

CORRECTIE VAN REFRACTIEVE OOGAFWIJKINGEN BIJ VOLWASSENEN

DEEL 1: PERCEPTIES EN ERVARINGEN – SYNTHESE





Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

	Effectieve Leden	Plaatsvervangende Leden
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruyse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Vinciane Quidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	



Controle

Regeringscommissaris

Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur
Adjunct Algemeen Directeur
Programmadirectie

Raf Mertens
Christian Léonard
Kristel De Gauquier

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Doorbuilding (10^e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
België

T +32 [0]2 287 33 88
F +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
<http://www.kce.fgov.be>

CORRECTIE VAN REFRACTIEVE OOGAFWIJKINGEN BIJ VOLWASSENEN

DEEL 1: PERCEPTIES EN ERVARINGEN – SYNTHESE

WENDY CHRISTIAENS, LAURENCE KOHN, CAROLINE OBYN, LIESBETH DE WINTER, SIGRID GUSSÉ, NOÉMIE DEFOURNY, CHRIS DE LAET,
DOMINIQUE PAULUS



COLOFON

Titel:	Correctie van refractieve oogafwijkingen bij volwassenen Deel 1: percepties en ervaringen – Synthese
Auteurs:	Wendy Christiaens (KCE), Laurence Kohn (KCE), Caroline Obyn (KCE), Liesbeth De Winter (Ipsos), Sigrid Gussé (GfK Significant), Noémie Defourny (KCE), Chris De Laet (KCE), Dominique Paulus (KCE)
Reviewers:	Stephan Devriese, Carine Van De Voorde
Externe experts:	Jacques Boly (Alliance Nationale de Mutualités Chrétiennes), Ann Ceuppens (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Ilse Claerhout (AZ Maria Middelaars - Campus Sint-Jozef - Gentbrugge), Ignace Fransman (Algemene Professionele Opticiens en Optometristen Bond van België), Véronique Gosselain (Université Catholique de Louvain), Jos Rozema (Universitair Ziekenhuis Antwerpen), Johan Van der Heyden (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel), Rob Van Horenbeeck (Belgian Society of Cataract and Refractive Surgeons), Bert Winnen (RIZIV), Antonine Wyffels (INAMI)
Acknowledgements:	Karen Lefever, (GfK Significant), Ellen Loix (GfK Significant), Hilde Muermans (Ipsos), Xavier Storms (Ipsos), Marie-José Tassignon (UZ Antwerpen), Annick Van Den Heuvel (Brailleliga) en alle personen die de telefonische enquête beantwoordden en deelnamen aan de interviews.
Externe validatoren:	Catherine Fallon (Université de Liège), An Jacobs (Vrije Universiteit Brussel), Jean Macq (Université Catholique de Louvain)
Andere gemelde belangen:	Alle experts die in deze studie werden geconsulteerd werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid binnen de sector van oftalmologie (opticiens en terugbetaling inbegrepen). Daarom kunnen ze potentieel belangen hebben van diverse aard met betrekking tot het onderwerp van deze studie.
Layout:	Sophie Vaes

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**



Publicatiedatum: 19 juli 2013 (2nd edition; 1st edition: 28 juni 2013)
Domein: Health Services Research (HSR)
MeSH: Refractive errors; Refractive surgical procedures; lenses; qualitative research; epidemiology
NLM classificatie: WW 300
Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2013/10.273/23

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Christiaens W, Kohn L, De Winter L, Gussé S, Defourny N, De Laet C, Paulus D. Correctie van refractieve oogafwijkingen bij volwassenen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 202As. D/2013/10.273/23.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.



■ VOORWOORD

Wanneer een lichamelijk probleem bij ruim meer dan de helft van de bevolking voorkomt, en vanaf middelbare leeftijd bijna veralgemeend wordt, kunnen we dat dan nog een ziekte noemen? En wordt de gezonde dan niet, statistisch gezien, de abnormale? Een filosofische vraag misschien, maar niet zonder implicaties voor de ziekteverzekering. De refractieve oogafwijkingen – bijziendheid, verziendheid, astigmatisme – plaatsen ons voor een dergelijk vraagstuk. Ze situeren zich in dat brede grensgebied tussen gezondheidszorg en de gewone ‘ongemakken des levens’. Zo ook de oplossingen (dan wel ‘behandelingen’) ervoor. Mensen kopen bijvoorbeeld leesbrilletjes buiten elk medisch circuit om.

De zwaardere afwijkingen worden uiteraard wél medisch opgevolgd. Maar de opkomst van de lasertechnieken en andere heelkundige ingrepen, ook voor lichte afwijkingen, betekent de facto een zich uitbreidende medicalisering van het probleem. Een medicalisering die zich overigens in belangrijke mate afspeelt buiten het kader van de ziekteverzekering en klassieke zorgcircuits om, en dus ook moeilijker in kaart te brengen is.

Het is precies de doelstelling van deze studie – de eerste van een tweeluik – om de problematiek in kaart te brengen vanuit een maatschappelijk perspectief. Hoe percipieert onze bevolking het probleem, en wat zijn de attitudes en ervaringen met betrekking tot de beschikbare hulpmiddelen: bril, contactlenzen en ingrepen? Op zichzelf levert dat geen schokkende ontdekkingen op, maar wel een goede basis om de reflectie over de plaats van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering hierin een zeker houvast te bieden.

In het tweede luik van de studie, dat in het najaar verschijnt, gaan we dieper in op de werkzaamheid, veiligheid en toegankelijkheid van de laserbehandelingen en andere heelkundige correctiemethoden. De huidige studie zal hierbij zeker als een nuttig referentiekader kunnen dienen.

Ook al gaat het niet noodzakelijk om een ernstige ‘ziekte’, toch is een stoornis van de gezichtsscherpte een probleem dat ontzettend veel mensen aanbelangt en voor heel wat ongemak en uitgaven zorgt. Zet dus zonder schroom de leesbril op, voor een scherper beeld van hoe dit onder onze bevolking leeft.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ SAMENVATTING

Een bril of contactlenzen die corrigeren voor refractieve oogafwijkingen – myopie (bijziendheid), astigmatisme en hypermetropie (verziendheid), inclusief presbyopie (ouderdoms-verziendheid) – worden in België alleen terugbetaald voor de ernstigste afwijkingen. Oogchirurgie ter correctie van refractieafwijkingen (laser-chirurgie en intra-oculaire lenzen) valt volledig buiten de verplichte ziekteverzekering.

Het doel van deze studie is tweërlei:

- Enerzijds poogden we een beeld te krijgen van de gerapporteerde frequentie van refractieve oogafwijkingen bij een steekproef van de Belgische bevolking door middel van een grootschalige telefoonsurvey (N=4234),
- Anderzijds wilden we weten hoe refractieve oogafwijkingen en de beschikbare correctiemiddelen gepercipieerd en ervaren worden. Daartoe werden individuele face-to-face interviews (N=36) afgenomen bij personen die een refractieve oogchirurgie hebben overwogen of ondergaan.

De eerste vaststelling is dat de refractieve oogafwijkingen een veel voorkomend probleem zijn: 7 op 10 respondenten rapporteren ten minste één type van afwijking. Bijziendheid is de meest voorkomende vorm (38.4%) kort gevolgd door ouderdomsverziendheid (35.7%). Astigmatisme (10.8%) en verziendheid (8.9%) worden minder frequent genoemd. Een opvallende vaststelling is dat respondenten vaak een weinig accurate kennis hebben over hun oogafwijking, in het bijzonder hun dioptrie.

Twee derde van de respondenten gebruikt een correctiemiddel, en dit is in 95.7% van de gevallen een bril. Eén op 20 respondenten corrigeert evenwel niet voor de gerapporteerde afwijking.

Oudere personen kiezen frequenter voor een bril terwijl jongeren vaker kiezen voor contactlenzen. Daarnaast zijn vrouwen meer geneigd om te kiezen voor contactlenzen dan mannen (16.8 versus 9.7%).

Van de respondenten die een refractieve oogafwijking vermelden, consulteerde 6% nooit een oogarts of opticien, nochtans draagt twee derde van hen wel een bril.



De gebruikers van correctiemiddelen zijn hierover in het algemeen zeer tevreden: 96.3% voor een bril, 93.9% voor lenzen en 85.7% voor oogchirurgie. De vaakst geformuleerde kritiek is de hoge prijs. Een derde van de respondenten (met of zonder oogafwijking) zegt bereid te zijn om meer belastingen of sociale bijdragen te betalen opdat correctiemiddelen zouden terug betaald worden door de verplichte ziekteverzekering. Het is opmerkelijk dat dit percentage hoger ligt voor de terugbetaling van refractieve oogchirurgie, dan voor een bril of contactlenzen.



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SAMENVATTING	2
■	SYNTHESE	4
1.	ACHTERGROND EN SCOPE	6
2.	REFRACTIEVE OOGAFWIJKINGEN: EEN VEEL VOORKOMENDE STOORNIS MET IMPACT OP DE PATIËNT	7
2.1.	WAT IS EEN REFRACTIEFOUT?.....	7
2.2.	REFRACTIEFOUTEN ZIJN EEN VEEL VOORKOMEND PROBLEEM IN BELGIË EN IN HET BUITENLAND	8
2.3.	REFRACTIEFOUT: CONCRETE IMPACT VOOR DE PATIËNT	8
2.4.	CONSULTEREN VOOR OOGPROBLEMEN BLIJKT NIET VOOR IEDEREEN VANZELFSPREKEND	9
3.	CORRECTIE VAN REFRACTIEFOUTEN	9
3.1.	EEN BRIL GENIET DE VOORKEUR, MAAR IS NIET DE OPTIMALE OPLOSSING VOOR IEDEREEN	9
3.2.	CONTACTLENZEN WORDEN GEAPPRECIËRD MAAR HEBBEN BIJWERKINGEN	10
3.3.	REFRACTIEVE OOGCHIRURGIE: EEN RECENTERE EN POTENTIEEL INTERESSANTE OPLOSSING.....	10
3.3.1.	Refractieve chirurgie: een luxe-chirurgie met aanzienlijke voordelen.....	11
3.3.2.	Een lang besluitvormingsproces	11
4.	UITGAVEN VAN DE PATIËNT	12
4.1.	TERUGBETALING VAN OOGCORRECTIEMETHODEN IN BELGIË.....	12
4.1.1.	Terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering voor specifieke aandoeningen	12
4.1.2.	Vaste bedragen van bijkomende verzekering	12
4.2.	CORRECTIE VAN HET GEZICHTSVERMOGEN: VAAK EEN AANZIENLIJKE KOST	12
4.2.1.	Brillen: de kosten voor de patiënt nemen toe met de leeftijd	12
4.2.2.	Contactlenzen: de uitgaven hangen af van het lenstype	12



	4.2.3. Chirurgie: ramingen lopen sterk uiteen	12
5.	CONCLUSIES	13
■	AANBEVELINGEN	14



1. ACHTERGROND EN SCOPE

Traditioneel behoort de correctie van refractiefouten van het oog – myopie (bijziendheid), astigmatisme en hypermetropie (verziendheid), waaronder presbyopie (ouderdomsverziendheid) – tot het grensgebied van de ziekteverzekering, waarbij een bril of contactlenzen slechts voor de ernstigste gevallen worden terugbetaald.

Bovendien valt refractieve oogchirurgie (d.w.z. laserchirurgie en intra-oculaire lenzen) volledig buiten de verplichte ziekteverzekering, maar is er wel vaak een tegemoetkoming door de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen of door private verzekeringen. Gezien de frequentie waarmee refractiefouten voorkomen, hoeft het niet te verbazen dat de kwestie van refractieve oogchirurgie veel stakeholders bezighoudt.

Dit onderzoeksonderwerp werd trouwens aan het KCE voorgesteld door niet minder dan vier stakeholders: de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV - INAMI) en een ziekenfonds. De meeste vragen gingen over de (kosten-)effectiviteit van refractieve oogchirurgie, maar er was ook de problematiek van privéklinieken die refractieve chirurgie aanbieden buiten het klassieke gezondheidszorgsysteem.

Gezien het grote aantal vragen werd het onderwerp opgesplitst in twee onderzoeksprojecten:

- Dit rapport beschrijft een grootschalig onderzoek naar de stoornissen van de gezichtsscherpte (meer bepaald refractiefouten) die worden gerapporteerd door de bevolking en peilt naar de perceptie ervan.
- Het tweede rapport wordt een health technology assessment van de refractieve oogchirurgie-technieken.

Dit rapport is gebaseerd op twee manieren van gegevensverzameling:

- Een **telefonische enquête** over gerapporteerde refractiefouten bij volwassenen in België. Door middel van een quotasteekproef, contacteerde een callcentrum in totaal 16 302 personen, wat resulteerde in 4 234 voltooidde interviews. Er werd voor gezorgd dat zowel mobiele telefoons als vaste telefoonnummers werden opgenomen in de enquête. De steekproefkenmerken zijn vergelijkbaar

met de kenmerken van de Belgische populatie; dit wordt in detail beschreven in het wetenschappelijk rapport. Deze vergelijkbaarheid houdt echter geen strikte representativiteit in.

- Een **kwalitatief onderzoek** over de perceptie van refractiefouten binnen een steekproef van volwassenen die refractieve chirurgie voor myopie of hyperopie in overweging namen, gepland hadden of ondergingen. De onderzoekers namen individuele face-to-face interviews af van 36 respondenten. Om een evenwichtige doelgerichte steekproef op te bouwen, werd onder meer gekeken naar de verdeling van de volgende criteria: leeftijd, taal, sociale klasse, ernst van de refractiefout en of de respondent de procedure slechts in overweging nam of plande, versus reeds onderging.



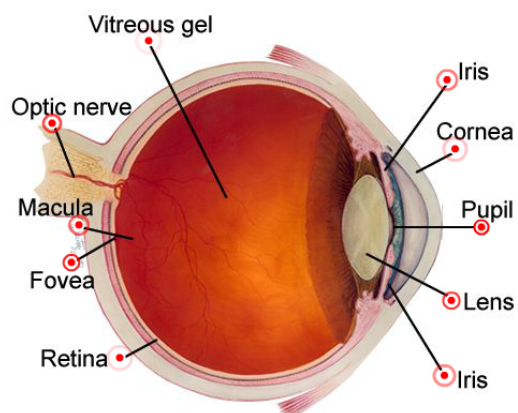
2. REFRACTIEVE OOGAFWIJINGEN: EEN VEEL VOORKOMENDE STOORNIS MET IMPACT OP DE PATIËNT

2.1. Wat is een refractiefout?

Het oog is een zeer complex orgaan dat in zekere mate functioneert zoals een camera.

- Het doorzichtige hoornvlies vangt het licht op dat van buiten komt.
- Het licht gaat doorheen de pupil en wordt vervolgens door de adaptieve kristallens die zich achter de pupil bevindt verder scherpgesteld. Door van vorm te veranderen wijzigt deze lens de brandpuntsafstand van het oog zodat het zich kan aanpassen (accommoderen) aan voorwerpen op verschillende afstanden.
- Tenslotte komt het licht terecht op het netvlies, een gevoelig weefsel dat de binnenkant van het oog bekleedt: het netvlies zet de optische beelden om in elektrochemische signalen die worden doorgegeven aan het centraal zenuwstelsel via de oogzenuw.

Figuur 1 – Anatomie van het oog[Error! Hyperlink reference not valid.](#)



Refractiefouten ontstaan wanneer door de vorm van het oog het brandpunt van het beeld niet precies op het netvlies terechtkomt. De oogbal kan te lang of te kort zijn, maar ook wijzigingen in de vorm van het hoornvlies of veroudering van de lens kunnen refractiefouten veroorzaken. De meest voorkomende symptomen zijn verminderde gezichtsscherpte, wazig zicht, vermoeide ogen en hoofdpijn.

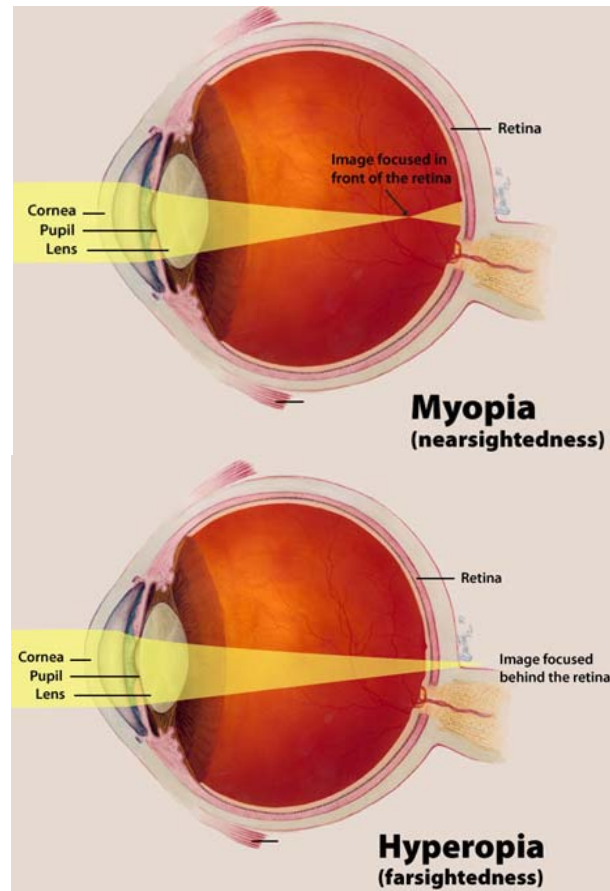
Er zijn vier types refractiefouten:

- **Myopie** (bijziendheid) is een aandoening waarbij het beeld van een ver weg gelegen voorwerp vóór het netvlies terechtkomt (zie Figuur 2). Daardoor neemt de persoon nabij gelegen voorwerpen scherp waar, maar voorwerpen die zich verder weg bevinden ziet men wazig.
- **Hypermetropie** (verziendheid of hyperopie) is een aandoening waarbij het beeld van een nabij gelegen voorwerp achter het netvlies wordt geprojecteerd (zie Figuur 2). Daardoor worden nabij gelegen voorwerpen niet scherp waargenomen.
- **Presbyopie** (ouderdomsverziendheid) is een leeftijdsspecifiek type van verziendheid dat ontstaat door de verharding van de ooglens waardoor het vermogen om te accommoderen afneemt.
- **Astigmatisme** is een afwijkende kromming van het hoornvlies waardoor het oog de lichtstralen niet gelijkmatig op het netvlies laat samenkomen.

Men spreekt van **anisometropie** wanneer elk oog een verschillende refractiefout vertoont. Beide ogen kunnen hetzelfde type refractiefout vertonen met grote verschillen in gezichtsscherpte of elk oog kan een verschillende fout hebben, bijvoorbeeld respectievelijk hypermetropie en myopie.

Er dient opgemerkt te worden dat **cataract** geen refractiefout is, maar wordt veroorzaakt door een vertroebeling van de ooglens, die vaak samenhangt met de leeftijd. Vandaag zijn er echter ook technieken voor het corrigeren van refractiefouten die sterk lijken op het vervangen van de intra-oculaire lens bij cataractchirurgie (zie rubriek 3.3, implanteren van intra-oculaire lenzen).

Figuur 2 – Refractiefout bij myopie en hypermetropie¹



2.2. Refractiefouten zijn een veel voorkomend probleem in België en in het buitenland

Tijdens de telefonische enquête rapporteerde bijna 90% van de respondenten een goede, zeer goede of perfecte gezichtsscherpte, met of zonder het gebruik van een correctiemethode. Ongeveer 7 op 10 respondenten vermeldde minstens één type refractiefout: myopie komt het meest voor (38,4%), en vervolgens presbyopie (35,8%). Astigmatisme (10,9%) en hypermetropie (9,0%) worden minder vaak genoemd. Bijna de helft van de respondenten hadden geen idee van de ernst van hun refractiefout (d.w.z. hun dioptrie, zelfs niet bij benadering).

Leeftijd, geslacht en sociale klasse hebben een invloed op de antwoorden:

- ongeveer de helft van de respondenten jonger dan 45 jaar meldt een refractiefout maar dit percentage stijgt tot 95,3% in de groep ouder dan 65 jaar;
- vrouwen vermelden vaker myopie (43,6%) dan mannen (33,1%);
- mensen met een hogere sociaal-economische status (SES) melden vaker een refractiefout, vooral myopie (43,2% versus 33,0% bij de laagste SES-groep).

Een belangrijke beperking van deze cijfers is het feit dat ze door de geïnterviewden zelf gerapporteerd worden. Vergelijking met andere onderzoeken gebaseerd op objectieve metingen is daarom een delicate kwestie. Gegevens uit de internationale literatuur geven echter een idee van hoe vaak het probleem in andere Westerse landen voorkomt. Een Nederlands onderzoek bij ziekenhuispersoneel trof 29,7% myopische en 9,9% hyperopische ogen aan. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met die gepubliceerd over 6 Westerse populaties (n= 29 281) waar ongeveer een derde van de personen van 40 jaar of ouder een refractiefout had. De prevalentie neemt toe met de leeftijd zoals wordt aangetoond door een nationaal onderzoek in de VS: respectievelijk 46,3%, 50,6% en 62,7 % in de leeftijdsgroepen van 20-39 jaar, 40-59 jaar en ouder dan 60 jaar.



2.3. Refractiefout: concrete impact voor de patiënt

De deelnemers aan de persoonlijke interviews beschouwden de impact van een refractiefout op het dagelijks leven als substantieel, en dit was vooral zo bij respondenten met myopie. Zo meldde men dat een refractiefout een invloed heeft op de eigenwaarde (d.w.z. men voelt zich onbekwaam en gehandicapt) en leidt tot gêne (het niet kunnen herkennen van mensen, gevaar). Deze gevoelens hangen af van de ernst van de refractiefout. Daarnaast kunnen een bril of contactlenzen om de refractiefout(en) te corrigeren de vrijheid beperken en een invloed hebben op het dagelijks leven, zoals wordt uiteengezet in onderstaande rubrieken 3.1 en 3.2 .

2.4. Consulteren voor oogproblemen blijkt niet voor iedereen vanzelfsprekend

Zeven op tien respondenten verklaarden dat ze ooit een oogarts consulteerden (75,2% voor de vrouwen, 65,0% voor de mannen). Dit percentage was 43,1% voor het raadplegen van een opticien.

Een op twintig respondenten die een refractiefout rapporteerden, verklaarde dat hij/zij noch een oogarts, noch een opticien raadpleegde. Toch dragen twee van de drie personen in deze groep (voornamelijk oudere respondenten) wel een bril. De vaakst vermelde reden voor het niet consulteren is dat men "dat niet nodig vond".

3. CORRECTIE VAN REFRACTIEFOUTEN

Twee derde (65,6%) van de geïnterviewde populatie rapporteert het gebruik van een correctiemethode: bril, contactlenzen (zacht of hard) en/of chirurgie.

3.1. Een bril geniet de voorkeur, maar is niet de optimale oplossing voor iedereen

De vaakst gebruikte correctiemethode is een bril: geantwoord door 95,7% van alle respondenten die een correctiemethode gebruiken in dit onderzoek. Bijna alle respondenten die een bril dragen (96,3%) zijn hierover tevreden, vooral jongere respondenten. Ruim een vierde van de mensen die een bril dragen vinden het een comfortabele correctiemethode (25,8%). Een bril is ook praktisch voor mensen die slechts voor specifieke activiteiten een correctiemethode nodig hebben (17,9%) (bijv. om kleine letters te lezen of om televisie te kijken). Voor sommige, vooral oudere respondenten is het opteren voor een bril eerder een gewoonte dan een bewuste keuze (8,8%). Eén op de zes respondenten die een bril dragen, verklaren dat zij geen andere keuze hadden wegens teveel bijwerkingen van contactlenzen. Anderen (9,8%) verklaarden ook dat een bril de enige optie was omdat hun stoornis hen niet toeliet om contactlenzen te dragen.

De deelnemers aan zowel de telefonische enquête als de individuele diepte-interviews vermeldden ook de nadelen van een bril, zoals:

- de prijs: een vierde van de respondenten die een bril dragen (24,5%) vonden de prijs te hoog. Sommige geïnterviewden die oogchirurgie overwogen of ondergingen, hoopten dat ze op lange termijn zouden besparen omdat ze geen bril meer nodig hebben.
- overlast en ongemak: een op 10 respondenten die een bril dragen, zijn niet tevreden over het gebruiksgemak. Geïnterviewden verklaarden dat het niet makkelijk is een bril te dragen tijdens sportbeoefening of voor specifieke jobs. Bovendien wordt een bril vuil en drukt hij op de neus.
- esthetische problemen: werden vermeld door 8% van de respondenten in de enquête en door enkele geïnterviewden (met de eruit voortvloeiende negatieve gevoelens);



- perceptie door anderen: geïnterviewden verklaarden dat een bril de reactie van anderen kan beïnvloeden, waardoor men zich anders of gehandicapt voelt.

3.2. Contactlenzen worden geapprecieerd maar hebben bijwerkingen

Slechts 13,6% (n=377) van de bestudeerde populatie draagt contactlenzen en 3 op 4 gebruikers combineren ze met een bril. De populairste lenzen zijn zachte maandlenzen (64,5%), gevolgd door zachte daglenzen (17,2%). Jongere leeftijdsgroepen zullen sneller opteren voor lenzen (71,8% van de gebruikers is jonger dan 45 jaar). Vrouwen zijn ook eerder geneigd om lenzen te dragen (16,8%) dan mannen (9,7%).

Ongeveer de helft van de contactlensgebruikers (54,6%) verklaarde ze de hele tijd te dragen. Andere respondenten dragen ze voor specifieke activiteiten, vooral om te sporten (66,1%), uit te gaan (55,0%) en te werken (31,6%). Wanneer contactlenzen worden gebruikt in combinatie met een bril, worden ze meestal gedragen tijdens de dag of op specifieke momenten (bijv. tijdens het werk, wanneer aan sport wordt gedaan, wanneer wordt uitgegaan), terwijl men de bril draagt wanneer men thuis komt.

Er werden meer voordelen genoemd voor contactlenzen dan voor een bril:

- comfort (in de enquête vermeld door de helft van de respondenten die lenzen dragen): de geïnterviewden verklaarden dat het zicht met contactlenzen zo goed als perfect is, en dat lenzen een gevoel van vrijheid bieden;
- gemakkelijk voor specifieke activiteiten, vooral sport (in de enquête vermeld door een derde van de respondenten die lenzen dragen);
- esthetische overwegingen (belangrijk voor een vierde van de gebruikers in de enquête): sommige geïnterviewden verklaarden ook dat zij zich beter voelen over hun uiterlijk zonder een bril;
- de geïnterviewden voegden er ook aan toe dat het dragen van contactlenzen kan leiden tot gemakkelijkere relaties/interacties met anderen, omdat men zich meer zelfzeker voelt.

Contactlenzen zijn echter niet de beste optie voor iedereen. De respondenten van de enquête die stopten met het dragen van lenzen

rapporteerden bijwerkingen (63%), moeilijkheden bij het gebruik (29,6%) en de onbeschikbaarheid van een geschikte lens voor hun refractiefout (7,1%). De geïnterviewden meldde vermoeide ogen, droge/tranende ogen en infectie als bijwerkingen. Sommigen hadden een gevoel van onzekerheid dat gelinkt was aan de aanwezigheid van een vreemd voorwerp in het oog. Bovendien betekent een combinatie met een bril een bijkomende last. Tenslotte werden de lenzen en de bijhorende producten als duur beschouwd (zie ook rubriek 4)

3.3. Refractieve oogchirurgie: een recentere en potentieel interessante oplossing

Op vandaag bestaan er twee grote groepen chirurgische technieken met als doel het corrigeren van refractiefouten:

- laserchirurgie: de meest gebruikte techniek op dit moment is LASIK, een term die staat voor LAser in Situ Keratomileusis. Een laser geeft het hoornvlies een nieuwe vorm om de refractieve eigenschappen ervan te wijzigen en corrigeert daarbij myopie of hypermetropie (met/zonder astigmatisme). "In situ" verwijst naar het feit dat de procedure wordt uitgevoerd op de plaats waar het probleem zich voordoet. "Keratomileusis" verwijst naar het opnieuw vorm geven van het hoornvlies. Laserprocedures gebeuren onder plaatselijke verdoving met verdovende oogdruppels.
- implantatie van een intra-oculaire lens van geschikte sterkte (fakische intra-oculaire lens) die vóór de originele lens wordt geplaatst, waarbij deze originele lens op zijn plaats wordt gelaten en het accommodatiemechanisme wordt behouden. Een andere vorm van intra-oculaire refractieve chirurgie is die waarbij, zoals bij de behandeling van cataract, de originele lens verwijderd wordt en vervangen door een kunstlens.

Niet meer dan 2,6% (n=71) van de respondenten van de enquête verklaarde dat zij refractieve oogchirurgie ondergingen, gewoonlijk een hele tijd geleden (tot zelfs 10 jaar geleden). Hun ervaringen kwamen niet in aanmerking voor verdere analyse aangezien er ernstige twijfels waren over de geldigheid van hun antwoorden (bijv. wanneer ze het hadden over het type van oogchirurgie). Onderstaande rubrieken beschrijven de percepties van de 36 geïnterviewden die de interventie in overweging namen, planden of ondergingen (maximum 4 jaar geleden).



3.3.1. Refractieve chirurgie: een luxe-chirurgie met aanzienlijke voordelen

Refractieve oogchirurgie is duur en wordt niet terugbetaald (zie 4.1). Daarom wordt ze beschouwd als een luxe-ingreep voor rijke mensen die waarde hechten aan het esthetische, aangezien er ook andere correctiemethoden beschikbaar zijn (nl. bril of contactlenzen). De patiënten die chirurgie ondergingen als 'laatste kans' (bijv. omdat ze een hoge dioptrie hadden) gaan echter niet akkoord met die mening.

De geïnterviewden vroegen zich weliswaar af of het de moeite waard is om zo veel te betalen en risico's te lopen voor een niet-levensbedreigende aandoening, vooral omdat de technieken die momenteel worden gebruikt vrij recent zijn: daarom verklaarden de geïnterviewden dat er nood is aan meer zekerheid inzake de veiligheid en prestaties van de technologie.

De keuze voor refractieve chirurgie wordt gestuurd door verschillende motiveringen:

- comfort en esthetiek: de geïnterviewden hoopten af te raken van de bril of de contactlenzen, met als resultaat een betere look en nieuwe mogelijkheden (bijv. sport, toegang tot bepaalde beroepen);
- gezondheid: de chirurgische ingreep verbetert de gezichtsscherpte;
- welzijn: de patiënten herontdekken hun eigen identiteit en vrijheid;
- budget: de interventie wordt soms gezien als een investering op lange termijn, waardoor op de lange duur geld wordt bespaard.

3.3.2. Een lang besluitvormingsproces

De beslissing om refractieve oogchirurgie te ondergaan, is het resultaat van een langdurig besluitvormingsproces dat enkele maanden tot verschillende jaren in beslag kan nemen. Patiënten hebben tijd nodig om te wennen aan het idee van een chirurgische ingreep en de ermee gepaard gaande risico's. Sommige patiënten nemen ook de tijd om geld te sparen voor de chirurgische ingreep, vooral wanneer hun beslissing eerder geleid wordt door esthetische overwegingen of comfort. Allen verzamelen informatie om de pro's en contra's af te wegen en ze consulteren verschillende partijen:

- 'ervaringsdeskundigen' worden beschouwd als de belangrijkste bron van informatie over de operatie;

- het internet wordt geraadpleegd om informatie te vinden over de technieken en de risico's;
- slechts in derde instantie wordt een oogarts geraadpleegd om toegang te krijgen tot deskundige kennis

De beslissing om al dan niet een chirurgische ingreep te ondergaan hangt uiteindelijk af van:

- de waargenomen noodzaak: een zeker "kantelmoment" moet worden bereikt vooraleer te beslissen om refractieve oogchirurgie te ondergaan;
- de kosten: afgewogen tegen levenslange uitgaven voor brillen (of lenzen en lensverzorgingsproducten) zou de ingreep na 4 tot 6 jaar al terugbetaald zijn. Een derde van de patiënten die oogchirurgie overwogen maar die uiteindelijk niet de stap naar een operatie zetten, gaf de kosten op als de voornaamste reden.
- gelijktijdige uitgaven (bijv. renovatie huis): andere gezinsuitgaven kunnen leiden tot uitstel van de operatie, maar zijn niet noodzakelijk een reden om de ingreep definitief op te geven.

De ervaring van de patiënten die kozen voor chirurgie zal worden beschreven in het vervolgrapport met het health technology assessment.

4. UITGAVEN VAN DE PATIËNT

4.1. Terugbetaling van oogcorrectiemethoden in België

4.1.1. Terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering voor specifieke aandoeningen

Een bril voor een volwassene wordt niet terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering behalve voor patiënten die een oogcorrectie nodig hebben die groter is dan $- 8,25$ of $+ 8,25$ dioptrie (terugbetaling tussen €78 en €362). Ze hebben elke vijf jaar recht op de terugbetaling van een hernieuwing van een bril, of wanneer de optische sterkte gewijzigd is met minstens 0,5 dioptrie. Voor personen ouder dan 65 jaar is de dioptriedrempel voor bifocale en multifocale glazen verlaagd tot $- 4.25$ dioptrie (in plaats van $+ 8,25$).

Contactlenzen worden alleen terugbetaald in geval van specifieke aandoeningen (bijv. ametropie $+ 8,25$ dioptrie). De terugbetaling varieert van €70 tot €210, volgens het type lens (hard/zacht/optisch scleraal, sferisch/tonisch). Er is ook een forfaitaire terugbetaling voor de hernieuwing en aanpassing van lenzen (€40). Een hernieuwing wordt aanvaard na 1 (zachte lenzen) tot 3 jaar (harde lenzen), of wanneer er een toename is met minstens één dioptrie.

Chirurgie om refractiefouten te corrigeren wordt niet terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. Anderzijds worden ingrepen voor cataract wel terugbetaald, maar de indicaties voor dewelke deze specifieke nomenclatuurcode kan worden gebruikt, zijn niet specifiek voor deze aandoening (bv. mogelijk gebruik voor de correctie van presbyopie).

4.1.2. Vaste bedragen van bijkomende verzekering

Bijna alle bijkomende verzekeringspolissen van de ziekenfondsen bieden terugbetalingen aan voor corrigerende bril of lenzen, maar de bedragen en toegelaten hernieuwingfrequenties verschillen. Sommige bijkomende verzekeringspolissen geven ook een vast bedrag voor de terugbetaling van refractieve oogchirurgie (van €150 tot €400 voor beide ogen).

4.2. Correctie van het gezichtsvermogen: vaak een aanzienlijke kost

4.2.1. Brillen: de kosten voor de patiënt nemen toe met de leeftijd

Terwijl de uitgaven voor het montuur een kwestie van persoonlijke voorkeur zijn, hangen de kosten voor de brilglazen af van de ernst en het type refractiefout (bijv. mono- versus multifocaal) en van de kenmerken van de glazen (bijv. dikte). Een vierde van de steekproef verklaarde meer dan €500 te besteden aan een bril met inbegrip van montuur, een vijfde besteedde tussen €300 en €500. Vooral oudere respondenten zijn geneigd meer te besteden. 44% in de leeftijdscategorie 65+ besteedde meer dan €500.

Meer dan de helft van de respondenten (54,6%) gaf te kennen dat ze een nieuwe bril kochten omdat hun gezichtsscherpte gewijzigd was en 28,4% omdat de glazen beschadigd waren. Slechts een minderheid (16,3%) vermeldde mode als een reden voor de verandering.

4.2.2. Contactlenzen: de uitgaven hangen af van het lenstyp

De jaarlijkse kostprijs van lenzen hangt grotendeels af van het type lenzen. Daglenzen zijn de duurste: de jaarlijkse kostprijs die werd geraamd op basis van de enquête (tot €950) is veel hoger dan de raming van de vereniging van opticiens (€440). **De meerderheid van contactlensdragers kiezen echter voor maandlenzen. De jaarkost van dit type lenzen werd geschat op €120 op basis van de enquête en €220 volgens de vereniging van opticiens.**

4.2.3. Chirurgie: ramingen lopen sterk uiteen

De geïnterviewden gaven een raming tussen €2000 en €3000 voor beide ogen (met een maximum van €6000). Maar zoals eerder vermeld, is de validiteit van deze antwoorden twijfelachtig.



5. CONCLUSIES

Nieuwe inzichten over frequente oogproblemen

Het onderzoek toont aan dat refractiefouten een veel voorkomende aandoening zijn die tot twee derde van de volwassenen in België treft. Deze aandoeningen en de gerelateerde correctiemethoden kunnen een emotionele impact hebben en een invloed op het sociale leven.

In de realiteit worden problemen met het gezichtsvermogen niet altijd medisch behandeld: binnen de groep patiënten die een refractiefout meldden, consulteerde 6% nooit een oogarts of een opticien: toch draagt twee derde van hen een bril.

De patiënten hebben slechts een oppervlakkige kennis

Natuurlijk moet de interpretatie van de medische gegevens gerapporteerd door de respondenten met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien de kennis over hun refractiefout (en de ernst ervan) twijfelachtig is. Dit onderzoek toont aan dat de respondenten een vage kennis hebben van hun problemen met het gezichtsvermogen. Het probleem is dat we niet weten of ze de informatie op een aangepaste manier kregen en/of ze die ook begrepen. Om dezelfde reden konden de antwoorden met betrekking tot chirurgie evenmin worden opgenomen in de analyse van de telefonische enquête, gezien de inconsistenties tussen de antwoorden op verschillende vragen.

Correctiemethoden: hoge tevredenheid

De meest opmerkelijke bevinding is dat bijna alle respondenten tevreden zijn met hun correctiemethode (bril, lenzen, chirurgie), waarbij comfort als het grootste voordeel wordt ervaren. Toch is het gebruik van lenzen niet zo wijdverspreid in België: iets meer dan een op tien personen met een refractiefout maakt er gebruik van, en bij drie op de vier van hen is dit toch nog steeds in combinatie met een bril.

Chirurgie is nog minder populair: onderzoekers ondervonden ernstige moeilijkheden om mogelijke kandidaten te identificeren voor een interview over refractieve chirurgie en slechts 2,5% van de respondenten in de enquête verklaarde dat ze dergelijke ingreep ondergingen.

... maar ook hoge kosten voor de patiënt

Bijna de helft van de betrokkenen besteedde meer dan € 300 om hun meest recente bril te kopen. Het jaarlijkse budget dat werd vermeld voor sommige types van contactlenzen was zelfs nog hoger. Veel geïnterviewden die chirurgie overwogen of ondergingen beschouwden bovendien dat deze chirurgie nog altijd een luxe is: toch hoopten een aantal mensen op lange termijn hiermee te besparen.

Consensus voor terugbetaling gebaseerd op medische behoeften

De meeste geïnterviewden verklaarden dat een bril en contactlenzen voor iedereen toegankelijk zouden moeten zijn en dat daarom enige vorm van terugbetaling gewenst is, op basis van de ernst van de refractiefout. De houding van de respondenten van de telefonische enquête is echter merkwaardig: ze zijn eerder bereid tot het betalen van meer belastingen of sociale-zekerheids-bijdragen voor de terugbetaling van refractieve chirurgie dan voor de terugbetaling van een bril of lenzen. Misschien wordt het begrip 'chirurgie' meer specifiek gelinkt aan een idee van hoge kosten en daardoor een aan noodzakelijke tussenkomst van de ziekteverzekering.

De algemene houding van de geïnterviewden met betrekking tot refractieve chirurgie volgt het algemene idee dat luxe-chirurgie niet volledig zou moeten worden terugbetaald door de ziekteverzekering omdat dit een te zware last zou zijn voor de belastingbetaler, de aandoening niet levensbedreigend is en er andere oplossingen voor bestaan.



■ AANBEVELINGEN^a

Aan de artsen en de ziekenfondsen:

- Patiënten met refractiefouten moeten duidelijke informatie krijgen over de verschillende correctiemethoden en de terugbetaling ervan.
- De patiënten die refractieve chirurgie in overweging nemen, moeten aangepaste informatie krijgen over de geschikte technieken, vooral wat de te verwachte resultaten betreft (bijv. de mogelijkheid toch nog een bril nodig te hebben na de chirurgie), veiligheidsaspecten en kosten.

Aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering:

- Vooraleer een eventuele aanpassing te beogen van de terugbetalingscriteria voor correctiemiddelen, is het aangewezen om de maatschappelijke preferenties te exploreren met betrekking tot de ernst van de afwijking vanaf dewelke de ziekteverzekering zou moeten tussen komen, de hoogte van de tussenkomst en de frequentie. Deze problematiek zou dus het onderwerp kunnen uitmaken van een bevraging van de maatschappelijke preferenties, zoals beoogd wordt in het kader van het KCE project 'Burger- en patiëntenparticipatie' dat momenteel lopende is in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting en het RIZIV.

^a Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

