitvorming over terugbetaling.

Daarom stelde het KCE in 2008, samen met het RIZIV, 12 richtlijnen op voor kosteneffectiviteitsanalyses. Ze moeten worden gebruikt door de indieners van de terugbetalingsaanvragen voor klasse 1- geneesmiddelen, dus door de producenten.

Deze richtlijnen sommen de minimale vereisten op waaraan de aanvragen moeten voldoen inzake methodologie en rapportering. Deze richtlijnen worden vandaag veel gebruikt. Op basis van de ervaringen van de afgelopen jaren heeft het KCE ze nu herzien en aangevuld met richtlijnen voor het maken van analyses over budgetimpact. Deze aangepaste richtlijnen werden bovendien uitgebreid naar andere medische interventies dan geneesmiddelen, waaronder prothesen, implantaten, en andere medische diagnose- of behandelingstechnieken.

Het domein van de gezondheidseconomie evolueert continu. Daarom zullen deze richtlijnen regelmatig aangepast moeten worden aan nieuwe ontwikkelingen en inzichten. Alleen op die manier kunnen ze nuttig blijven.

IMPACT

De aangepaste richtlijnen werden alvast positief ontvangen door een aantal mensen die zich bezighouden

met economische evaluaties en analyses over budgetimpact. Er werd ons ook al gevraagd om bijkomende richtlijnen op te stellen om te kunnen antwoorden op bepaalde vragen van onderzoekers die deze richtlijnen toepassen. Die vragen gaan bijvoorbeeld over het gebruik van databanken die niet in de richtlijnen worden vermeld. Voor het KCE voldoende redenen om het rapport levend te houden en regelmatig bij te werken.

Nancy Thiry, onderzoeker economische analyse:

“De aanleiding om de richtlijnen voor economische evaluaties te actualiseren, was enerzijds de feedback die we kregen van externen (onderzoekers en evaluatoren) over de praktische moeilijkheden bij het toepassen van de bestaande richtlijnen en anderzijds onze eigen ervaringen hiermee. Bovendien was er vraag naar richtlijnen voor analyses over budgetimpact. Die waren nog niet opgenomen in de bestaande richtlijnen voor economische evaluatie. Het gaat hier duidelijk over een levend document, dat indien nodig zal worden aangepast in functie van methodologische/praktische evoluties in het vakgebied en de noden van de gebruikers.”





HEALTH SERVICES RESEARCH

› ...voor een betaalbare, toegankelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit

Hoe wordt een gezondheidsdienst het best georganiseerd en gefinancierd? Hoe houden we die dienst betaalbaar en toegankelijk? Hoe strookt dit met de doelen van de Belgische gezondheidszorg? Het zijn vragen waarop het KCE een antwoord zoekt in het HSR-onderzoeksluik.

In de position paper over chronische zorg en de studie over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren ging het KCE nog een stap verder. Er werd voor het eerst nagegaan hoe een volledig zorgsysteem kon worden georganiseerd. Naast een samenvatting van de 2 rapporten in dit hoofdstuk vindt u nog een interview van de KCE-auteurs op p. 13 en een beschrijving van de gevolgde methodologie op p. 22.

Daarnaast handelden de HSR-studies van het KCE over heel uiteenlopende onderwerpen, zoals de haalbaarheid van het bewaken van de vaccinveiligheid, de rol die de opsporing en de aanpak van schildklierkanker speelt bij de vastgestelde verschillen in incidentie, de vereenvoudiging van remgelden en hun bepaling in functie van de waarde van een dienst of product, de doeltreffendheid van 'stroke units' en de kritische doorlichting van daghospitalisatie.

Hierna vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2012 publiceerde in het domein van Health Services Research. Op de website van het KCE (www.kce.fgov.be) vindt u de volledige versie van deze rapporten.





CHRONISCHE ZORG VAN DE TOEKOMST ZET PATIËNT AAN HET STUUR

50 actiepunten voor een diepgaande hervorming van de gezondheidszorg

Dit rapport werd reeds uitvoerig besproken in het hoofdstuk “Het KCE breidt zijn werkterrein uit” (p 13-29). Vanaf p 13 kan u een interview lezen met twee KCE-auteurs van het rapport en met een aantal stakeholders die nauw betrokken waren bij de studie. Een beschrijving van de gevolgde methodologie vindt u op p 23. Hieronder vindt u een overzicht van de belangrijkste vaststellingen en aanbevelingen en van de impact van het rapport tot nu toe (februari 2013).

Volgens de gezondheidsenquête van het WIV uit 2008 zegt meer dan een kwart van de Belgische bevolking aan een chronische aandoening te lijden. Door de vergrijzing neemt ditaantal bovendien steeds toe. Veel voorkomende problemen zijn o.a. rugpijn, gewrichtsproblemen, hoge bloeddruk en diabetes. Bovendien verklaart een vierde van de Belgen dat hij/zij kampt met een geestelijk gezondheidsprobleem. In de meeste Europese landen gaat bijna 80% van het budget voor gezondheidszorg naar chronische zorg.

EEN CHRONISCHE AANDOENING KOMT ZELDEN ALLEEN VOOR

Chronische patiënten hebben niet zelden te kampen met meer dan één gezondheidsprobleem. Van de zeventigplussers lijdt 50 tot 70% aan minstens 2 chronische ziekten. Vaak gaat het om aandoeningen waarvan ze niet echt meer zullen genezen.

Toch is de gezondheidszorg vandaag nog erg gefrag-

menteerd en gericht op het genezen van één acuut gezondheidsprobleem, met een sterke aandacht voor specialistische en ziekenhuiszorg. Chronische zorg steekt hier schril tegen af: zij benadert de patiënten in de veelheid van hun problemen en noden, en is meer gericht op een zo goed mogelijk leven met, eerder dan genezen van de chronische aandoening(en).

POSITION PAPER MET 50 ACTIEPUNTEN

In 2008 werd het nationaal programma ‘Prioriteit aan de chronisch zieken’ gelanceerd. Dat programma legt sterk de nadruk op goede informatie en op de toegankelijkheid van de zorg. In een volgende stap vroeg de minister van Volksgezondheid het KCE om samen met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV een toekomstvisie voor de chronische zorg te ontwikkelen.

Het KCE bestudeerde de internationale, wetenschappelijke literatuur, en keek naar het werk dat in binnen- en buitenland rond chronische zorg al was gebeurd. Het betrof ook uitgebreid de mensen van het terrein, het beleid en de koepels van patiëntenverenigingen bij het onderzoek. Het resultaat: een position paper die meer dan 50 concrete acties voorstelt om de organisatie van de chronische zorg fundamenteel te hervormen.

EEN ZORGPLAN OP MAAT VAN DE PATIËNT, OPGESTELD EN GEVOLGD DOOR EEN MULTIDISCIPLINAIR ZORGTEAM

Chronische zorg moet gestuurd worden door een

zorgplan, opgesteld in samenspraak met de patiënt en de mantelzorger(s). Hierbij moeten niet alleen de medische, maar ook de psychologische en sociale behoeften en levensdoelen van de patiënt centraal staan. De doelstelling is de patiënt beter te laten functioneren, de levenskwaliteit te verhogen en hem/haar zoveel mogelijk in de thuisomgeving te houden. Dit zorgplan moet opgevolgd worden door een team van zorgverleners uit de eerste lijn (huisarts, thuisverpleegkundige, sociaal assistent, kinesitherapeut, apotheker,...).

GEDEELD ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER

Een gemeenschappelijk zorgplan en een gedeelde opvolging houdt in dat elke betrokken zorgverlener toegang krijgt tot alle nodige informatie uit het medisch dossier, uiteraard met een goede bescherming van de privacy van de patiënt. Deze kan trouwens ook zelf toegang verkrijgen tot zijn dossier, zoals voorzien in de patiëntenrechten. Dit alles is alleen mogelijk wanneer resoluut de stap gezet wordt naar een veralgemeend elektronisch dossier voor de chronisch zieke.

COÖRDINATIE DOOR HUISARTS EN/OF CASE MANAGER

Voor complexe aandoeningen werkt de huisarts ook vandaag al vaak samen met een informeel netwerk van lokale zorgverleners. Dit vraagt heel wat planning en coördinatie, eerder een managementtaak dan een medische. Die taak zou perfect kunnen ingevuld worden door een verpleegkundige of een maatschappelijk as-

sistent (een ‘case manager’), die het lokale zorglandschap goed kent, en zo bijdraagt tot een vermindering van de werklast van de huisarts.

HERVERDELING VAN DE TAKEN TUSSEN DE ZORG-VERLENERS KAN VOOR OPWAARDERING ZORGEN

In een aantal landen voeren ‘advanced practice nurses’, met een opleiding op universitair niveau, een aantal taken uit die in België tot het takenpakket van de huisarts behoren. Ook dit vermindert de werklast voor de huisarts, en het kan tegelijkertijd de aantrekkelijkheid van de betrokken beroepen verhogen. In België bestaat deze verpleegkundige functie niet. Een specifieke opleiding en erkenning zijn hiervoor nodig. Ook een aantal huidige taken van verpleegkundigen zoals hygiënische zorg kunnen op hun beurt worden gedelegeerd aan zorgkundigen.

NIEUWE BETALINGSVORMEN

Een nieuwe zorgorganisatie voor chronisch zieken moet samengaan met nieuwe manieren om zorgverstrekkers te vergoeden. Het huidige systeem, dat voornamelijk gebaseerd is op vergoedingen per prestatie, zet immers een rem op het uitvoeren van tijdrovende coördinatietaken en op het doorschuiven van taken naar andere teamleden. Het nieuwe betalingssysteem moet meer overhellen naar een globale financiering per chronische patiënt en het leveren van kwaliteitsvolle zorg belonen.

Voorzichtigheid blijft wel geboden: de financiering mag niet nog ingewikkelder worden dan ze vandaag al is, bijvoorbeeld voor patiënten met een complexe zorgvraag. Het is zaak om hervormingen stapsgewijs in te voeren en de effecten op de voet te volgen.

MEER ‘PATIENT EMPOWERMENT’

De oude, paternalistische aanpak, waar de patiënt passief zijn behandeling onderging, ligt ver achter ons. Toch kunnen er nog meer inspanningen worden gedaan voor het ‘empowerment’ van patiënten en hun mantelzorger(s) zodat ze zelf meer hun lot in handen kunnen nemen. Ze zouden tijdige, nauwkeurige en uitgebreide informatie moeten krijgen over de behandeling, de evolutie van de ziekte en de beschikbaarheid van diensten, zodat ze een volwaardige partner worden in het sturen van hun eigen zorg en gezondheid. De huisarts, maar ook ziekenfondsen en patiëntenverenigingen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.

De position paper bevat nog een hele reeks andere aanbevelingen die ons gezondheidszorgsysteem moet voorbereiden op de zorg voor het toenemend aantal chronisch zieken in onze samenleving.

IMPACT

Het rapport werd in de pers “het meest revolutionaire rapport van het KCE in zijn tienjarig bestaan” genoemd (De Standaard, 10 dec 2012). Het kreeg veel pers-aandacht, waaronder een interview met een van de auteurs op de radio. Ofschoon het pas einde 2012 werd gepubliceerd is het al een van de meest gedownloade rapporten van de KCE-website (meer dan 850 maal).

Maar zijn impact reikt verder. Momenteel zitten zorgverleners, beleids mensen en directies van instellingen samen in werkgroepen om concrete voorstellen te formuleren op basis van de aanbevelingen in het rapport. In het voorjaar van 2013 zal een nationale conferentie worden gehouden over chronische ziekten, waar de

position paper een belangrijke plaats zal innemen. Misschien kunnen er zelfs al concrete resultaten van de werkgroepen worden voorgelegd.

Op Europees niveau zal het rapport worden voorgesteld aan de werkgroep ‘Integrated care models and better hospital management’. De opdracht van deze werkgroep is het analyseren van methoden van zorgintegratie en ziekenhuismanagement binnen de Europese lidstaten om zo bij te dragen tot een betere performantie van de Europese zorgsystemen.

Dominique Paulus, senior arts onderzoeker:

“Deze position paper is een kleine stap voor het KCE, maar (hopelijk) een grote stap voor ons gezondheidszorgsysteem. Dit document plaatst de patiënt en zijn mantelzorger centraal, in het hart van het systeem. Dit vormt de hoeksteen van de heroriëntering naar gecoördineerde chronische zorgverlening. Deze vindt bij voorkeur plaats in de natuurlijke leefomgeving van de patiënt.

Er werden concrete suggesties gemaakt tot hervormingen in verschillende domeinen zoals kwaliteit van zorg, financiering en personeelsplanning. De samenwerking met de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het Observatorium voor chronisch zieken en de participatie van een honderdtal stakeholders (in het bijzonder patiëntenorganisaties) is een concrete toepassing van de wens van het KCE om stakeholders te betrekken bij de ontwikkeling van adviezen.”

KINDEREN EN JONGEREN MET MENTALE PROBLEMEN: SAMEN MET ALLE BETROKKENEN UIT DE SECTOR STELT HET KCE EEN AANTAL MAATREGELEN VOOR

Dit rapport werd reeds uitvoerig besproken in het hoofdstuk “Het KCE breidt zijn werkterrein uit” (p 13-29). Vanaf p 13 kan u een interview lezen met twee KCE-auteurs van het rapport en met een aantal stakeholders die nauw betrokken waren bij de studie. Een beschrijving van de gevolgde methodologie vindt u op p 23. Hieronder vindt u een overzicht van de belangrijkste vaststellingen en aanbevelingen en van de impact van het rapport tot nu toe (februari 2013).

Volgens de WGO (Wereld Gezondheidsorganisatie) kampt ongeveer 1 op 5 westerse kinderen en jongeren met psychische problemen. Ongeveer 1 op 20 zou een klinische behandeling nodig hebben. De helft van de mentale problemen bij volwassenen begint vóór de leeftijd van 14 jaar. Het is dus belangrijk dat een kind of jongere met mentale problemen tijdig wordt geholpen.

GROTE VERSNIPPERING KERN VAN HET PROBLEEM

Net zoals in de meeste westerse landen worstelt de Belgische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor minderjarigen met talrijke problemen, en er bestaat geen duidelijke visie over de oplossing. De wachtlijsten zijn lang en de vraag neemt steeds toe. Doordat er zoveel mensen en diensten bij het probleem betrokken zijn, is de sector erg versnipperd. Een aantal mislukte hervormingsinitiatieven hebben bovendien tot een zeker wantrouwen geleid. Het

KCE werd gevraagd om de problemen in kaart te brengen en voorstellen te doen voor de hervorming van het systeem.

METHODISCH BELUISTEREN VAN STAKEHOLDERS: EEN PRIMEUR

De onderzoekers brachten 66 verschillende stakeholders meerdere malen samen. De deelnemers kwamen niet alleen uit de sector van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg, maar ook uit het onderwijs, de welzijnssector en bijzondere jeugdzorg, de gehandicaptensector en de patiëntenverenigingen. In workshops en rondetafelgesprekken werd hun input volgens een welbepaalde methode verwerkt. Dat was een primeur voor deze sector.

Dr. Eric Schoentjes, afdelingshoofd van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het UZ Gent, was een van de deelnemers. “Het project heeft gezorgd voor nieuwe inzichten, vooral door de stapsgewijze aanpak. Belangrijk waren de diversiteit van de deelnemers, hun professionele ervaring en het feit dat ze verder keken dan hun eigen belangen of vooroordelen. Het project had immers geen onmiddellijke gevolgen voor henzelf of hun organisatie.”

De input van de deelnemers werd aangevuld met de bestaande wetenschappelijke literatuur. Zo kwamen

de onderzoekers uiteindelijk tot 10 grote beleidsaanbevelingen voor de hervorming van het GGZ-systeem voor kinderen en jongeren.

BIJKOMENDE CRISISOPVANG EN CORRECTE DOORVERWIJZING HET MEEST DRINGEND

Vooraf bijkomende crisisopvang is zeer dringend. Er zou best één centraal contactpunt bestaan dat continu bereikbaar is, en dat geen enkel kind of jongere weigert. Voor de dringende interventies zouden mobiele, multidisciplinaire teams op regionaal niveau kunnen worden opgericht, die met elkaar in contact staan en die het kind helpen in de eigen leefomgeving. Verder zouden een aantal plaatsen in dagcentra of ziekenhuizen moeten worden gereserveerd voor crisisopnames.

Daarnaast is er weinig coherentie bij het doorverwijzen naar de gespecialiseerde diensten. De indruk bestaat dat een jongere, die nu de juiste hulp krijgt, vooral geluk heeft gehad, terwijl een correcte doorverwijzing evident zou moeten zijn. Degenen die het eerst worden geconfronteerd met de mentale problemen van een jongere, zoals de school, de jeugdzorg, de politie, enz. krijgen best een basisopleiding om psychische problemen bij jongeren te herkennen en beter hun weg te vinden in de complexe sector van de GGZ. De opleiding van de huisartsen moet ook meer aandacht besteden aan kinderpsychiatrie.

PREVENTIE VERMINDERT MENTALE PROBLEMEN OP LANGE TERMIJN

De stakeholders waren ervan overtuigd dat preventie, opsporing en vroege interventie het aantal gezondheidsproblemen op latere leeftijd vermindert. Huisartsen, organisaties zoals Kind & Gezin en het CLB/PMS kunnen hierbij een grote rol spelen. Maar dan moeten wel hun bekwaamheden worden versterkt.

Claire Kagan, directrice van het Franstalige PMS van Woluwe, en deelnemer: “Wij moeten meer aan preventie doen, zonder hierbij stigmatiserend te werk te gaan. Op die manier kunnen we de jongere helpen bij het vinden van de juiste zorg in zijn of haar onmiddellijke omgeving.”

JONGEREN MET ERNSTIGE, MEERVOUDIGE MENTALE PROBLEMEN: DE ‘VERGETEN GROEP’

Er zijn ook jongeren met ernstige, meervoudige mentale problemen, die zware gedragsstoornissen en soms zelfs gewelddadig gedrag vertonen. Sommigen van hen zoeken geen behandeling of mijden dit zelfs. De stakeholders noemden hen ‘de vergeten groep’. Als ze uiteindelijk in zorginstellingen terechtkomen, schuiven deze vaak ‘de zwartepiet’ door, en verhuist de jongere van instelling naar instelling.

Voor deze groep kan gepersonaliseerde, mobiele en multidisciplinaire zorg in de eigen leefomgeving een oplossing zijn. Er bestaan wel al een aantal plaatselijke initiatieven, maar deze blijven te kleinschalig. Samenwerkingsverbanden en dienstverlening voor

deze jongeren moeten op grotere schaal worden uitgewerkt, met de juiste omkadering én middelen.

Dr. Eric Schoentjes: “Wij beseffen nu nog meer dat een goede samenwerking en overleg met de andere actoren in onze regio zeer belangrijk is om het hulpaanbod beter tot bij de kinderen en hun gezin te brengen.”

IMPACT

In juni 2012 besliste de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om een technische werkgroep samen te stellen en op te starten. De opdracht: de praktische uitwerking van de aanbevelingen uit o.a. het KCE-rapport. Deze werkgroep moet concrete maatregelen, een timing, een budget en wijzigingen aan relevante regelgeving voorstellen.

In december 2012 werd binnen dezelfde Interministeriële Conferentie de Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren ondertekend. Deze verklaring vermeldt de motieven, de uitgangspunten en de stappen in de ontwikkeling en de uitvoering van de hervorming.



Ze vormt de basis voor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid in het kader van de technische werkgroep.

Daarnaast was het rapport met bijna 1000 downloads een van de meest geconsulteerde rapporten van de KCE-website in 2012.

Koen Van den Heede, HSR onderzoeker:

“ Het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is al vele jaren versnipperd, en de lange wachtlijsten zijn een belangrijk probleem. De sector nam in het verleden al talrijke innoverende initiatieven om hieraan te verhelpen. Deze werden echter meestal te geïsoleerd en te lokaal uitgewerkt waardoor ze bijdroegen tot een verdere versnippering van het zorglandschap. Voor deze studie bracht het KCE stakeholders bijeen uit alle betrokken subsectoren. Zo werden door intens overleg de contouren geschetst van de hervormingen voor een meer gestroomlijnd en effectiever zorgaanbod.”



STIJGING KOSTEN DAGHOSPITALISATIE ZORGT NIET VOOR DALING KOSTEN KLASSIEKE ZIEKENHUISOPNAMES

Een opname in het ziekenhuis is meestal een ingrijpende ervaring. Veel patiënten verkiezen dan ook daghospitalisatie boven een klassieke opname. Ook de overheid heeft dat liever, omdat ze ervan uitgaat dat een daghospitalisatie minder duur is voor de gemeenschap, terwijl de veiligheid en de zorgkwaliteit dezelfde zijn. De uiteindelijke keuze hangt niet alleen af van wat medisch en technologisch mogelijk is, maar ook van de financiering en het wettelijk kader. Ook de sociale situatie en de voorkeuren van de patiënt spelen mee.

Op vraag van het RIZIV en de Christelijke en Socialistische ziekenfondsen bekeek het KCE de situatie van daghospitalisatie in België. Dit is de eerste studie die uitvoerig nagaat of financiering en regelgeving meer kosten of alleen een verschuiving van kosten tussen de zorgomgevingen veroorzaken.

TOENAME DAGHOSPITALISATIES MET MEER DAN 50%

Op 7 jaar tijd (tussen 2004 en 2010) steeg het budget voor alle hospitalisaties samen met gemiddeld 4% per jaar, van 4,13 naar 5,25 miljard €. Voor daghospitalisatie alleen stegen de jaarlijkse uitgaven met gemiddeld 4,5 %, van 307 naar bijna 400 miljoen €. Dit komt overeen met een stijging van het aantal daghospitalisaties met 53%.

Het aandeel van daghospitalisatie is vergelijkbaar met dat van andere West-Europese landen. Grote

uitzondering is de verwijdering van de galblaas via een kijkoperatie. In tegenstelling tot de meeste andere landen, gebeuren deze ingrepen in België (maar ook in Frankrijk en Nederland) nog zeer weinig in een dagziekenhuis. Het overgrote deel vindt nog plaats tijdens een klassieke ziekenhuisopname.

SOMMIGE INGEPEN IN DAGZIEKENHUIS ZORGEN VOOR DALING VAN KLASSIEKE HOSPITALISATIE...

De toename van daghospitalisatie werd mogelijk gemaakt door de technologische en medische vooruitgang, en door een aangepaste financiering en regelgeving. Hierdoor vinden ingrepen, die voordien in het klassieke ziekenhuis werden uitgevoerd, nu meer in het dagziekenhuis plaats. Voorbeelden hiervan zijn herstel van liesbreuk, spataderheelkunde, verwijdering van amandelen, enz. Als deze ingrepen in daghospitalisatie worden uitgevoerd, zorgt dit voor een evenredige daling in klassieke hospitalisatie.

...ANDERE NIET

De onderzoekers stelden daarnaast ook een toename van bepaalde ingrepen in dagziekenhuizen vast, die echter niet zorgden voor een daling van de klassieke hospitalisatie. Er zijn hiervoor verschillende redenen, maar in bepaalde gevallen lijkt een aanpassing van de financiering de oorzaak te zijn. Het gaat o.a. om chirurgie van de ooglenzen, tandheelkunde, operatieve besnijdenis, verbrijzelen van nierstenen en verwijdering van het baarmoederslijmvlies.

VERSCHUIVING TUSSEN DAGHOSPITALISATIE EN AMBULANTE ZORG

Voor o.a. het plaatsen van trommelvliesbuisjes, een epidurale infiltratie bij pijnbestrijding, en een aantal gynaecologische en tandheelkundige ingrepen, is er dan weer een verschuiving van ambulante zorg (huisarts, privé praktijk specialist, ...) naar daghospitalisatie. Een omgekeerde beweging is er voor cataractoperaties en tandheelkunde, die niet alleen meer in het dagziekenhuis, maar ook vaker ambulant worden uitgevoerd.

STIJGING UITGAVEN DAGHOSPITALISATIE ZORGT NIET VOOR DALING KOSTEN KLASSIEKE HOSPITALISATIE

In tegenstelling tot de verwachtingen werd de stijging van de uitgaven voor daghospitalisatie niet gecompenseerd door een daling van de kosten voor klassieke hospitalisaties. Integendeel, de uitgaven voor klassieke hospitalisaties stegen in dezelfde periode met gemiddeld 4% per jaar, van 3,82 naar 4,85 miljard €.

FORFAITAIRE FINANCIERING OP BASIS VAN AANDOENING AANBEVOLEN

Een van de redenen is dat de huidige financiering niet voldoende coherent, transparant en efficiënt is, terwijl het toch de bedoeling is om ziekenhuizen zoveel mogelijk te stimuleren om voor daghospitalisatie te kiezen.

Daarom wordt er best overgestapt naar een forfaitaire financiering op basis van het aantal en de aard van de behandelde aandoeningen. Voor bepaalde aandoeningen, die even goed in een dagziekenhuis kunnen worden behandeld zonder dat er aan kwaliteit of veiligheid wordt ingeboet, zou hetzelfde tarief moeten gelden voor klassieke hospitalisatie als voor daghospitalisatie. Dit systeem wordt al in sommige buurlanden toegepast.

GLOBAAL PLAN MET DUIDELIJKE DOELEN, VOORDAT ER WORDT HERVORMD

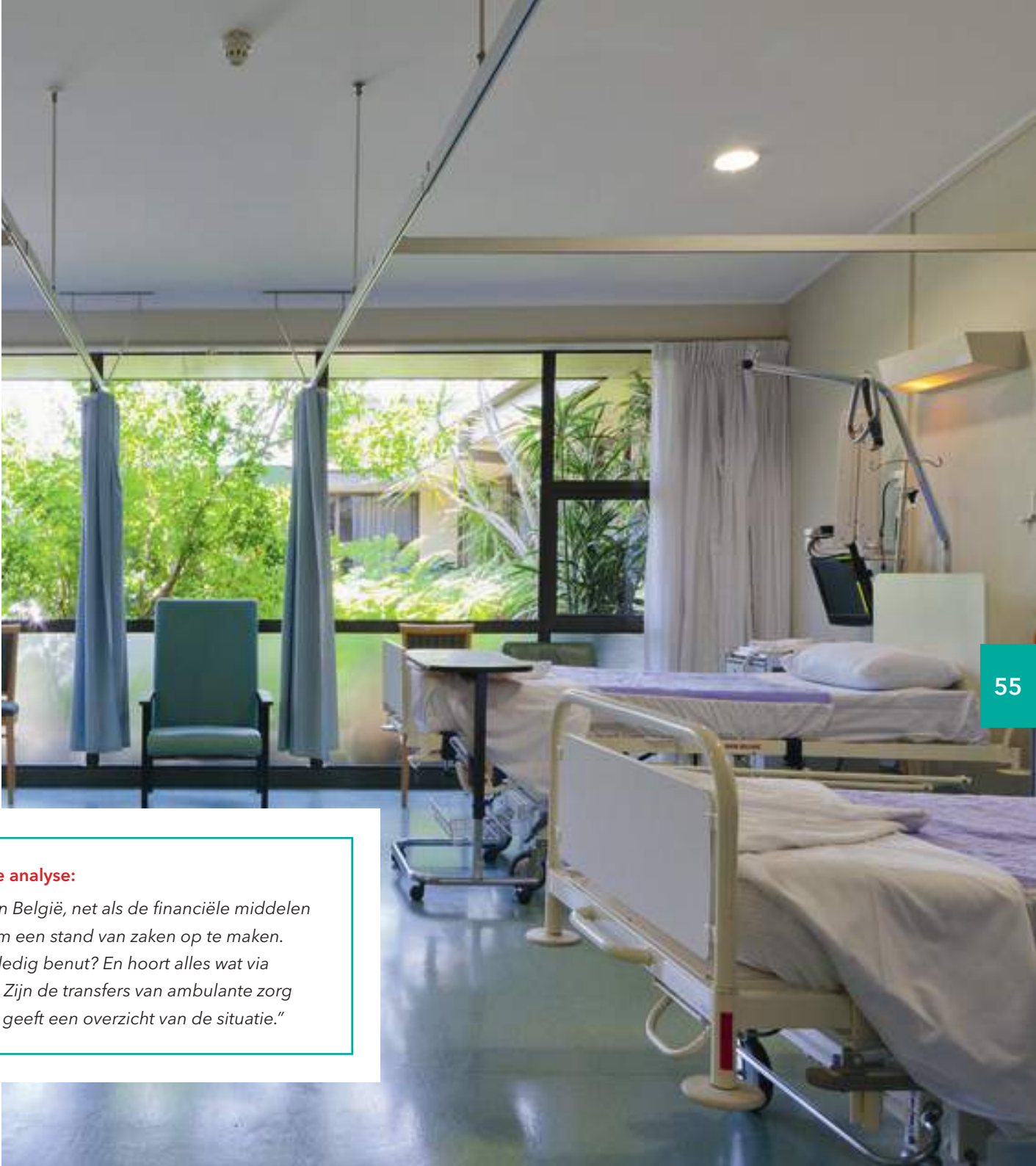
Maar voordat er een hervorming voor daghospitalisatie wordt doorgevoerd, moet er een globaal plan met duidelijke doelen worden opgesteld. Dit plan moet voor elk type van zorg vastleggen waar ze best verleend wordt. Daarnaast moet er een lijst van procedures en interventies voor daghospitalisatie worden opgesteld, die wetenschappelijk gefundeerd is.

IMPACT

Het rapport werd in februari 2013 voorgesteld op het 10de Belgisch Congres voor ambulante chirurgie, georganiseerd door de ‘Belgian Association of Ambulatory Surgery’.

Nathalie Swartenbroekx, onderzoeker economische analyse:

“Daghospitalisatie kent een spectaculaire groei in België, net als de financiële middelen die eraan worden besteed. Het was dus belangrijk om een stand van zaken op te maken. Worden de mogelijkheden van daghospitalisatie volledig benut? En hoort alles wat via daghospitalisatie wordt gefinancierd daar ook thuis? Zijn de transfers van ambulante zorg naar daghospitalisatie legitiem? Het huidige rapport geeft een overzicht van de situatie.”



REMGELDEN: NA 50 JAAR TOE AAN EEN GRONDIGE HERZIENING?

Wanneer mensen in België een beroep doen op gezondheidszorg betalen ze meestal remgeld. Remgelden bestaan in België al bijna 50 jaar, en ze zijn sterk gedifferentieerd en complex. Remgelden dienen niet alleen om overgebruik of verkwisting tegen te gaan. Ze kunnen ook de keuze en het gedrag van zorgverleners en patiënten aansturen, of de sociale bescherming verfijnen. Zo worden geneesmiddelen voor levens-bedreigende ziekten beter terugbetaald dan geneesmiddelen die alleen worden genomen voor het comfort (vb. slaapmiddelen). Op vraag van het RIZIV bestudeerde het KCE een aantal belangrijke pijnpunten en het deed aanbevelingen.



Remgelden bij raadplegingen en huisbezoeken: vereenvoudiging met een visie nodig

Er is een veelvoud van factoren die momenteel bepalen hoeveel remgeld een patiënt betaalt voor een raadpleging of huisbezoek van een huisarts: statuut en leeftijd, al dan niet chronisch ziek zijn, overdag, 's avonds of in het weekend, enz. Het KCE pleitte voor het afschaffen van factoren zoals het aantal patiënten dat de huisarts per huisbezoek ziet of de woonplaats van de patiënt (thuis of in een instelling).

Bij raadplegingen of bij huisbezoeken is het remgeld bij kwetsbare patiënten (verhoogde tegemoetkoming of Omnio-statuuut) een vast bedrag. Bij andere, gewoon verzekerden is dit meestal een bepaald per-

centage van het honorarium. Het KCE raadde aan om voor iedereen het principe van het vast bedrag toe te passen, en het remgeld dus los te koppelen van de hoogte van het ereloon van de huisarts of specialist.

Toch moet opgepast worden met een ondoordachte vereenvoudiging. Tot nu toe werd remgeld gebruikt voor uiteenlopende redenen: soms om de uitgaven van de gezondheidszorg in de hand te houden, dan weer om patiënten te sturen (vb. Globaal Medisch Dossier), of om de zorgtoegankelijkheid voor kwetsbare groepen te garanderen, dit laatste door het remgeld voor die patiënten te verlagen. Vooraleer te

vereenvoudigen zou er best eerst een globale visie worden ontwikkeld, waarbij de doelstellingen van remgeld duidelijk worden bepaald.

Verder moet er rekening worden gehouden met de supplementen, en wordt er best bekeken wat de impact van vereenvoudiging zou zijn op de maximumfactuur en de derdebetalersregeling, waarbij de patiënt alleen het remgeld betaalt en het overige gedeelte niet moet voorschieten, toch allemaal maatregelen om zwakkeren te beschermen.

Maatschappelijke waarde om hoogte remgeld te bepalen verhoogt kwaliteit en doeltreffendheid van gezondheidszorg

De hoogte van het remgeld voor geneesmiddelen is momenteel enkel afhankelijk van de ernst van de aandoening. Het KCE ging verder en bekeek een systeem waarbij de hoogte van het remgeld wordt bepaald op basis van de maatschappelijke waarde van het geneesmiddel (Value-based insurance of VBI). Het principe dat bij VBI gehanteerd wordt is "hoe hoger de maatschappelijke waarde, hoe lager het remgeld". VBI kan uiteraard ook toegepast worden op raadplegingen of andere prestaties. Naast de ernst van de aandoening wordt de waarde bepaald door de (kosten) effectiviteit, billijkheid en de beschikbaarheid van alternatieve behandelingen.

De beste resultaten worden behaald wanneer VBI gecombineerd wordt met een 'disease management programma'. De Belgische zorgtrajecten voor patiënten met diabetes type 2 of chronische nierinsufficiëntie zijn daar een voorbeeld van. Een evaluatie is wel nodig om na te gaan of dergelijke programma's hun doelstellingen bereiken.

Het remgeld berekend als percentage van het honorarium of de prijs van het geneesmiddel, is niet compatibel met VBI, omdat de hoogte van het honorarium of de prijs niet altijd evenredig is met de maatschappelijke waarde van de prestatie of het product. Ook om die reden raadt het KCE een systeem van vaste bedragen aan (zie ook het voorgaande rapport op p 56), die op regelmatige basis kunnen worden aangepast aan prijschommelingen.

VBI zou de kwaliteit en doeltreffendheid van de gezondheidszorg kunnen verbeteren, doordat producten en prestaties met een hoge maatschappelijke waarde worden gestimuleerd, en producten en prestaties met een lage maatschappelijke waarde worden afgeraden. Bovendien zorgt dergelijk systeem ervoor dat de ziekteverzekering minder uitgeeft voor producten en prestaties met een lage maatschappelijke waarde.

IMPACT

Het tweede rapport kwam aan bod in het radiojournaal van Bel-RTL. Op de vraag in de senaat in oktober 2012 of de minister overwoog om op basis van de KCE-studie het huidige systeem van de remgelden te hervormen, antwoordde zij: "Op basis van de studie van het KCE kunnen we het remgeldstelsel (dus) niet hervormen, aangezien ze veronderstelt dat alle gezondheidszorgactoren, zoals onder andere het Nationaal Intermutualistisch College, de denkoefening maken om te bepalen welke verichtingen een hoge maatschappelijke waarde hebben. Daarna moeten we ons afvragen of verichtingen met een hoge maatschappelijke waarde moeten worden aangemoedigd door middel van een zeer laag of zelfs geen remgeld. En omgekeerd, of er hogere remgelden nodig zijn voor verrichtingen die als minder noodzakelijk worden geacht." <http://www.senate.be/crv/5-76.pdf>. Een hervorming is dus niet voor morgen.

Carine Van de Voorde, senior onderzoeker economische analyse:

“ De huidige structuur van remgelden is weinig transparant en incoherent. Bovendien staat het betaalde remgeld voor geneesmiddelen of andere zorg niet altijd in verband tot hun waarde.

In bijna elk rapport van het KCE waarin voorstellen worden geformuleerd over hervormingen van het remgeld of de beschermingsmaatregelen tegen hoge remgelden, wordt benadrukt dat een maatschappelijk debat nodig is over de vraag in welke mate de patiënt financieel verantwoordelijk moet gesteld worden voor het gebruik dat hij maakt van waardevolle gezondheidszorg. Dit maatschappelijk debat blijft tot op heden onbestaande.”



WIE ZOEKT DIE VINDT: DUBBEL AANTAL SCHILDKLIERKANKERS IN BRUSSEL EN WALLONIË DOOR MEER MEDISCHE BEELDVORMING EN SCHILDKLIEROPERATIES?

Sinds het begin van de jaren '70 steeg het aantal gevallen van schildklierkanker in België, net als in vele andere landen. Elke jaar zijn er in ons land volgens het Kankerregister bijna 660 nieuwe gevallen. Hierdoor bevindt het zich in de middenmoot van de Europese landen, maar toch komt schildklierkanker niet zo vaak voor. Ter vergelijking: er worden in België jaarlijks bijna 9500 nieuwe gevallen van borstkanker bij vrouwen vastgesteld.

Dankzij een vroegtijdige opsporing, en doordat het vooral gaat om papillaire tumoren met een goede prognose, die doeltreffend kunnen worden behandeld, is de overlevingskans gelukkig verbeterd: op de 100 patiënten bij wie schildklierkanker wordt ontdekt zullen er na 5 jaar nog 91 in leven zijn.

SCHILDKLIERKANKER ROND DE NUCLEAIRE SITES

In Wallonië en Brussel worden er dubbel zoveel gevallen van schildklierkanker vastgesteld dan in Vlaanderen. De minister van Volksgezondheid vroeg het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het KCE om dit verschil te onderzoeken, samen met de Stichting kankerregister.

Het WIV bekeek de situatie van schildklierkanker incidentie in de buurt van de nucleaire sites. De resultaten toonden aan dat in de buurt van de centrales van Tihange en Doel niet meer nieuwe gevallen van schildklierkanker voorkomen dan gemiddeld. Rond

de sites van Mol-Dessel en Fleurus ligt het aantal schildklierkankers wat hoger dan daarbuiten, maar dat is op zich niet uitzonderlijk in België. Rond de centrale van Chooz, in Frankrijk, vlakbij de Frans-Belgische grens, was het niet mogelijk om wetenschappelijk sluitende besluiten te trekken.

REGIONALE VERSCHILLEN VEROORZAAKT DOOR MEER OPSPORING VAN (ZEER) KLEINE TUMOREN?

Het KCE en het Kankerregister bekeken de zaak vanuit een andere hoek. Zouden de regionale verschillen niet worden veroorzaakt doordat in bepaalde regio's schildklierkanker meer wordt opgespoord? De verschillen zouden dan eerder te maken hebben met een hoger aantal diagnostische testen en operaties dan met het meer voorkomen van schildklierkanker bij de bevolking.

De verhoging die vastgesteld wordt in Wallonië en Brussel is haast volledig toe te schrijven aan een groter aantal kleine en zeer kleine tumoren. Daarentegen zijn de grotere, meer gevorderde tumoren in de drie gewesten even frequent, en ook de sterfte door schildklierkanker is overal ongeveer gelijk.

Zeer gevoelige beeldvormingsonderzoeken, zoals NMR, Pet-scan en echografie van hals en halsslagaders kunnen het bestaan van een schildkliertumor in een zeer vroeg stadium toevallig aan het licht

brengen. Het KCE stelde vast dat deze medische beeldvorming 30 tot 40% meer gebeurt in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen.

Ook bij de behandeling van thyreotoxicose en schildklierknobbeltjes (noduli) zijn er regionale verschillen. Bij thyreotoxicose zijn er teveel schildklierhormonen in het bloed aanwezig, wat oa.hartproblemen kan veroorzaken. De meeste patiënten worden behandeld met geneesmiddelen of met radioactief jodium. De anderen ondergaan een chirurgische ingreep, waarbij een de schildklier volledig of gedeeltelijk wordt weggenomen.

In verhouding wordt deze operatie meer uitgevoerd in Wallonië en Brussel. Omdat ze altijd gepaard gaat met weefselonderzoek is de kans op het ontdekken van kankercellen dan ook groter.

Dat geldt ook voor de behandeling van schildklierknobbeltjes, die in Wallonië vaker operatief worden verwijderd. De onderzoekers stelden ook vast dat FNAC, een pre-operatieve techniek waarbij met een fijne naald weefsel voor onderzoek uit de klier wordt gehaald, in elk van de drie gewesten te weinig wordt gebruikt. Nochtans is het momenteel de beste evaluatiemethode, al is ze niet perfect. Op die manier kunnen onnodige ingrepen vermeden worden en wordt gepaste chirurgie bij patiënten met een tumor uitgevoerd.

RISICO OP OVERDIAGNOSE EN OVERBEHANDELING

Er is dus een grote kans dat de regionale verschillen worden veroorzaakt door een verschillend gebruik van diagnose- en behandeltechnieken. Toch zou hiervoor nog een diepgaander onderzoek moeten worden gevoerd, met bijkomende analyses die ook rekening houden met het soort zorgverlener of de verschillende ziekenhuizen.

Deze vroegtijdige opsporing is niet noodzakelijk een voordeel. Er is risico op overdiagnose en overbehandeling: vele tumoren in een beginstadium zouden zich nooit verder hebben ontwikkeld, en worden nu toch behandeld. Dit veroorzaakt meer zware behandelingen en een verminderde levenskwaliteit voor de patiënt. De toename van gevallen van schildklierkanker gaat trouwens niet gepaard met een hoger sterftecijfer.

BETERE VERSPREIDING EN BEWAKING VAN OPVOLGING PRAKTIJKRICHTLIJNEN

Deze ongewettigde regionale verschillen zouden alleszins moeten worden weggewerkt. Dit kan gebeuren door de betrokken internationale klinische praktijkrichtlijnen voor de behandeling van schildkliaandoeningen en pre-operatieve evaluatie voor een chirurgische ingreep aan de schildklier beter te verspreiden en toe te zien op de opvolging ervan.

IMPACT

Dit rapport kreeg, om begrijpelijke redenen, veel persaandacht in het zuidelijk landsgedeelte, zowel in de geschreven pers als op de tv (journaal van RTL-TVI).



Sabine Stordeur, senior HSR onderzoeker:

“Wanneer de frequentie van een bepaald kankertype toeneemt en, nog belangrijker, wanneer er belangrijke geografische verschillen in frequentie worden vastgesteld, vraagt de publieke opinie om een heldere, ondubbelzinnige en geruststellende verklaring. Schildklierkanker is hiervan een goed voorbeeld.

Hiervoor een wetenschappelijke uitleg proberen te vinden bleek een uitdaging: deze kanker komt niet veel voor, het bestudeerde gebied is beperkt, en de beschikbare gegevens zijn objectief, maar enkel retrospectief. Terwijl we konden aantonen dat het zuiden van het land meer intensief gebruik maakt van diagnostische testen en invasieve behandelingen, laten de beschikbare klinische gegevens ons niet toe te beoordelen of dit verantwoord is. De opvolging van de klinische praktijkrichtlijnen zal alleszins zorgen voor meer uniformiteit in de medische praktijk.”



BEROERTE: SNELLE OPNAME IN GESPECIALISEERDE ‘STROKE UNIT’ CRUCIAAL

Jaarlijks worden 2 op 1000 mensen getroffen door een Cerebro-Vasculair Accident (CVA), beter gekend als een beroerte (in het Engels spreekt men van ‘stroke’). De meest typische kenmerken zijn verlamming aan één zijde, moeilijkheden met spreken, verminderd zicht uit één oog en/of verwardheid. Een CVA wordt veroorzaakt door een lek (hersenvloeding) of een blokkering van een bloedvat in de hersenen, dit laatste meestal door een bloedklonter (trombose). Het is een belangrijke doodsoorzaak, en veel van de patiënten die het overleven, blijven invalide.

STROKE UNITS VERMINDEREN KANS OP OVERLIJDEN EN OPNAME IN VERZORGINGSINSTELLING NA HOSPITALISATIE

Om deze aandoening beter te kunnen behandelen werden enkele jaren geleden in de Belgische ziekenhuizen ‘stroke units’ opgericht. Het zijn afdelingen waar een patiënt met een CVA zo snel mogelijk specifieke zorgen krijgt door een multidisciplinair team van artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, enz. En ze zijn doeltreffend: een opname in een stroke unit vermindert de kans op overlijden en op opname in een verzorginstelling na hospitalisatie.

GEEN OFFICIËLE ERKENNING EN KWALITEITSNORMEN

Voor de talrijke Belgische stroke units bestaan er

echter geen officiële erkenningsvoorwaarden of kwaliteitsnormen. Hun organisatie en de kwaliteit van de geleverde zorg hangen enkel af van het initiatief van de individuele zorgverleners en ziekenhuizen. Het KCE wilde daarom nagaan hoe de zorg voor CVA patiënten meer coherent en gelijkwaardig kan worden gemaakt.

GESPECIALISEERDE HYPERACUTE UNIT VOOR DE EERSTE 3 DAGEN

Het KCE pleit voor een systeem met twee soorten stroke units. Een snelle opname, liefst binnen de 2 uur na een CVA, in een ‘hyperacute stroke unit’ is van cruciaal belang. Deze zeer gespecialiseerde unit kan in enkele minuten een diagnose stellen. Indien nodig kunnen zij ook snel een trombolyse (oplossen van de bloedklonter) uitvoeren volgens bepaalde kwaliteitsnormen en veiligheidsprocedures. Het aantal hyperacute stroke units zou moeten afhangen van het aantal inwoners in de regio, en de bereikbaarheid. Idealiter zou elke patiënt het centrum moeten kunnen bereiken binnen de 30 minuten na het eerste medisch contact. Na de eerste 3 dagen zou de patiënt dan kunnen worden overgebracht naar een andere stroke unit in een ziekenhuis dichterbij de woonplaats.

Deze aanpak vraagt wel een sensibilisatie van de bevolking en de ambulancediensten. Ook de huisartsen moeten op de hoogte zijn, zodat patiënten onmiddellijk doorgestuurd en vervoerd worden

naar de meest nabije hyperacute unit. Er zijn ook overeenkomsten nodig tussen ziekenhuizen met een hyperacute unit en degene die de behandeling nadien verder zetten.

KWALITEITSCRITERIA, GEGEVENSINZAMELING EN OFFICIËLE ERKENNING NODIG

Daarnaast zouden de 2 soorten stroke units moeten voldoen aan officiële erkenningsvoorwaarden om aan alle patiënten kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Kwaliteitsnormen dienen opgesteld en data moeten ingezameld worden, zoals dat ook in bepaalde andere Europese landen gebeurt. Op basis daarvan kan aan de stroke units een erkenning toegekend worden.

IMPACT

De resultaten van de studie werden gepresenteerd aan de werkgroep Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling erkenning en programmatie. De werkgroep heeft deze opgenomen in zijn advies ‘Eenheden voor beroertezorg (stroke units)’ aan de minister. In mei 2013 zal het rapport ook worden gepresenteerd op de European Stroke Conference in Londen. Daarnaast werd er een artikel voor publicatie overgemaakt aan het internationale wetenschappelijk tijdschrift BMC Medical Research Methodology.

Dominique Paulus, senior arts onderzoeker:

“ Bij een CVA telt elke minuut. Een snelle en gespecialiseerde aanpak verhoogt de kans op overleving en herstel. Ons land telt veel ‘stroke units’, dus een analyse van de internationale literatuur om hun doeltreffendheid, organisatie en kwaliteitscriteria vast te leggen, was nuttig. De conclusies van het rapport zijn verhelderend: een snelle opname in een stroke unit is cruciaal. Deze eenheden moeten wel beantwoorden aan precieze kwaliteitscriteria, om aangepaste zorg van hoge kwaliteit te kunnen bieden.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) wachtte op dit rapport. De inhoud ervan geeft richting aan de zorgverleners en aan de beleidsmakers, verantwoordelijk voor de zorgorganisatie. De uiteindelijke bedoeling is ervoor te zorgen dat de patiënt na een CVA zoveel mogelijk zijn leven opnieuw in eigen handen kan nemen.”



BEWAKING VACCINATIEVEILIGHEID GEBEURT BEST OP EUROPEES NIVEAU

Na vaccinatie kunnen 'postvaccinale ongewenste verschijnselen' (PVOV) optreden, zoals lichte koorts, slaperigheid en spierpijn. PVOV zijn meestal onschuldig, maar soms duiken in de media verhalen op over meer ernstige neveneffecten, zoals epileptische aanvallen, shock en zelfs overlijden. Deze PVOV zijn gelukkig zeldzaam, maar ze leiden tot grote onrust onder de bevolking en ze kunnen het vertrouwen in vaccinatieprogramma's beschadigen.

PVOV kunnen verschillende oorzaken hebben. Soms komen ze zo weinig voor dat ze tijdens de klinische studies, die gebeuren voordat het vaccin wordt goedgekeurd, niet werden opgemerkt. Ze kunnen ook veroorzaakt worden door een reactie van het vaccin op geneesmiddelen of andere vaccins, maar eveneens door factoren die verband houden met specifieke groepen van patiënten of met individuele, aan de patiënt gerelateerde factoren (zoals genetische). Soms wordt een patiënt door louter toeval ziek na vaccinatie, zonder dat de ziekte met de vaccinatie verband houdt.

BELGIË DOET AAN PASSIEVE BEWAKING

Voor de volksgezondheid is het cruciaal dat de vaccinatieveiligheid wordt bewaakt. Op die manier kan de balans tussen risico's en baten van de vaccinatie worden gecontroleerd en kan er, indien nodig, worden bijgestuurd. Anderzijds biedt bewaking een objectieve basis om zowel de bevolking als de artsen gerust te stellen wanneer ongewenste bijwerkingen aanleiding zijn voor bezorgdheid.

België doet enkel aan passieve bewaking van de vaccinatieveiligheid: het volgt spontane meldingen van PVOV aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) op, en neemt dan de gepaste maatregelen. Momenteel is er echter geen actieve bewaking waarbij doelgericht informatie over vaccinaties en ongewenste verschijnselen wordt verzameld.

IS ACTIEVE BEWAKING MOGELIJK?

Actieve bewaking gebeurt in drie stappen: om te kunnen weten (1) wanneer bepaalde problemen abnormaal vaak voorkomen moet je (2) weten wat de normale frequentie (de background rate of achtergrondcijfers) van de PVOV is bij een bevolking die niet werd gevaccineerd. En (3) uiteraard moet je ook weten wie werd gevaccineerd. Op die manier worden PVOV aan het licht gebracht die eerder niet werden geïdentificeerd of onvoldoende werden begrepen, en kunnen deze in de toekomst worden voorkomen.

Het FAGG vroeg het KCE na te gaan of het in een klein land als België mogelijk is om aan actieve bewaking te doen. Het KCE moest dus bekijken of we in België de normale frequentie (of de achtergrondcijfers) van PVOV bij een niet-gevaccineerde bevolking kunnen berekenen.

SYSTEMATISCHE BEWAKING OP BASIS VAN ACHTERGRONDINCIDENTIE NIET HAALBAAR

Het KCE stelde vast dat achtergrondcijfers enkel kunnen worden berekend voor ziektes waarbij men en-

kel uitgaat van de hoofddiagnose, voor aandoeningen waarbij een systematische ziekenhuisopname nodig is, of voor de doodsoorzaken die op de overlijdensakten staan vermeld.

Voor andere PVOV zijn de Belgische datasystemen te sterk gefragmenteerd. Een ander probleem is dat de PVOV vandaag te weinig worden gerapporteerd aan de overheid, en dat er door het kleine aantal Belgen ook maar een klein aantal gevaccineerden is, wat de berekening van achtergrondcijfers heel moeilijk maakt.

Het KCE besloot dan ook dat het niet gepast was om te investeren in een systematische bewaking van de vaccinveiligheid op basis van de achtergrondincidentie in België. Dit betekent echter niet dat de bewaking van de vaccinveiligheid op een dood spoor zit. De bewaking gebeurt best op Europees niveau in een Europees kader, via het Europese Geneesmiddelenagentschap.

België kan hiertoe bijdragen met het nieuwe internetplatform van het FAGG, waarop zorgverleners en patiënten rechtstreeks PVOV kunnen melden.





METHOD

› ... opmaken van nauwgezette handleidingen voor adequaat studiewerk

Rapporten

Sinds 2008 is het KCE begonnen met het opstellen van methodologische rapporten. Tot voor kort werden ze geklasseerd binnen een van de 3 bestaande KCE-domeinen. In 2012 creëerden we een vierde domein, ‘Method’, waarin voortaan alle methodologische KCE-publicaties zullen worden ondergebracht.

Het opmaken van een KCE-rapport gebeurt telkens met inachtneming van een strikte methodologie. Die methodologie behoort tot de kern van het KCE. Elke KCE-onderzoeker is er als het ware van doordrongen. Tot in haar of zijn DNA. Immers, het verzamelen, analyseren, selecteren en samenvatten van de soms gigantische hoeveelheid wetenschappelijke informatie die over een studieonderwerp is verschenen, vraagt een nauwgezette aanpak. Dat geldt ook voor het opstellen van klinische richtlijnen, het verzamelen van stakeholderopinions of het uitvoeren van gezondheidseconomische analyses.

Richtlijnen

Van bij de opstart van het KCE volgen de onderzoekers voor elk onderzoeksdomein methodologische richtlijnen. Aanvankelijk werden de basisprincipes van deze methodes steeds in elk rapport uitgelegd, maar dit werd minder noodzakelijk van zodra de wetenschappelijke procedures werden neergeschreven en gestandaardiseerd in de vorm van ‘Process notes’, en ze op de KCE-website konden worden geraadpleegd.

In 2012 maakte het KCE een update van zijn ‘process notes’, in de vorm van een online ‘Process book’. Het omvat gestandaardiseerde wetenschappelijke procedures die moeten worden gevolgd bij het uitvoeren van een wetenschappelijk onderzoek. Ze vormen een leidraad voor onderzoekers en subcontractanten.

Hierna vindt u een overzicht van de methodologische publicaties van het KCE in 2012. Op de website van het KCE (www.kce.fgov.be) vindt u de volledige versie van deze documenten.



BEVINDINGEN UIT KWALITATIEF ONDERZOEK VERBREDEN DE ‘EVIDENCE-BASE’

Het KCE ontwikkelt regelmatig methodologische richtlijnen voor de eigen onderzoekers en de sub-contractanten. De richtlijnen helpen hen kwaliteitsvol wetenschappelijk werk te leveren, gebaseerd op de best beschikbare evidence. Soms is er echter nog geen goede evidence beschikbaar, of is de beschikbare evidence niet toe te passen op de Belgische gezondheidszorg of bevolking.

Deze kwantitatieve onderzoeksmethoden bieden bovendien niet altijd een gepast antwoord op de onderzoeksvragen.

Vandaag worden kwalitatieve onderzoeksmethoden (QRM – ‘qualitative research methods’) door het KCE

steeds meer beschouwd als een nuttig instrument om een beter antwoord te bieden op de onderzoeksvragen en om een dieper inzicht in bepaalde aspecten te verkrijgen.

Uit het rapport blijkt dat QRM al succesvol werden toegepast in diverse KCE-projecten. QRM werden vooral toegepast in studies over de organisatie van de gezondheidszorg (HSR) of om de mening van de patiënten en van zorgverleners te kennen (bv. over een behandeling) aan de hand van individuele interviews of focusgroepen. Delphi enquêtes, waarbij o.a. de aanvaardbaarheid van bepaalde organisatorische maatregelen wordt onderzocht (vb. bij preventie), worden ook steeds meer gebruikt.

QRM kunnen het KCE dus helpen om een goed beeld te krijgen van de noden van de patiënten en zorgverleners bij het formuleren van de beleidsaanbevelingen.

Dit methodologische rapport beschrijft wanneer en hoe een kwalitatief onderzoeksproject wordt opgezet en hoe men de kwaliteit kan bewaken. Daarnaast gaat het dieper in op de 4 gebruikte methodes (individuele interviews, focusgroepen, observatie en Delphi) en helpt het onderzoekers de meest gepaste methode kiezen.

Laurence Kohn, onderzoeker sociologische analyse:

“ *Het is evident om in KCE-studies kwalitatieve methoden te gebruiken. Bijvoorbeeld om de ‘droge’ resultaten van de andere methodologische benaderingen te nuanceren of uit te diepen. Dit methodologische rapport is bedoeld voor zowel ‘leken’ in de materie - om hen de methode en wat ze kan bijdragen te helpen ontdekken - als voor onderzoekers die betrokken zijn bij kwalitatief onderzoek in de gezondheidszorg. Deze laatsten wilden we duidelijke en nauwgezette procedures aanreiken, die toch nog ruimte laten voor de noodzakelijke creativiteit.*”



PROCESS BOOK: WETENSCHAPPELIJKE PROCEDURES WAARAAN VOORTDUREND WORDT GESCHAAFD

Het KCE werkt volgens wetenschappelijke procedures die gebaseerd zijn op internationaal erkende methodes. Aanvankelijk werden de wetenschappelijke procedures neergeschreven en gestandaardiseerd in de vorm van ‘Process notes’, die op de KCE-website kunnen worden geraadpleegd.

De richtlijnen vormen een leidraad voor de onderzoekers en de subcontractanten. Ze helpen hen met het afleveren van kwaliteitsvol wetenschappelijk werk, gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke ‘evidence’. Het KCE beschouwt ze als levende documenten, waaraan voortdurend moet worden geschaafd.

Dit gebeurde eveneens in 2012, met het opstellen van het online ‘Process book’. In dit Process book worden de wetenschappelijke procedures uitgelegd die moeten worden gevolgd bij het uitvoeren van een wetenschappelijk onderzoek. Sommige methoden, zoals het ontwikkelen van een zoekstrategie, zijn van toepassing op alle domeinen. Andere, zoals de ADAPTE methodologie voor de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen, zijn alleen van toepassing op het GCP domein.

In de toekomst zal het Process book worden aangevuld met richtlijnen specifiek voor HTA en HSR.



FINANCIEEL OVERZICHT

BALANS					
ACTIVA			PASSIVA		
	2011	2012		2011	2012
VASTE ACTIVA	557 778	486 668	EIGEN VERMOGEN	6 272 053	6 251 841
Immateriële vaste activa			Overgedragen winst	6 272 053	6 251 841
Plannen en studies					
Concessies, licenties	58 125	71 711			
Materiële vaste activa			SCHULDEN	2 867 063	2 132 672
Gebouwen	356 290	305 391	Schulden op meer dan één jaar		
Uitrusting en kantoormat.	17 400	8 624	Leningen	305 391	254 493
Informaticamateriaal	125 963	100 942			
Financiële vaste activa			Schulden op ten hoogste één jaar		
			Schulden die binnen het jaar vervallen	50 899	50 899
VLOTTENDE ACTIVA	8 581 337	7 897 845	Leveranciers	420 009	268 098
Schuldvorderingen op ten hoogste één jaar			Te ontvangen facturen	1 513 180	409 242
Te innen opbrengsten					
			Schulden m.b.t. bezold.en soc lasten		
			Voorheffing en RSZ	350 224	198 033
Liquide middelen					
De Post	8 293 588	7 739 799	Provisie vakantiegeld	225 000	250 000
Standaardkassen	460	231			
			Andere sociale schulden		85 000
Overlopende rekeningen	287 289	157 815			
			Overige schulden	2 360	523 898
			Overlopende rekeningen		93 010
TOTAAL ACTIVA	9 139 115	8 384 513	TOTAAL PASSIVA	9 139 115	8 384 513

RESULTAATREKENINGEN					
	2011	2012			
BEDRIJFSOPBRENGSTEN	9 112 406	9 246 984	62 Bezoldigingen en sociale lasten		
			Bezoldigingen	3 442 163	4 069 887
			RSZ-bijdragen	1 075 184	1 236 795
			Verzekeringen voor het personeel	299 307	333 724
			Andere voordelen voor het personeel	144 652	174 884
			63 Afschrijvingen, waardever. en provisies	204 176	211 377
BEDRIJFSKOSTEN	7 668 233	8 741 070	BEDRIJFSRESULTAAT	1 444 173	505 914
61 Diensten en diverse goederen			Financiële opbrengsten	133	24
Studies in onderaanneming	1 224 120	1 403 028	Financiële kosten	1 781	2 281
Lokalen en materieel	562 759	587 520			
Bureelkosten en benodigdheden					
Documentatie	105 050	109 455	COURANT RESULTAAT	1 442 525	503 657
Communicatie	20 768	48 581			
Andere bureelkosten en benodigdheden	105 868	95 809			
Externe diensten			Uitzonderlijke opbrengsten		
Consultants en externe experts	175 906	166 524	Uitzonderlijke kosten	3 312 640	523 868
Diensten en consultants informatica	158 198	162 166			
Andere externe diensten	64 696	45 538	UITZONDERLIJK RESULTAAT*	-3 312 640	-523 868
Opleiding	47 473	64 904			
Verplaatsings- en onthaalkosten	34 049	23 755			
Presentiegeld	3 862	7 122	RESULTAAT UIT DE GEWONE BEDRIJFSVOERING	-1 870 115	-20 211

*Het uitzonderlijk resultaat van 2011 van 3.312.640 € is het gevolg van een nieuwe manier van inboeken van de terugbetaling van het overschot (positief verschil tussen budget en uitgaven). In plaats van de terugbetaling m.b.t. jaar t , in te boeken in jaar t+1, gebeurt de inboeking nu in het jaar t zelf, dus in het jaar waarin het overschot is ontstaan. Het uitzonderlijk resultaat van 2012 is daarvoor zwakker: het bevat de dubbele inboeking niet, en de uitgaven van 2012 bevinden zich eveneens dichterbij het budget.



LEROY Roos | 26
LONA Murielle | 31
MAMBOURG Françoise |
NEYT Mattias |
OBYN Caroline |
PAULUS Dominique | 06
PIERART Julien | 33
ROBAYS Jo | 54
ROBERFROID Dominique | 18
SAN MIGUEL Lorena | 09
STORDEUR Sabine | 42
SWARTENBROEKX Nathalie | 39
THIRY Nancy | 20
VAN BRABANDT Hans | 47
VAN DE SANDE Stefaan |
VAN DE VOORDE Carine | 48
VAN DEN HEEDE Koen | 30
VANDEPLAS Anneleen | 08
VANDEKERCKHOVE Pieter | 44
VEEREMAN Gigi | 50
VERLEYE Leen | 25
VINCK Irm | 36
VLAYEN Joan |
VRIJENS France | 38

PERSONEELSPLAN

FUNCTIES*

	31/12/11	31/12/12
VOORZITTER	0,2	0,2
MANAGEMENTFUNCTIES		
Algemeen directeur	1	1
Adjunct algemeen directeur	1	1
Directeur	2	1
TOTAAL	4	3

EXPERTFUNCTIES		
Arts expert	11,6	11,8
Expert economie	9,1	7,6
Expert Health Services Research	6,8	8,7
Expert data management	4,4	5,2
Kennismanager	1	1
Expert communicatie	0,9	0,9
TOTAAL	33,8	35,2

ONDERSTEUNENDE FUNCTIES		
Juridisch adviseur	1	1
Adm. en budgettair adviseur	1	1
Directiesecr progr.beheer	3	1
Gegradueerde in projectbeheer	0	1
Bibliothecaris	1	1
Gegradueerde in lay-out en boekhouding	0	1
ICT deskundige	1	1
HR deskundige	1	1
Administratief assistent	2	4
ICT assistent	1	1
Technisch medewerker	1	0
TOTAAL	12	13

* VTE

KCE-MEDEWERKERS

Voorzitterfuncties
GILLET Pierre |

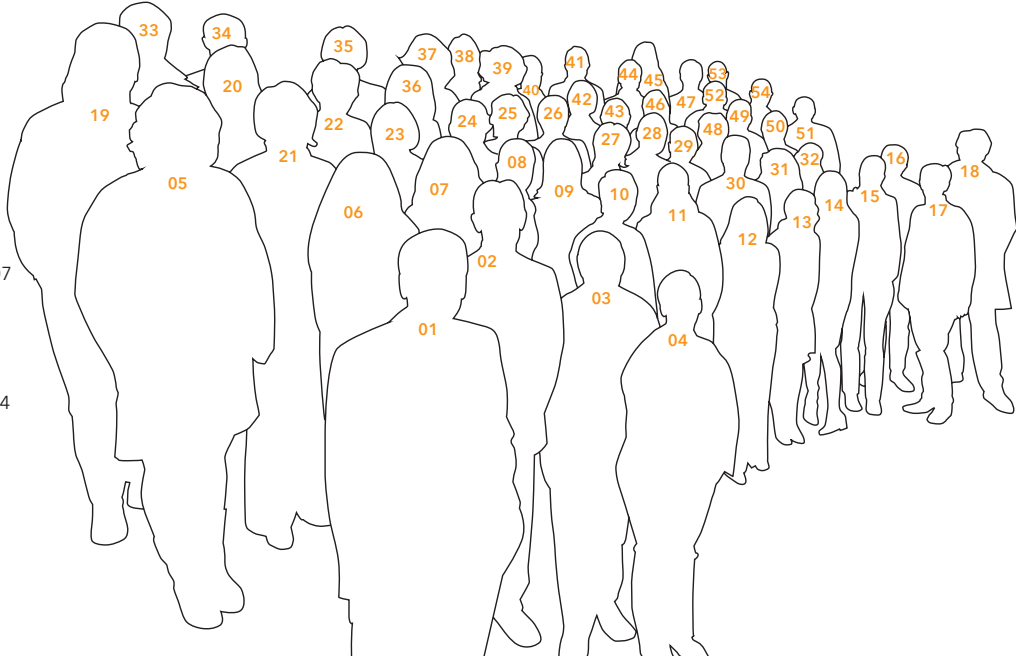
Managementfuncties
MERTENS Raf | 01
LÉONARD Christian | 02
DE GAUQUIER Kristel |

Administratieve en staffuncties
BONNOUH Nadia |
DE MEULENAERE Geert | 49
DE WIT Hilde | 22
DELCHAMBRE Bernadette | 41
GARREYN Catherine | 40
HOURLAY Luc | 51

MARTOU Pascale | 19
PETIT Elisabeth | 12
RUMMENS Kristof | 52
TYTGADT Claudine | 17
VAES Sophie | 10
VAN CAUWENBERGE Mieke | 05
VAN DE VELDE Karen |
VERHULST Ine | 11

Expertfuncties
BRIAT Gudrun | 21
BENAHMED Nadia | 04
CAMBERLIN Cécile | 24
CHALON Patrice | 16
CHRISTIAENS Wendy | 15

CLEEMPUT Irina | 37
DE LAET Chris | 29
DESOMER Anja | 45
DEVOS Carl | 53
DEVRIESE Stephan | 43
DUBOIS Cécile | 32
EYSSEN Marijke | 35
FARFAN-PORTET Maria-Isabel | 07
GERKENS Sophie | 46
HANQUET Germaine | 23
HENDRICKX Erik | 03
HOLDT HENNINGSEN Kirsten | 14
HULSTAERT Frank | 34
JONCKHEER Pascale | 13
KOHN Laurence | 27





GEPUBLICEERDE KCE-STUDIES

2004

- 1. Effectiviteit en kosten effectiviteit van behandelingen voor rookstop (D/2004/10.273/1).
- 2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase 1) (D/2004/10.273/3).
- 3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis (D/2004/10.273/5).
- 4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid (D/2004/10.273/7).
- 5. Het preoperatief onderzoek (D/2004/10.273/9).
- 6. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen (D/2004/10.273/13).
- 7. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen (D2004/10.273/11).
- 8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada (D/2004/10.273/15).

2005

- 9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie - Onderzoeksrapport: deel 1 (D/2005/10.273/01).
- 10. De kost van tandprothesen (D/2005/10.273/03).
- 11. Borstkankerscreening (D/2005/10.273/05).
- 12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen (D/2005/10.273/07).
- 13. Endovasculaire behandeling van carotisstenose (D/2005/10.273/09).
- 14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardiinfarct in België (D/2005/10.273/11).
- 15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg (D/2005/10.273/13).
- 16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase 2: ontwikkeling van een actueel model en eerste schattingen) (D/2005/10.273/15).
- 17. Evaluatie van de referentiebedragen (D/2005/10.273/17).





- 18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan (D/2005/10.273/19).
- 19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst (D/2005/10.273/21).
- 20. Moleculaire diagnostiek in België (D2005/10.273/23).
- 21. Stomamateriaal in België (D2005/10.273/27).
- 22. Positronen Emissie Tomografie in België (D2005/10.273/29).
- 23. De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA) (D2005/10.273/32).
- 24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patienten met vermoeden van hartfalen (D2005/10.273/34).

2006

- 25. Capsule Endoscopie (D2006/10.273/01).
- 26. Medico-legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen (D2006/10.273/05).
- 27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg (D2006/10.273/07).
- 28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België (D2006/10.273/10).
- 29. Nationale Richtlijnen van het College voor oncologie: A. Algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek
Wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker (D2006/10.273/12).
- 30. Inventaris van databanken gezondheidszorg (D2006/10.273/14).
- 31. Prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening (D2006/10.273/17).
- 32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel II (D2006/10.273/19).
- 33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugeerd pneumococcenvaccin (D/2006/10.273/21).
- 34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker (D/2006/10.273/23).
- 35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III) precisering van de kostenraming (D/2006/10.273/26).
- 36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België (D/2006/10.273/28).
- 37. Magnetische Resonantie Beeldvorming (D/2006/10.273/32).



- 38. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV) (D/2006/10.273/35).
- 39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuil technologieën: totale discusprothese en vertebro/ballon kyfoplastie (D/2006/10.273/38).
- 40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesitherapie in België? (D/2006/10.273/40).
- 41. Klinische kwaliteitsindicatoren (D/2006/10.273/43).
- 42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België (D/2006/10.273/45).
- 43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen (D/2006/10.273/48).
- 44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen (D/2006/10.273/50).
- 45. Colorectale kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België (D/2006/10.273/57).
- 46. Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood (D/2006/10273/59).
- 47. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen (D/2006/10.273/61).
- 48. Chronische lage rugpijn (D/2006/10.273/63).
- 49. Antivirale middelen bij seizoensgriep en griep пандеміе. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijn (D/2006/10.273/65).
- 50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen (D/2006/10.273/68).

2007

- 51. Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar (D/2007/10.273/01).
- 52. Rapid Assessment: Cardiovasculaire primaire preventie in de Belgische huisartspraktijk (D/2007/10.273/03).
- 53. Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen (D2007/10.273/06).
- 54. Kosten-effectiviteitsanalyse van rotavirus vaccinatie van zuigelingen in België (D2007/10.273/09).
- 55. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen (D2007/10.273/12).
- 56. Orthopedisch materiaal in België (D2007/10.273/14).
- 57. Organisatie en financiering van musculoskeletale en neurologische revalidatie in België (D2007/10.273/18).
- 58. De implanteerbare defibrillator (D2007/10.273/21).
- 59. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde (D2007/10.273/24).



- 60. Longfunctie testen bij volwassenen (D2007/10.273/27).
- 61. Vacuümgeassisteerde wondbehandeling: een Rapid Assessment (D2007/10.273/30).
- 62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT) (D2007/10.273/32).
- 63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. (D2007/10.273/35).
- 64. HPV Vaccinatie ter preventie van baarmoederhalskanker in België (D/2007/10.273/41).
- 65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België (D/2007/10.273/44).
- 66. Drug Eluting Stents in België (D/2007/10.273/47).
- 67. Hadrontherapie (D/2007/10.273/50).
- 68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars (D/2007/10.273/52).
- 69. Kwaliteit van rectale kankerzorg, fase 1: Een praktijkrichtlijn voor rectale kanker (D/2007/10.273/54).
- 70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma’s in Europa (D/2008/10.273/01).
- 71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk (D/2008/10.273/04).
- 72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen (D/2008/10.273/07).
- 73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen (D2008/10.273/11).

2008

- 74. Hyperbare zuurstoftherapie: Rapid Assessment (D/2008/10.273/13).
- 75. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker (D/2008/10.273/16).
- 76. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? (D/2008/10.273/18).
- 77. Orthodontie bij kinderen en adolescenten (D/2008/10.273/20).
- 78. Richtlijnen voor farmaco-economische evaluaties in België (D/2008/10.273/23).
- 79. Terugbetaling van radioisotopen in België (D/2008/10.273/25).
- 80. Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg (D/2008/10.273/35).
- 81. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase 2: ontwikkeling en test van een set van kwaliteitsindicatoren (D/2008/10.273/38).



- 82. 64-Slice computertomografie van de kransslagaders bij patiënten met vermoeden van coronaire hartziekte (D/2008/10.273/40).
- 83. Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heelkunde (D/2008/10.273/43).
- 84. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden (D/2008/10.273/46).
- 85. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België (D/2008/10.273/49).
- 86. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen (D/2008/10.273/52).
- 87. Het gebruik van kinesitherapie en van fysische geneeskunde en revalidatie in België (D/2008/10.273/54).
- 88. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie (D/2008/10.273/58).
- 89. Rapid assessment van enkele nieuwe behandelingen voor prostaatkanker en goedaardige prostaathypertrofie (D/2008/10.273/61).
- 90. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen (D/2008/10.273/63).
- 91. Hoorapparaten in België (D/2008/10.273/67).
- 92. Nosocomiale infecties in België, deel 1: nationale prevalentiestudie (D/2008/10.273/70).
- 93. Detectie van adverse events in administratieve databanken (D/2008/10.273/73).
- 94. Intensieve maternele verzorging (Maternal Intensive Care) in België (D/2008/10.273/77).
- 95. Percutane hartklep implantatie bij congenitale en degeneratieve klepletsels (D/2008/10.273/79).
- 96. Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekerings-overeenkomsten (D/2008/10.273/82).
- 97. NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie (D/2008/10.273/84).
- 98. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België (D/2008/10.273/88).
- 99. Financiering van het geriatisch dagziekenhuis (D/2008/10.273/90).
- 100. Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg (D/2008/10.273/94).
- 101. Videoregistratie van endoscopische chirurgische interventies: rapid assessment (D/2008/10.273/97).

2009

- 102. Nosocomiale infecties in België, deel 2: impact op mortaliteit en kosten (D/2009/10.273/01).
- 103. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek “therapeutische projecten” - eerste tussentijds rapport (D/2009/10.273/04).
- 104. Robotgeassisteerde chirurgie (D/2009/10.273/07).



- 105.** Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van pancreaskanker (D/2009/10.273/10).
- 106.** Magnetische Resonantie Beeldvorming: kostenstudie (D/2009/10.273/14).
- 107.** Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België (D/2009/10.273/16).
- 108.** Tiotropium in de behandeling van Chronisch Obstructief Longlijden (COPD) (D/2009/10.273/18).
- 109.** De waarde van EEG en geëvokeerde potentialen in de klinische praktijk (D/2009/10.273/21).
- 110.** Positron Emissie Tomografie: een update (D/2009/10.273/24).
- 111.** Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment (D/2009/10.273/27).
- 112.** Beleid voor zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen (D/2009/10.273/30).
- 113.** Het volume van chirurgische ingrepen en de impact ervan op de uitkomst: haalbaarheidsstudie op basis van Belgische gegevens (D/2009/10.273/33).
- 114.** Endobronchiale kleppen bij de behandeling van ernstig longemfyseem: een “rapid” Health Technology Assessment (D/2009/10.273/37).
- 115.** Organisatie van palliatieve zorg in België (D/2009/10.273/40).
- 116.** Rapid assessment van interspinale implantaten en pedikelschroeven voor dynamische stabilisatie van de lumbale wervelkolom (D/2009/10.273/44).
- 117.** Gebruik van point-of care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie (D/2009/10.273/47).
- 118.** Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van “Pay for Quality” programma’s in België (D/2009/10.273/50).
- 119.** Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling (D/2009/10.273/54).
- 120.** Hoe zelfvoorziening in stabiele plasmaderivaten voor België verzekeren? (D/2009/10.273/57).

2010

- 121.** Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een “all-in” pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen (D/2010/10.273/01).
- 122.** Financiering van de thuisverpleging in België (D/2010/10.273/05).
- 123.** Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek “therapeutische projecten” - tweede tussentijds rapport (D/2010/10.273/08).



- 124.** Organisatie en financiering van chronische dialyse in België (D/2010/10.273/11).
- 125.** Invloed van onafhankelijke artsenbezoekers op de praktijk van artsen in de eerste lijn (D/2010/10.273/14).
- 126.** Het referentieprijssysteem en socio-economische verschillen bij het gebruik van goedkopere geneesmiddelen (D/2010/10.273/18).
- 127.** Kosteneffectiviteit van antivirale behandeling voor chronische hepatitis B in België. Deel 1: Literatuuroverzicht en resultaten van een nationale studie (D/2010/10.273/22).
- 128.** Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem (D/2010/10.273/25).
- 129.** Borstkankerscreening tussen 40 en 49 jaar (D/2010/10.273/28).
- 130.** Kwaliteitscriteria voor stageplaatsen van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten (D/2010/10.273/33).
- 131.** Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis (D/2010/10.273/37).
- 132.** Is neonatale screening op mucoviscidose aangewezen in België? (D/2010/10.273/41).
- 133.** Optimalisatie van de werkingsprocessen van het Bijzonder Solidariteitsfonds (D/2010/10.273/44).
- 134.** De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie (D/2010/10.273/47).
- 135.** Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten (D/2010/10.273/49).
- 136.** Bewaking op afstand van patiënten met geïmplanteerde defibrillatoren. Evaluatie van de technologie en breder regelgevend kader (D/2010/10.273/53).
- 137.** Pacemakertherapie voor bradycardie in België (D/2010/10.273/56).
- 138.** Het Belgische gezondheidssysteem in 2010 (D/2010/10.273/59).
- 139.** Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen (D/2010/10.273/62).
- 140.** Cardiale revalidatie: klinische doeltreffendheid en gebruik in België (D/2010/10.273/65).
- 141.** Statines in België: evolutie in het gebruik en invloed van het terugbetalingsbeleid (D/2010/10.273/69).
- 142.** Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor testiskanker (D/2010/10.273/72).
- 143.** Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor borstkanker (D/2010/10.273/75).
- 144.** Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? (D/2010/10.273/78).
- 145.** Cardiale Resynchronisatie Therapie (D/2010/10.273/82).



- 146.** Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek “therapeutische projecten” (D/2010/10.273/85).
- 147.** Terugbetalingssystemen voor geneesmiddelen: internationale vergelijking en beleidsaanbevelingen (D/2010/10.273/88).
- 148.** Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België (D/2010/10.273/91).
- 149.** Kwaliteitsindicatoren in oncologie: teelbalkanker (D/2010/10.273/96).
- 150.** Kwaliteitsindicatoren in oncologie: borstkanker (D/2010/10.273/99).
- 151.** Kosteneffectiviteit van vaccinatie tegen windpokken bij kinderen en tegen zona bij ouderen in België (D/2010/10.273/102).

2011

- 152.** Kwaliteitsindicatoren in oncologie: voorwaarden voor het opzetten van een kwaliteitssysteem (D/2011/10.273/01).
- 153.** Acupunctuur: situatie in België (D/2011/10.273/04).
- 154.** Stand van zaken van de homeopathie in België (D/2011/10.273/12).
- 155.** Kosteneffectiviteit van 10- en 13-valent geconjugeerde pneumokokkenvaccins bij kinderen (D/2011/10.273/19).
- 156.** Zuurstoftherapie thuis (D/2011/10.273/23).
- 157.** Economische evaluatie van antivirale behandeling van chronische hepatitis B in België: Deel 2 (D/2011/10.273/27).
- 158.** De klinische evaluatie vóór markttoegang van innovatieve hoogrisico medische hulpmiddelen (D/2011/10.273/29).
- 159.** Geneesmiddelen ter preventie van osteoporotische fractures (D/2011/10.273/32).
- 160.** Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? (D/2011/10.273/35).
- 161.** Kwaliteit van rectale kankerzorg - fase 3: statistische methoden om centra te benchmarken met een set van kwaliteitsindicatoren (D/2011/10.273/38).
- 162.** Vaccinatie tegen seizoensinfluenza : prioritaire doelgroepen - Deel 1 (D/2011/10.273/43).
- 163.** Transcatheter aortakunstklep implantatie (TAVI): een Health Technology Assessment actualisatie. (D/2011/10.273/46).
- 164.** Diagnose en behandeling van spataders in de benen (D/2011/10.273/50).
- 165.** Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak (D/2011/10.273/53).

- 166.** Recht op een hospitalisatieverzekering voor mensen met een chronische ziekte of handicap (D/2011/10.273/59).
- 167.** Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025 (D/2011/10.273/63).
- 168.** Een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van cervixkanker (D/2011/10.273/69).
- 169.** Geplande zorg voor buitenlandse patiënten: impact op het Belgische gezondheidszorgsysteem (D/2011/10.273/71).
- 170.** Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: literatuurstudie en internationaal overzicht (D/2011/10.273/76).
- 171.** Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? (D/2011/10.273/83).
- 172.** Borstkankerscreening: hoe vrouwen met een verhoogd risico identificeren - welke beeldvorming gebruiken? (D/2011/10.273/90).
- 173.** Hepatitis C: screening en preventie (D/2012/10.273/01).
- 174.** Stakeholder Involvement in de KCE werkprocessen (D/2012/10.273/09).

2012

- 175.** Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario (D/2012/10.273/12).
- 176.** Opsporing van borstkanker tussen 70 en 74 jaar (D/2012/10.273/18).
- 177.** Regionale verschillen in de incidentie van schildklierkanker in België: rol van de diagnostische en therapeutische aanpak van schildklierpathologie (D/2012/10.273/23).
- 178.** Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies (D/2012/10273/29).
- 179.** Update van de praktijkrichtlijn voor slokdarm- en maagkanker (D/2012/10273/32).
- 180.** Vereenvoudiging van de remgelden: toepassing op de raadplegingen en huisbezoeken van artsen (D/2012/10.273/36).
- 181.** Stroke units: doeltreffendheid en kwaliteitsindicatoren (D/2012/10.273/41).
- 182.** Profylactisch verwijderen van verstandskiezen in de afwezigheid van pathologie: rapid assessment. (D/2012/10273/47).
- 183.** Belgische richtlijnen voor economische evaluaties en budget impact analyses: tweede editie (D/2012/10273/52).
- 184.** Katheter-ablatie van voorkamerfibrillatie (D/2012/10.273/55).
- 185.** Ondersteunde therapie bij kanker - Deel 1: Oefentherapie (D/2012/10.273/59).



- 186. Bepaling van het remgeld in functie van de maatschappelijke waarde van een verstrekking of product (D/2012/10.273/62).
- 187. Het gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden in KCE studies (D/2012/10.273/66).
- 188. Bewaking van de vaccinveiligheid in België: plaats en beperkingen van een benadering gebaseerd op achtergrondincidenties (D/2012/10.273/69).
- 189. Neuromodulatie bij chronische pijn: ingeplante ruggenmerg stimulators en pompen voor de intrathecale toediening van analgetica (D/2012/10.273/74).
- 190. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België (D/2012/10.273/79).
- 191. Ondersteunende therapie bij kanker - Deel 2: Preventie en behandeling van nevenwerkingen van chemotherapie en radiotherapie (D/2012/10.273/86).
- 192. Evolutie van daghospitalisatie: impact van de financiering en regelgeving (D/2012/10.273/89).



Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding. Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (www.kce.fgov.be).



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

Doorbuilding · Kruidtuinlaan 55 Boulevard du Jardin Botanique · Brussel 1000 Bruxelles
T +32 2 287 33 88 · info@kce.fgov.be · www.kce.fgov.be



www.kce.fgov.be