



Jaarverslag 2006

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg





Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

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.

Raad van Bestuur

	Effectieve leden	Plaatsvervangers
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leden		
benoemd door de minister van Volksgezondheid	François Perl Jean Bernard Gillet	Benoît Collin Annick Poncé
benoemd door de minister van Sociale Zaken	Frank De Meyere Henri De Ridder	Lieven Annemans Jean-Paul Dercq
de administrateur van het RIZIV	Jo De Cock*	
de voorzitter van de FOD Volksgezondheid	Dirk Cuypers*	
de voorzitter van de FOD Sociale Zaken	Frank Van Massenhove*	
voorgedragen door het Inter mutualistisch Agentschap	Raf Mertens Patrick Verertbruggen Pascal Mertens	Anne Remacle Vinciane Pirlot Chris Schoonjans
voorgedragen door de Ministerraad	Jean-Noël Godin Karel Vermeyen	Daniel Désir Renaat Schrooten
vertegenwoordigers van de vereniging van ziekenhuizen	Katrien Kesteloot Pierre Smiets	Jean-Claude Praet Carine Boonen
voorgedragen door de beroepsorganisaties van artsen	Marc Moens Philippe Vandermeeren	Roland Lemye Rita Cuypers
voorgedragen door de sociale partners	Floris Goyens Jef Maes	Anne Vanderstappen Paul Palsterman
aangeduid door de Kamer van Volksvertegenwoordigers	Yolande Avontroodt	
Regeringscommissaris	Roger Yves	

*Vice-voorzitters



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Tel: + 32 (0) 2 2873388

Fax: + 32 (0) 2 2873385

E-mail: info@kce.fgov.be

Web: <http://www.kce.fgov.be>

**Wetstraat 62
B-1040 Brussel**

Inleiding door de algemene directie	6
Inleiding door de voorzitter en vice-voorzitters van de Raad van Bestuur	7

Het KCE 8

Welke rol speelt het KCE?	8
Hoe voert het KCE haar studies uit?	8
Het KCE-team en de externe samenwerking	9
Belangenconflicten	10
De partnerorganisaties van het KCE	10
Wie kan onderwerpen voor studies voorstellen?	11

Good Clinical Practice 12

Zorg voor type 2 diabetespatiënten	14
Lage rugpijn?	17
Terugbetaling kine flexibel aanpassen	19
Zeg me waar je woont	20
Klinische praktijkrichtlijnen en medische aansprakelijkheid	21
Feedback op de feedback	21
Oor-, keel-, blaas- en nierontsteking	22
Diagnose en behandeling van kanker	22
Geneesmiddelen tegen griep	23

Health Technology Assessment 24

Kankerscreening	26
Behandeling borstkanker	29
Pneumokokkenvaccin bij kinderen	32
Discusprothese en kyfoplastie	32
Obesitas behandelen	33
Procedure beoordeling nieuwe medische implantaten	34
MR-scanners	34
Slaaptest voor wiegendood	35
Aanvraag terugbetaling geneesmiddelen	35

Health Services Research	36
Geneesmiddelen in rusthuizen	38
Foutloze medische aansprakelijkheid	41
Equity, Patient Behaviour e.a.	42
Supplementen in stijgende lijn	44
Databanken gezondheidszorg	45
Zorgkwaliteit in Belgische ziekenhuizen	45
De impact van het KCE	46
Financieel Overzicht	60
Personeelsplan	62

Inleiding door de algemene directie

Dit jaarverslag weerspiegelt het derde werkingsjaar van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Er is hard gewerkt in 2006 en het KCE is op kruissnelheid gekomen. Getuige daarvan het aantal publicaties: 26 goedgekeurde rapporten in 2006, tegen 17 in 2005 en 7 in 2004. Op één jaar tijd is met andere woorden het aantal gepubliceerde studies met 50% toegenomen terwijl over dezelfde periode het aantal experts slechts met 12% is aangegroeid. Gemeten aan het aantal rapporten per expert, is de productiviteit van het Kenniscentrum gevoelig gestegen.

Een evaluatie van de KCE-activiteiten mag zich niet reduceren tot een eenvoudige optelling van het aantal uitgebrachte rapporten. Net zoals de performantie van een gezondheidssysteem niet kan worden afgemeten aan het aantal uitgevoerde medische handelingen. Een instituut als het KCE moet in de eerste plaats meerwaarde bieden, zowel met haar technologische assessments als met het onderzoek dat gericht is op de organisatie en financiering van de gezondheidszorg.

Daarom hebben we getracht om in dit jaarverslag een eerste evaluatie te maken van de impact van de KCE-studies op verschillende doelgroepen, in het bijzonder de beleidsmakers. Omdat het KCE nog relatief jong is, is dit een moeilijke oefening. Toch is het een waardevolle poging met als doel onze werking in de komende jaren te verbeteren en te verfijnen. Naast een samenvatting van de studies die werden gepubliceerd in 2006, zal de lezer in dit rapport dan ook een gestructureerde evaluatie vinden van de impact van het KCE-onderzoek alsook enkele getuigenissen van bevoorrechte waarnemers.

De kwalitatieve en kwantitatieve toename van de activiteiten zijn in hoofdzaak te danken aan het steeds vlotter lopen van de studie- en werkmethodes zoals die van bij de opstart van het KCE worden toegepast. Het gaat hier echter om een proces van lange adem, dat evenwel steeds meer zijn waarde toont. We willen iedereen dan ook danken die hieraan heeft bijgedragen, zowel intern als extern (de talrijke externe experts en validatoren). Zij hebben het KCE op het niveau getild waar het zich vandaag bevindt. Uiteraard is er nog ruimte voor verbetering. De voorziene uitbreiding van het management, die even op zich heeft laten wachten, zal niet alleen zorgen voor het blijvend op hoog niveau presteren van de KCE-onderzoeksequipes, ze zal hun werking in de toekomst nog verbeteren.

De legislatuur van de huidige regering, die de opstart van het KCE heeft mogen meemaken, eindigt in 2007. We menen dat we de beleidsmakers die de afgelopen jaren op het KCE hebben 'ingezet', zeker niet ontgoocheld hebben. We hopen dat de nieuw verkozen parlementsleden en de nieuwgevormde regering evenveel belangstelling aan de dag zullen leggen voor een innovatief studie- en reflectiecentrum als het KCE.

Dirk Ramaekers
Algemeen Directeur



Jean-Pierre Closon
Adjunct Algemeen Directeur



Inleiding door de Voorzitter en Vice-voorzitters van de Raad van Bestuur

De belangrijkste doelstelling van het KCE en haar Raad van Bestuur is om ervoor te zorgen dat beleidsmakers rekening houden met de KCE-conclusies en -aanbevelingen. De KCE-rapporten zijn niet gemaakt om stof te verzamelen op een boekenplank. We stellen met genoeg vast hoe talrijke adviezen uit de voorbije jaren niet alleen het debat hebben gevoed, maar ook werkelijk zijn uitgemond in belangrijke beleidsbeslissingen. Denken we maar aan het forfaitsysteem voor de geneesmiddelen in ziekenhuizen, de programmering van de PET-scanners, de cardiale zorgprogramma's.

Bovendien hebben we de indruk dat de interacties met onze partners binnen de gezondheidszorg (RIZIV, IMA, FOD) en met talrijke andere actoren in de samenleving versterkt werden in 2006.

Een tweede doelstelling van de Raad van Bestuur is om naast de federale overheid ook de gewesten en gemeenschappen te mobiliseren. Door de onderzoekstopics uit te breiden naar bijvoorbeeld preventie kan het KCE ook op deze niveaus belangrijk beleidsondersteunend werk leveren. We hopen dan ook dat de resultaten van onze studies over de efficiëntie van preventiecampagnes hun weerslag vinden in toekomstige aanbevelingen die de gemeenschappen zullen uitbrengen.

Als derde doelstelling hoopt het KCE haar onderzoeksactiviteiten uit te breiden en te diversifiëren naar de kwaliteit van de gezondheidszorg en de verdeling van de middelen. Kinesithérapie, rusthuizen, arbeidsgeneeskunde, nieuwe geneesmiddelen en implantaten zijn voorbeelden van zorgdomeinen waar we in het afgelopen jaar aandacht aan besteed hebben. Verder zullen in 2007 een aantal rapporten in het domein van de verpleegkunde op de tafel van de Raad van Bestuur terechtkomen.

Tot slot willen we ook de patiënten betrekken. Elke keer wanneer het mogelijk is, worden zij via hun eigen organisaties uitgenodigd hun mening te geven, voor en tijdens het verloop van de studies. Maar ook na de publicatie kan een studie impact hebben op individuele patiënten. Zij kunnen, met het studierapport in de hand, naar hun arts stappen en geïnformeerd overleggen over hun behandeling. We kennen het voorbeeld van een uroloog die volgende vraag kreeg: "Dokter, bent u er zeker van dat die test wel is aangewezen? Ik heb hier een wetenschappelijke studie die stelt dat ...". Meer betrokkenheid van de burger leidt tot een verdere democratisering van de Belgische gezondheidszorg.

Zoals u in dit rapport kan lezen, hebben we deze doelstellingen in 2006 grotendeels bereikt. Ook onze missie - de noodzakelijke link zijn tussen burger, wetenschapper en beleidsmaker - neemt op die manier steeds meer vorm aan.



Pierre Gillet,
Voorzitter van de
Raad van Bestuur



Jo De Cock,
Vice-voorzitter
en administrateur
generaal RIZIV



Dirk Cuypers,
Vice-voorzitter
en voorzitter FOD
Volksgezondheid



Frank Van Massenhove,
Vice-voorzitter
en voorzitter FOD
Sociale Zekerheid



Waarvoor staat de afkorting KCE?
Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
koos voor de afkorting KCE als samentrekking van Kenniscentrum
- Centre d'expertise.

Welke rol speelt het KCE?

Het KCE ondersteunt de besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg en ziekteverzekering. Het maakt analyses en voert wetenschappelijke studies uit om de overheid bij te staan in haar beslissingen. 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 gezondheidszorg van hoge kwaliteit rekening houdend met de groei aan noden en de budgettaire beperkingen.

Het KCE behandelt vier grote onderzoeksdomeinen:

- *analyse klinische praktijk en ontwikkeling klinische praktijkrichtlijnen (Good Clinical Practice)*
- *evaluatie van medische technologie (Health Technology Assessment)*
- *organisatie en financiering van de gezondheidszorg (Health Services Research)*
- *billijkheid, patiëntengedrag e.a. (Equity, Patient Behaviour e.a.)*

Diverse studies in elk van deze vier domeinen worden toegelicht in specifieke hoofdstukken verderop in dit jaarverslag.

In ons vorig jaarverslag (2004-2005) en op de KCE-website www.kce.fgov.be kan u een meer uitgebreide toelichting over de werking van het KCE vinden. Hieronder vindt u een beknopte versie.

Hoe voert het KCE haar studies uit?

Telkens het KCE een vraag krijgt voorgelegd, verzamelt het alle evidence die beschikbaar is over het onderwerp. Internationaal is deze werkwijze gekend als 'Evidence-Based Medicine' (EBM). Tevens wordt de actuele Belgische situatie geanalyseerd. De rol van het KCE stopt echter niet bij dit onderzoek. Het heeft ook de opdracht om wetenschappelijk onderbouwde oplossingen voor te stellen die de actuele toestand verbeteren. Dit kunnen aanpassingen zijn aan de financiering, informatieverstrekking, opleiding van zorgverstrekkers of reglementering. Alle verzamelde informatie wordt samen

met de beleidsaanbevelingen gesynthetiseerd in een publiek volledig toegankelijk rapport.

Het KCE streeft een hoogstaande kwaliteit na en een maximale objectiviteit van haar werkzaamheden. Elk stadium van het onderzoeksproces wordt onderworpen aan een interne kwaliteitscontrole. Bovendien wordt een rapport nog eens extern gevalideerd door meestal drie experts, onder wie regelmatig een buitenlander. Dit komt de objectiviteit ten goede. Een studie duurt 6 tot 18 maanden, vanaf de start tot de publicatie van het rapport op de

website van het KCE. De impact van elk rapport wordt opgevolgd en kan aanleiding geven tot een nieuwe studie.

De opeenvolgende studiestappen in dit wetenschappelijke proces zijn nauwkeurig vastgelegd. Logisch ook, want het is vandaag ondenkbaar om wetenschappelijke adviezen te formuleren zonder een strikte methodologie te volgen die ook andere gereputeerde internationale organisaties toepassen. De KCE-teamleden krijgen een specifieke vorming in deze veeleisende en complexe methodologie.

Het KCE-team en de externe samenwerking

Alle KCE-medewerkers zijn universitair geschoold, vaak houder van een doctoraatstitel. Ze werden geselecteerd op basis van hun expertise in domeinen die relevant zijn voor het uitwerken van een doelmatig gezondheidszorgbeleid. Elk teamlid doorliep een zware en objectieve selectieprocedure op basis van competentie. Als garantie voor hun neutrale positie mogen medewerkers van het KCE geen werkzaamheden verrichten buiten het Kenniscentrum die tot belangenconflicten voor het KCE kunnen leiden.

Tijdens de eerste drie werkingsjaren werden om en bij 45 personeelsleden aangeworven (sommige deeltijds). 70% onder hen zijn experts met een specifieke achtergrond: artsen, gezondheidseconomisten, medisch sociologen, een medisch jurist, datamanagers, een kennismanager, een statisticus, data-analisten, ... Door het multidisciplinaire karakter van haar team kan het KCE elke vraag benaderen vanuit een medische, economische, sociale, juridische en ethische invalshoek. Die multidisciplinariteit gecombineerd met een horizontale en weinig hiërarchische structuur vormen de essentiële kenmerken van de bedrijfscultuur van het KCE.

Bovendien doet het KCE voor haar studieprojecten vaak beroep op externe expertise uit binnen- en buitenland. En wel op drie niveaus:

- opbouw van een Kennisnetwerk van externe Belgische en internationale wetenschappelijke experts die terreinkennis en/of kritische analyse van de wetenschappelijke gegevens inbrengen. Meer dan 460 experts uit een 15-tal landen werkten al samen met het KCE, soms als deelnemer aan een studie, soms als externe beoordelaar:

- samenwerking met de universiteiten van ons land en met Belgische en internationale wetenschappelijke instellingen. In België gaat het daarbij onder meer om de SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), Domus Medica, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), wetenschappelijke verenigingen van geneesheer-specialisten, het Inter-mutualistisch Agentschap (IMA), enz.
- het KCE werd volwaardig lid van of neemt deel aan de activiteiten van internationale organisaties op het vlak van Evidence-Based Health Care en health technology assessment (INAHTA, OESO, CoCANCPCG, EUnetHTA ...).

Studies in onderaanneming

In 2006 werden 25% van de studies volledig uitbesteed aan derden en 40% gedeeltelijk. KCE-medewerkers zorgen bij alle projecten voor de coördinatie, de kwaliteitscontrole, de redactie van de samenvatting (executive summary) en de verspreiding van de resultaten.

De onderaanneming gebeurt via openbare aanbestedingsprocedures in het Bulletin der Aanbestedingen of eventueel in het Publicatieblad van de Europese Unie. Bovendien worden ze ter informatie gepubliceerd op de KCE-website (in de rubriek 'Wetenschappelijke samenwerking'). De selectie gebeurt door een jury, waarin ook externe experts zetelen, op basis van specifieke competenties, de wetenschappelijke reputatie van de kandidaten, het multidisciplinaire karakter van het onderzoeksteam en de ervaring om in een netwerk te opereren. Alle externe medewerkers aan een studie ondertekenen een verklaring over belangenconflicten.

Belangenconflicten

Voor een medewerker (intern of extern) van het KCE kan een belangenconflict optreden, wanneer hij of zij financiële, professionele of andere banden heeft met instellingen of personen van wie de belangen door de rapporten van het Kenniscentrum worden beïnvloed. Voor de interne experts zijn er duidelijke deontologische regels die in hun contract zijn opgenomen. Een zware fout hiertegen kan leiden tot ontslag. Voor de samenwerking met externe

experts heeft het KCE gekozen voor transparantie en niet voor een verbod op conflicts of interest. Dat laatste is niet wenselijk. Enerzijds zijn er nauwelijks experts van topniveau voor wie niet een of ander tegenstrijdig belang geldt. Anderzijds kan het inhoudelijk verrijkend zijn om andere perspectieven te kennen en aldus barrières op te sporen. Obligaat wordt aan het begin van de samenwerking met een externe expert gevraagd om mogelijke belangencon-

flicten mee te delen (te 'declareren'). Sommigen zien in een dergelijk beleid een vorm van bemoeizucht. Maar tijden veranderen nu eenmaal. Transparantie en verantwoordelijkheid zijn de sleutelwoorden die passen in de huidige maatschappelijke context. Zeker als het gaat om de doelmatige aanwending van publieke middelen, zoals in de gezondheidszorg.

De partnerorganisaties van het KCE

De missie van het KCE eist dat het samenwerkt met diverse partners uit de gezondheidszorg om een brug te slaan tussen beleidsmakers en wetenschappers. De Raad van Bestuur van het KCE bestaat uit vertegenwoordigers van de meeste instanties die in België betrokken zijn bij het gezondheidszorgbeleid.



Wie kan onderwerpen voor studies voorstellen?

Elke burger met interesse voor gezondheidszorg en de organisatie ervan kan onderwerpen voor studies voorstellen via het invulformulier op de website van het KCE. In de praktijk komen de meeste voorstellen van beleidsmakers, het RIZIV, de FODs Volksgezondheid en Sociale Zekerheid, ziekenfondsen, ziekenhuizen, zorgverstrekkers en universiteiten.

	2004	2005	2006
De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	7	8	8
RIZIV	5	6	8
FOD Volksgezondheid	7	10	5
FOD Sociale Zekerheid	1	0	0
Commissie Volksgezondheid van de Kamer van Volksvertegenwoordigers	5	0	0
Universiteiten of wetenschappelijke instellingen	29	24	33
Ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten	20	18	9
Privéorganisaties of particulieren	6	22	35
Internationale organisaties	0	2	2
Totaal	80	90	100

Verdeling van de onderzoeksonderwerpen volgens de indieners van het voorstel.

Op basis van de ontvangen voorstellen start het KCE de voorbereiding van het jaarlijkse studieprogramma vanaf de maand mei van het voorafgaande jaar. Het KCE evalueert de prioriteit van de voorstellen op basis van een aantal criteria. Is de studie haalbaar in hetzelfde jaar of minstens binnen een redelijke termijn? Kunnen de resultaten van de studie leiden tot een significante gezondheidswinst of een betere besteding van de middelen?

Kan de studie een bijdrage leveren tot het besluitvormingsproces? Projecten die nauw aansluiten bij de politieke en maatschappelijke actualiteit maken dus meer kans omdat ze een directe bijdrage kunnen leveren aan de discussie en het beleid. Deze oefening mondt dan uit in een werkprogramma voor het volgende jaar. Elk jaar komen ongeveer 25 studies aan bod. Iedereen kan het werkprogramma raadplegen op de website.



Good

Analyse klinische praktijk en ontwikkeling klinische praktijkrichtlijnen (Good Clinical Practice)

Evaluatie van medische technologie
(Health Technology Assessment)

Organisatie en financiering van de gezondheidszorg
(Health Services Research)

Billijkheid, patiëntengedrag e.a.
(Equity, Patient Behaviour e.a.)

Clinical Practice...

... goede klinische praktijk omkaderen zonder haar in een keurslijf te dwingen

De kwaliteit van de medische zorg is een fundamenteel onderdeel van een goed presterende gezondheidszorg. Zelfs met de beste wil van de wereld is het vandaag onmogelijk voor een zorgverstrekker - welk ook zijn of haar specifieke domein - om op de hoogte te blijven van alle medische ontwikkelingen. Om met volledige kennis van zaken te kunnen kiezen tussen diverse behandelingsopties, is het noodzakelijk om de klinische praktijk te enten op regelmatig bijgewerkte evidence. Die moet gebaseerd zijn op de internationale literatuur en op de principes van *Evidence-Based Health Care*.

Eén van de belangrijkste opdrachten van het KCE bestaat er in om variaties in de medische praktijk te analyseren en te evalueren ten opzichte van richtlijnen voor een goede medische praktijk. Bepaalde praktijken wijken dusdanig af dat er geen medische of maatschappelijke verantwoording voor bestaat.

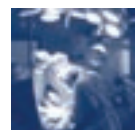
Een studie van het KCE kan ertoe bijdragen dat klinische praktijken worden bijgestuurd in overeenstemming met (internationale) kwaliteitsstandaarden en/of met een aanvaardbare financiële kost voor de gemeenschap die ervoor betaalt.

Dergelijke boodschappen kunnen gebruikt worden als basis voor feedbackcampagnes naar de artsen zoals de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie van het RIZIV die al voert.

Voor deze opdracht werkt het KCE samen met andere Belgische en internationale wetenschappelijke en economische organisaties die de missie delen om kwaliteitsgeneeskunde te bevorderen.

Hier vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2006 publiceerde over Good Clinical Practice.

Een meer gedetailleerde inventaris vindt u op de website van het KCE (www.kce.fgov.be).



ZORG VOOR TYPE 2 DIABETESPATIËNTEN

... zich voorbereiden op een epidemie

Vandaag lijdt één Belg op twintig aan diabetes. Dit aantal zal in de toekomst fors oplopen, misschien tot één op tien of nog hoger. Diabetes ontstaat wanneer het lichaam onvoldoende insuline produceert om een normale concentratie van suiker in het bloed te handhaven (type 1) of wanneer de lichaamscellen niet op de juiste manier reageren op insuline (type 2). Vooral type 2 diabetes zit in de lift. Vandaag maakt deze vorm al meer dan 90% van alle diabetesgevallen uit. Voor de verwachte toename van deze diabetesvorm zijn meerdere factoren verantwoordelijk: de stijging van obesitas, de vergrijzing van de bevolking en onze 'zittende' levensstijl. Type 2 diabetes is ook niet langer een ziekte van ouderen, steeds meer jonge patiënten worden ermee geconfronteerd.

Diabetes is een belangrijke oorzaak van ziekte en vroegtijdige dood, het verdubbelt het risico op hart- en vaatziekte en het is de voornaamste oorzaak van blindheid en ernstig nierfalen bij volwassenen. Diabetes zorgt niet alleen voor groot menselijk lijden, de aandoening heeft ook een grote impact op de uitgaven voor de gezondheidszorg. Daarom dringt de vraag zich op hoe een kwaliteitsvolle diabeteszorg beter kan georganiseerd worden, vooral ook omdat het onzeker is of de huidige overeenkomst tussen de ziekenhuizen en het RIZIV volstaat

om de verwachte toestroom in de toekomst aan te kunnen.

Brede onderzoeksaanpak

Het KCE voerde dit onderzoeksproject uit in samenwerking met de Vlaamse Diabetes Vereniging en een multidisciplinair consortium van huisartsen en endocrinologen-diabetologen van vier Belgische universiteiten. Volgende vragen stonden centraal: hoe kunnen we de kwaliteit van diabeteszorg meten uitgaande van de referentieliteratuur en internationale richtlijnen? Welke modellen bestaan er voor diabeteszorg en wat zijn hun resultaten? En hoe is de diabeteszorg in negen Westerse landen georganiseerd? Uitgaande van de antwoorden op deze vragen werden tot slot een reeks aanbevelingen geformuleerd gericht op het verbeteren van de kwaliteit en organisatie van de type 2 diabeteszorg in België.

Verschuiving

Het KCE meent dat de traditionele behandeling van type 2 diabetes, die vooral op symptomen en complicaties gericht is, moet verschuiven naar een proactieve, patiëntgerichte en geïntegreerde zorg. Een diabeteszorg die gericht is op ziektemanagement met nadruk op patiënteneducatie, systematische preventie en opvolging van complicaties en actieve betrokkenheid

van de patiënt. Vooral het laatste, ook 'patiënt empowerment' genoemd, heeft een positief effect op het resultaat van de behandeling.

De zorg, nu vaak door één arts geleverd, wordt beter omgezet in een gecombineerde actie door een multidisciplinair team dat ingebed is in bestaande structuren van de eerstelijnsgezondheidszorg. Voor de huisarts blijft een centrale rol weggelegd in de zorgcoördinatie. Anderzijds moet een goede taakverdeling, met ontwikkelde protocollen voor gedeelde zorg, toelaten dat andere zorgverstrekkers (diabetesverpleegkundigen, diëtisten, apothekers etc.) optimaal bijdragen. In deze context van polyvalente zorg, van levensstijladvies tot technieken voor insulinetherapie, is de rol van de 'diabeteseducator' cruciaal. Een duidelijke omschrijving van de rol van alle spelers is aangewezen.

Ook de functie van de specialisten (endocrinologen-diabetologen) in de type 2 diabeteszorg moet concreter bepaald worden. Zijn of haar taak moet bij voorkeur liggen in het coachen en opleiden van alle leden van het multidisciplinaire team. Verder moeten er duidelijke richtlijnen komen voor het doorverwijzen van de individuele patiënt naar een specialist. Met de geschatte toename van het aantal type 2 diabetici zullen deze diensten anders overspoeld worden



PROF. DR. CHANTAL MATHIEU,

Ere-voorzitter Vlaamse Diabetesvereniging en coördinator van KCE-rapport vol. 27.

Toen het KCE haar oproep lanceerde voor een onderzoeksproject rond de kwaliteit en organisatie van diabeteszorg, werd onder coördinatie van de Vlaamse Diabetes Vereniging een onderzoeksconsortium samengesteld met zowel diabetesspecialisten als huisartsen uit diverse universiteiten. Een dergelijke samenwerking is een unicum in België. Alleen vind ik het jammer dat van de Franstalige collega's alleen de huisartsen van de UCL hebben deelgenomen. Het draagvlak voor de aanbevelingen in het rapport zou wellicht nog groter zijn, als er ook in Franstalig België een bredere respons was geweest.

De samenwerking tussen het KCE en het onderzoeksteam verliep bijzonder vlot. De medewerkers van het KCE hebben vooral gewaakt over de kwaliteit van het onderzoek, deden analyses vlotter lopen, katalyseerden de samenwerking tussen de onderzoeksteams, zonder evenwel het onderzoek te sturen.

Uit de studie blijkt in de eerste plaats dat je over goede zorgindicatoren moet beschikken.

Liefst indicatoren die je zowel op patiënt-niveau als op macroniveau kan gebruiken. Voorbeelden zijn het meten van hemoglobine-Alc op regelmatige tijdstippen, het jaarlijks naar de oogarts sturen van een diabeet en nog talrijke andere. Alleen aan de hand van dergelijke indicatoren kan je de kwaliteit van de aangeboden zorg evalueren. Het goede nieuws is dat in de richtlijnen over diabeteszorg – zowel aan Vlaamse als Franstalige kant – alle relevante indicatoren al zijn opgenomen die we ook in de internationale literatuur terugvonden.

Het slechte nieuws voor de Belgische diabeteszorg is dat geïsoleerde interventies, zoals vandaag nog vaak gebeurt, weinig efficiënt zijn. Type 2 diabeteszorg is sterk gebaat bij een meer geïntegreerde zorg, aangepast aan chronisch zieke patiënten. Belangrijk is dat er goede afspraken zijn over de rol van de huisarts, de specialist, de diabetesverpleegkundige, de apotheker enz. Ons ziektezorgmodel, waarin de zorgverstrekker vergoed wordt per prestatie, leent zich daar moeilijk toe. Anderzijds

stellen we vast dat geen enkel zorgmodel in de ons omringende landen is voorzien op de type 2 diabetesepidemie die zich de komende jaren aandient.

Bij de publicatie kreeg het rapport brede weerklink, ook in de pers. Vandaag is het rapport een beleidsinstrument geworden. Het duikt overal op en het heeft een grote *sérieux*. Bij het RIZIV bijvoorbeeld wordt het gebruikt om eindelijk te werken rond zorgpaden voor mensen met type 2 diabetes. Anderen zien de aanbevelingen als model voor de zorg van andere chronische ziekten. Ook de industrie heeft het rapport ontdekt. Firma X heeft een fantastisch medisch computerdossier ontworpen, firma Y heeft een ongezien pakket rond diabeteseducatie uitgewerkt, zich te pas, soms te onpas, beroepend op het rapport. Nu ja, als het uiteindelijk leidt tot een betere zorg voor de diabetespatiënt is dat meegenomen.

Kortom, naar mijn aanvoelen kan dit rapport, opgesteld door een multidisciplinair team over de universiteiten heen, uitgroeien tot het fundament van een nieuw diabeteszorgbeleid in België.



terwijl hun grootste aandacht moet uitgaan naar type 1 diabetici, naar behandeling van complicaties en naar type 2 diabetici met een ingewikkeld insulineregime of ernstige diabetesverwikkelingen.

Toekomstige hervormingen in het beleid van de gezondheidszorg moeten voldoende rekening houden met de gedeelde zorg in de eerste lijn en de centrale rol van de

KCE zijn heel wat indicatoren, standaarden en evaluatiecriteria opgenomen die toelaten de kwaliteit van de geleverde zorgen te meten. Ook polyvalente klinische informatiesystemen voor een globale behandeling zijn nodig alsook informatie en communicatienetwerken voor een optimale en multidisciplinaire opvolging van de patiënten.

Om al deze aanbevelingen efficiënt te im-

van de huisarts als coördinator van een multidisciplinair zorgteam in samenwerking met specialisten, de actieve betrokkenheid van de patiënt ('patient empowerment'), klinische informatiesystemen en kwaliteitsbewaking. Al deze elementen zullen een hoogkwalitatieve en geïntegreerde zorg voor patiënten met complexe, chronische aandoeningen een stuk dichterbij brengen.

KCE-rapport vol. 27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg, i.s.m. de Vlaamse Diabetes Vereniging en UA, KULeuven, UGent, UCL



huisarts. Binnen de huidige diabetesconventie is er bijvoorbeeld een stimulans om elke type 2 diabeticus met insulinothérapie door te sturen naar de specialist. Al was het alleen maar voor de terugbetaling van glucoseteststrips.

Resultaatgericht

Een belangrijk element in de voorgestelde aanpak is de opvolging van de kwaliteit van de zorg; er moet gewerkt worden naar het gewenste resultaat gedefinieerd door indicatoren. In het rapport van het

plementeren is een consequent nationaal beleid vereist. Er zijn op dit ogenblik vele interessante initiatieven om de diabeteszorg te verbeteren. Helaas zijn ze versnipperd. Beter is ze te vervangen door nationale initiatieven die voortbouwen op de sterke punten van de lokale initiatieven.

Diabetes voorbij

Tot slot stelt het KCE dat tal van aanbevelingen uit deze studie ook kunnen toegepast worden op de zorg voor patiënten met andere chronische ziekten: de rol



LAGE RUGPIJN?

... rust roest!

Zeven op tien Belgen krijgt ooit te maken met lage rugpijn. Gelukkig verdwijnt die pijn meestal binnen de zes weken. Duurt de pijn langer dan drie maanden of komt hij regelmatig terug, dan spreekt men van 'chronische lage rugpijn': een kwelling voor de patiënt en een kopzorg voor de arts. Bovendien neemt lage rugpijn een fikse hap uit het budget van de ziekteverzekering. Het KCE onderzocht dit pijnlijk probleem vanuit drie invalshoeken: hoe ernstig is de pathologie en welke kosten zijn eraan verbonden? Welke diagnostische en therapeutische paden volgt de arts het best? Wat is de rol van de arbeidsgeneesheer?

Een financiële aderlating

Een eerste opvallende vaststelling: bij gebrek aan een precieze diagnosestelling is de reële omvang van het probleem moeilijk in te

schatten. Men gaat er bijvoorbeeld vanuit dat een kwart van alle bezoeken aan de huisarts te maken heeft met rugproblemen. Een ander voorbeeld: in 2004 werden 40 000 ziekenhuisopnames geregistreerd voor lage rugproblemen en 46 000 consultaties in het dagziekenhuis. Op basis van dergelijke cijfers berekende het KCE dat de medische kosten van chronische lage rugpijn jaarlijks tussen de 81 en 167 miljoen euro bedragen. Dat geld wordt vooral besteed aan diagnostische tests, kinesitherapie, injecties en operaties. Toch is dat bedrag maar het tipje van de ijsberg: de totale maatschappelijke kost van chronisch lage rugpijn ligt zeker drie tot tien keer hoger. Het is vooral de werkgever die het gelag betaalt want lage rugpijn is verantwoordelijk voor 10% van het ziekteverzuim dat langer dan een maand duurt.

De klacht komt het meest voor bij mannelijke arbeiders in de schoonmaak-, bouw-

en voedingssector. Bovendien leiden meer dan 6% van de arbeidsongevallen tot chronische lage rugpijn met arbeidsongeschiktheid tot gevolg. De jaarlijkse maatschappelijke kost van dit medisch probleem ligt dan ook tussen 270 miljoen en 1,6 miljard euro. En dat is slechts een voorzichtige schatting, meent het KCE.

Onheus behandeld

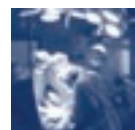
De meest frappante conclusie van de studie stelt dat er een overmaat is aan tests en behandelingen voor chronische lage rugpijn. Vele van die tests brengen weinig nieuwe elementen aan het licht: radiografieën, scans en laboratoriumtests zijn onnodig voor de diagnose van lage rugpijn, tenzij de arts specifieke symptomen vaststelt die kunnen wijzen op een ernstige onderliggende oorzaak. Dat is slechts in een minderheid het geval.



**PROF. DR. PHILIPPE MAIRIAUX
EN MR. DÉO MAZINA,**
Ecole de Santé publique, ULg.

Over chronische lage rugpijn is de literatuur duidelijk: er bestaat geen magische oplossing, alleen fysieke activiteit lijkt echt te helpen, blijven bewegen is dan ook essentieel. Dat is een moeilijke boodschap om over te brengen, vooral als het om werk en arbeid gaat. Omdat informatie en educatie van de patiënt (en de werknemer?) recente onderzoeksdomeinen zijn waarover nog niet veel Evidence-Based referentiestudies bestaan, heeft het KCE ons uitgenodigd om aan deze studie deel te nemen. We hebben met genoeg vastgesteld dat het KCE haar studies ook naar deze maatschappelijke aspecten wil uitbreiden.

Met deze studie hebben we pionierswerk verricht: voor het eerst werden mensen uit kennisgebieden samengebracht die elkaar in de praktijk zelden of nooit ontmoeten. Te meer daar in België het organisatiesysteem rond arbeidsgeneeskunde eerder gesloten is. Behandelende artsen en preventieartsen (zoals arbeidsgeneesheren) ontmoeten elkaar in feite nooit, om nog te zwijgen van de adviserende artsen van de ziekenfondsen. Als er al contacten zijn, worden die vaak bemoeilijkt door de bestaande regelgeving die niet voorziet in een goede afbakening van bevoegdheden.



Op het politieke niveau, brengt het studierapport concrete elementen aan om de samenwerking tussen de diverse artsen en diensten te bevorderen. De patiënt wordt daarbij in het centrum geplaatst, eerder dan hem of haar te onderwerpen aan tegenstrijdige adviezen. De nodige elementen voor een dergelijk systeem bestaan al, het volstaat om de organisatie ervan te verbeteren. Dat kan, gezien het informatietijdperk waarin we vandaag leven, geen onoverkomelijk probleem zijn. Een voorbeeld uit het rapport: stel dat er een overleg plaatsgrijpt tussen een arbeidsgeneesheer en een adviserende arts naar aanleiding van een werknemer die al een bepaalde periode werkonbekwaam is. Het overleg heeft tot doel

na te gaan hoe de werknemer geleidelijk en optimaal terug in het arbeidscircuit kan stappen. Bij voorkeur wordt ook de huisarts bij dit overleg betrokken. Wij hebben echter kunnen vaststellen dat in de geïnformateerde gegevensdossiers van de huisarts doorgaans geen spoor is terug te vinden van de uitgeschreven getuigschriften voor arbeidsongeschiktheid. Aan de andere kant worden de gegevens van elk voorschrift voor een geneesmiddel zorgvuldig elektronisch bewaard. Toch menen wij dat ook het onderbreken van de arbeidsactiviteiten integraal deel uitmaakt van de behandeling!

Ook ondervonden we grote moeilijkheden om de gegevens van bestaande databanken

te exploiteren. Zo is er bijvoorbeeld geen enkele kruisverwijzing tussen de gegevens van het RIZIV over uitgekeerde vergoedingen en de gegevens over de pathologie waarvoor die uitkeringen werden toegekend. Men kent met andere woorden uitkeringen toe, maar men is niet in staat om te analyseren op basis waarvan die worden verleend. Wij dringen er in het rapport op aan om van compatibiliteit tussen gegevensbanken een kwaliteitscriterium te maken voor nieuwe gegevenssystemen. Ondanks alles moeten we toch ook aangeven dat het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ) in staat is om zeer precieze gegevens bij te houden over de duur van arbeidsongeschiktheid.

Aan de andere kant blijkt dat een groot aantal van de uitgevoerde therapieën hun effectiviteit niet heeft bewezen. Of erger nog, van sommige veelvuldig toegepaste behandelingen staat vast dat ze niet nuttig zijn of zelfs de zaak verergeren. De meest effectieve behandeling is nochtans heel eenvoudig: verstandig bewegen!

Verder lijkt een multidisciplinaire benadering van lage rugpijn aangewezen. Een goede behandeling bestaat uit een combinatie van oefening- en trainingsprogramma's, patiënteneducatie, verbetering van de lichaamshouding, relaxatie, en een evaluerend bezoek aan de arbeidswerkplaats. Meer invasieve technieken als injecties of operaties hebben hun meerwaarde niet bewezen. Tractie en artrodese (het vastzetten van twee of meer ruggenwervels) zijn op basis van wetenschappelijke studies zelfs sterk af te raden. Ze doen meer kwaad dan goed. Toch werden er in 2004 nog meer dan 7.000 wervelfusies uitgevoerd in België.

Een actieve preventie

Uit dit alles vloeit voort dat correcte informatie aan de patiënt van kapitaal

belang is. Hiervoor moet in de eerste plaats de behandelende arts zorgen. De patiënt moet beseffen dat de rugpijn meestal (in 90% van de gevallen) spontaan verdwijnt binnen de zes weken. Het is belangrijk dat hij of zij blijft bewegen, zelfs met pijn. Die pijn is niet het signaal van een letsel dat kan erger worden zoals vele patiënten denken. Tevens moeten patiënten inzien dat factoren als stress, angst of het gebrek aan beroepsvoldoening de evolutie van acute naar chronische lage rugpijn versnellen. Aangezien chronische lage rugpijn en absentisme op het werk sterk met elkaar verbonden zijn, is ook in patiënteneducatie een rol weggelegd voor de arbeidsgeneesheer.

De huisarts en de arbeidsgeneesheer moeten er eveneens op aandringen dat een patiënt met lage rugpijn zo snel mogelijk zijn of haar dagelijkse activiteiten hervat en preventiestrategieën toepast zodat de pijn niet chronisch wordt. En waarom geen rugscholen organiseren op de werkplaats zelf?

In het algemeen zouden alle gezondheidswerkers gesensibiliseerd moeten worden voor de gevaren van lichamelijke inactiviteit.

Iedereen moet inzien dat oefening, training en beweging sleutelfactoren zijn voor de preventie en genezing van lage rugpijn. Het motto 'rust roest!' gaat zeker op voor onze rug.

KCE-rapport vol. 48. Chronische lage rugpijn, i.s.m. UCL, Ziekenhuis Oost Limburg, ULg, SSMG, KUL, Socialistische Mutualiteit.

TERUGBETALING KINE FLEXIBEL AANPASSEN ...

... leuke denkpiste, maar praktisch niet haalbaar



Vandaag krijgt een patiënt die (ambulant) door een kinesitherapeut wordt behandeld tot achttien sessies terugbetaald. Heeft hij of zij meer dan achttien sessies nodig, dan vermindert de terugbetaling. Alleen voor enkele chronische aandoeningen is er een uitzondering.

Men kan zich afvragen of dit forfaitair systeem wel is aangepast aan de behoeften van de patiënt. Zijn achttien sessies doorgaans te weinig of teveel? Een moeilijke vraag want het antwoord hangt af van het type en de ernst van de aandoening en van de algemene gezondheid van de patiënt. Het idee om de terugbetaling op een flexibele manier te koppelen aan de individuele functionele mogelijkheden van de patiënt (en de evolutie daarvan) is natuurlijk wel

interessant, maar is het ook haalbaar? Om een aangepaste terugbetaling mogelijk te maken moeten er alleszins objectieve criteria en meetschalen voorhanden zijn. Helaas zijn die in de kinepraktijk weinig voorhanden en dan nog alleen maar voor een beperkte groep aandoeningen. En als er dan al een meetschaal is, dan blijkt het aantal mogelijke combinaties en scores onoverzichtelijk groot.

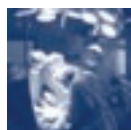
Om een uitspraak te doen over een mogelijke aanpassing van het terugbetalingssysteem voor kinesithérapie, onderzocht het KCE meer dan 5 000 kinesessies bij 400 Belgische kinesitherapeuten. De motieven waarom patiënten een kinesitherapeut opzoeken, lopen sterk uiteen. Meer dan honderd verschillende redenen werden terug-

gevonden. Bovendien worden functionele schalen bij de behandeling bijna niet gebruikt. Als het een troost mag zijn: in andere landen is het nauwelijks anders.

Derhalve komt het KCE tot het besluit dat het praktisch onhaalbaar is om op ruime schaal een terugbetalingsstelsel voor kinesithérapie toe te passen op basis van de functionele toestand van de individuele patiënt. Slechts voor een beperkt aantal aandoeningen, zoals de revalidatie na een beroerte, lijkt dit wel mogelijk.

Anderzijds stelt het KCE vast dat de dagelijkse gang van zaken in de Belgische kinepraktijk niet altijd wetenschappelijk onderbouwd is. Dat doet afbreuk aan de algemene kwaliteit van de geboden zorg. Bovendien worden een aantal handelingen toegepast, zoals tractie, ultratonen, elektrotherapie en massage, die (wetenschappelijk bewezen) niet altijd even nuttig zijn. Het rapport concludeert dat de kennis van de kinesitherapeuten dringend moet geactualiseerd worden. Hun opleiding en permanente vorming moet zich meer oriënteren naar technieken die gebaseerd zijn op evidence. Het KCE breekt een lans voor initiatieven die de kwaliteit van de kinezorg verbeteren en voor een systeem van accreditatie. Inspiratie is er voldoende te vinden in andere Europese landen. Hierin moeten de hogescholen, universiteiten en wetenschappelijke verenigingen van kinesitherapeuten een belangrijke rol op zich nemen.

KCE-rapport vol. 40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesithérapie in België, i.s.m. UCL.



ZEG ME WAAR JE WOONT ...

... en ik bereken je kans om geopereerd te worden

Je zou denken dat een beslissing om iemand te opereren weldoordacht wordt genomen en dat er weinig regionale verschillen tussen ziekenhuizen zouden zijn. Niets is minder waar; blijkt uit een onderzoek van het KCE. De woonplaats bepaalt mee welke kans iemand heeft om een bepaalde ingreep te ondergaan.

Deze studie heeft uitsluitend betrekking op de 'electieve' chirurgie. Dat zijn de niet-urgente ingrepen die enige tijd op voorhand kunnen gepland worden zonder dat de gezondheid van de patiënt acuut in gevaar is. Het KCE onderzocht acht specifieke ingrepen, het bracht de geografische verschillen in de chirurgiepraktijk in beeld, de impact van de zorgvraag en het zorgaanbod op deze verschillen, en tot slot werd het therapeutisch nut van de gegeven zorg geëvalueerd.

De studie toont allereerst aan dat de verschillen in zorgvraag voor een deel de waargenomen heterogeniteit in electieve chirurgie verklaren. De zorgvraag wordt ook beïnvloed door socio-economische factoren (inkomenspeil, alleenstaanden, kroostrijk gezin, werkloosheid ...).

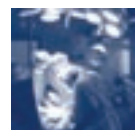
Aan de zijde van het aanbod kan men zich afvragen of de artsensiteit (het al of niet in een regio aanwezig zijn van een arts die een bepaalde ingreep uitvoert) of het aantal beschikbare acute ziekenhuisbedden een invloed hebben op het aantal ingrepen. Het KCE-onderzoek wijst uit dat deze factoren nauwelijks meespelen. Wel blijkt voor de drie interventies die in dagziekenhuis worden uitgevoerd (cataract, carpal tunnel syndroom en artroscoopie van de knie), dat de gemeenten met een hoge graad van dagchirurgie ook een hoge graad van electieve chirurgie hebben. Dat kan betekenen dat een groter aanbod van dagchirurgie meer patiënten aantrekt omwille van de toegankelijkheid en aantrekkelijkheid.

Zowel vraag als aanbod verklaren met andere woorden slechts voor een deel de regionale ver-

schillen in de frequentie van chirurgische ingrepen. Een onvermijdelijke vraag is dan ook of in bepaalde regio's chirurgische ingrepen plaatsvinden die niet echt nodig zijn? Het KCE stelt onomwonden dat plaatsgebonden 'specificiteiten' - zoals 'over-enthousiasme' van een chirurg of lokale consensus - geen goed motief zijn om chirurgie te bedrijven. Zeker niet in een tijd waarin de geneeskunde zich steeds meer baseert op evidence. Toch blijken dergelijke 'lokale' praktijken zich nog steeds voor te doen, ondermeer bij hysterectomie en artroscoopie van de knie. Twee ingrepen die in sommige ziekenhuizen te vaak om opportune redenen worden uitgevoerd.

Verder variëren de aanbevelingen van het KCE naargelang de ingreep: voor artroscoopie van de knie stelt het KCE een consensusconferentie voor en/of de redactie van klinische richtlijnen om tot een harmonisatie te komen. Andere aanbevelingen zijn de ingreep te beperken tot een aantal centra (carotisoperatie), na te gaan wat de werkelijke frequentie van een aandoening is (cataract, carpal tunnel syndroom), of het publiek beter in te lichten over de voor- én nadelen van sommige ingrepen (keizersnede, hysterectomie).

KCE-rapport vol. 42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België, i.s.m. ULg.



KLINISCHE PRAKTIJKRICHTLIJNEN EN MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID ...

... een mes dat aan twee kanten snijdt

Vandaag zijn 'richtlijnen voor een goede klinische praktijk' niet meer weg te denken uit de Westerse gezondheidszorg. Ze verzamelen en vatten op een begrijpelijke manier de alsnar toenemende hoeveelheid informatie samen over hoe een arts het best handelt in bepaalde situaties. Op zich is een richtlijn bedoeld als een instrument om de zorgverlener en de patiënt te helpen in het nemen van beslissingen. De behandelende arts behoudt echter autonomie en kan afwijken van die richtlijnen op basis van zijn of haar eigen professioneel oordeel, van bepaalde klinische omstandigheden of van de voorkeur van de patiënt.

Het is een nieuw fenomeen dat er ook steeds meer beroep wordt gedaan op praktijkrichtlijnen bij geschillen, als een patiënt bijvoorbeeld wil aantonen dat zijn of haar arts onzorgvuldig heeft gehandeld. Ook juridische uitspraken beroepen zich vaker op praktijkrichtlijnen. En toch hebben deze richtlijnen - ook al zijn ze wetenschappelijk verantwoord - geen juridische onderbouw en waarde.

Tijd om hieraan aandacht te besteden, meende het KCE, want in België werd dit probleem nog niet onderzocht. Samen met een groep experts, in hoofdzaak juristen, zette het KCE zich aan het werk om de jurisprudentie ter zake in verschillende Europese landen te onderzoeken. Uit deze analyse blijkt dat een schending van praktijkrichtlijnen pas dan wordt aanzien als een medische fout wanneer de rechter, al dan niet na advies van een gerechtsdeskundige, oordeelt dat een normaal, zorgvuldig handelend persoon in dezelfde omstandigheden de praktijkrichtlijn wel had nageleefd. Concreet betekent

dit dat zowel de patiënt deze richtlijnen kan invoeren om een mogelijke fout van de arts aan te tonen, maar dat ook de arts ze als verweermiddel kan gebruiken om zijn of haar correct handelen te bewijzen. Verder verwachten de KCE-experts dat ook gerechtelijk deskundigen in toenemende mate hun adviezen zullen baseren op richtlijnen aangezien deze een samengevatte versie van klinische evidence (kunnen) zijn. Toch is het mogelijk dat er voor eenzelfde klinische situatie verschillende praktijkrichtlijnen bestaan. In dat geval moet er een hiërarchie opgevoerd worden naargelang de kwaliteit en ontwikkelingsmethode van de verschillende richtlijnen. Bovendien veronderstelt een goede praktijkrichtlijn een externe validatie van de kwaliteit, (zoals door CEBAM - Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine) en moet de richtlijn actueel blijven.

Het KCE waarschuwt echter voor een al te dwingende of repressieve invulling van praktijkrichtlijnen. Dat houdt immers risico's in voor de kwaliteit van zorg, het doet afbreuk aan de professionele autonomie van de arts en zorgt voor een verkeerde perceptie en dus ook meer weerstand bij zorgverstrekkers. Dit alles kan de implementatie van richtlijnen als kwaliteitsverbeterend instrument bemoeilijken. Indien, tot slot, de overheid in haar regelgeving het gebruik of beschikbaarheid van richtlijnen oplegt, dan dient ze ook in de nodige randvoorwaarden te voorzien.

KCE-rapport vol. 26. Medico-legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen.

FEEDBACK OP DE FEEDBACK ...

... de mening van artsen

Belgische artsen ontvangen sinds enkele jaren een document met cijfers en uitleg over hun voorschrijfgedrag. Deze originele 'feedback' is opgezet door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) van het RIZIV. De feedbacks hebben als doel de kwaliteit van het voorschrijfgedrag te verbeteren en dit op basis van de meest recente aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. De eerste terugkoppeling op het voorschrijfgedrag betrof antibiotica, andere volgden (geneesmiddelen om de bloeddruk te verlagen en preoperatieve onderzoeken).

Zoals voor elke nieuwe beleidsmaatregel is het goed na enige tijd de impact te evalueren. Daarom peilde het KCE naar de mening van huisartsen uit het Franstalig en Nederlandstalig landsgedeelte. Hoe ervaren zij de feedback en in hoeverre beïnvloedde het hun voorschrijfgedrag?

Uit dit onderzoek komt enerzijds naar voor dat artsen de terugkoppeling als een bedreiging van hun autonomie ervaren, als een arbitraire controle door de overheid om de medische praktijk te standaardiseren en economische objectieven te laten primeren op de kwaliteit van de zorgen. Anderzijds wekken de feedbacks ook nieuwsgierigheid. Het zet aan om de inhoud ervan te bespreken in de lokale kwaliteitsgroepen en huisartsenkringen en zichzelf vragen te stellen bij het eigen medisch handelen.

In ieder geval is er tijd nodig vooraleer artsen op grote schaal hun praktijk zullen oriënteren op vernieuwingen als 'Evidence-Based Medicine', zelfevaluatie en collectieve verantwoordelijkheid. De feedbacks moeten gezien worden als een instrument in die gestage heroriëntering van de geneeskundige praktijk. Daarom moeten ze verder ondersteund worden en ingepast in een globaal plan waar ook informatiecampaagnes naar het grote publiek deel van uitmaken, meent het KCE. De onderzochte artsen maakten meteen van de gelegenheid gebruik om tal van suggesties te doen om de kwaliteit van toekomstige feedbacks te verbeteren.

KCE-rapport vol. 32. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie - Onderzoeksrapport: deel II in samenwerking met Domus Medica en SSMG.

OOR-, KEEL-, BLAAS- EN NIERONTSTEEKING ...

... richtlijnen aangepast aan nieuwe kennis

België was één van de Europese koplopers wat betreft antibioticagebruik. De laatste jaren heeft ons land inspanningen gedaan om het gebruik van antibiotica terug te dringen. Met succes. Waar we in 1998 op 20 onderzochte Europese landen nog de op één na gulzigste gebruiker waren, zijn we in 2002 teruggevallen tot de zesde plaats. Die verbetering is voor een deel toe te schrijven aan de werking van BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordinating Commission), een commissie die in 1999 werd opgericht om het antibioticabeleid in België te sturen en te coördineren. Er werden verscheidene campagnes gevoerd om zowel artsen als het grote publiek te sensibiliseren om antibiotica correct te gebruiken. Ook de eerste feedbackcampagne over het voorschrijfgedrag van artsen was gericht op antibiotica.

BAPCOC is eveneens verantwoordelijk voor het uitwerken van goede praktijkrichtlijnen voor het gebruik van antibiotica. Deze moeten regelmatig worden bijgewerkt op basis van nieuwe evidence. In deze studie werden een aantal praktijkrichtlijnen uit 2001 en 2002 verder aangescherpt. Het gaat om het gebruik van antibiotica bij acute middenoorontsteking, acute keelpijn, acute blaasontsteking (bij de vrouw) en acute ontsteking van nier en nierbekken (pyelonefritis) bij volwassenen. Voor keelontsteking en pyelonefritis bleven de richtlijnen onveranderd, voor de andere aandoeningen waren slechts kleine aanpassingen nodig, al was het alleen maar om de kritiek te pareren dat de richtlijnen

verouderd zouden zijn.

Zo moet in de oorspronkelijke richtlijn voor blaasontsteking worden genuanceerd dat de dipstick het diagnostisch instrument bij uitstek is. De test blijkt niet de gevoeligheid te hebben die oorspronkelijk werd voorgesteld. Ook moet verder bekeken worden of veenbessenextracten een alternatief kunnen zijn voor preventieve antibiotica bij vrouwen die regelmatig last hebben van blaasontsteking. Voor middenoorontsteking hebben twee recente studies aangetoond dat een behandeling met antibiotica niet nodig is voor kinderen tussen zes maanden en twee jaar.



De actualisatie van deze richtlijnen zijn het resultaat van een samenwerking tussen het KCE en Domus Medica en zullen breed verspreid worden over het hele medische korps. Het zal echter wel nodig zijn om de richtlijnen over drie tot vijf jaar te herbekijken.

KCE-rapport vol. 43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen, i.s.m. Domus Medica.

DIAGNOSE EN BEHANDELING VAN KANKER ...

... nationale richtlijnen op het web

In 2003 werd de Belgische ziekenhuisorganisatie voor kankerzorg ingrijpend geheroriënteerd met de invoering van de oncologische zorgprogramma's. Dit betekent concreet dat een oncologisch 'kwaliteitshandboek' wordt ontwikkeld met voor elk type kanker richtlijnen die voor de diverse etappes, van diagnose tot behandeling, de beste opties beschrijft. Hierdoor hoeft niet elk individueel ziekenhuis eigen richtlijnen op te stellen voor een goede oncologische praktijkvoering. Bovendien kan de patiënt, waar hij of zij ook wordt verzorgd, genieten van een optimale behandeling.

Op nationaal niveau werd de coördinatie van de oncologische zorgprogramma's bij het College voor Oncologie gelegd, in de schoot van de FOD Volksgezondheid. Het College heeft methodologische ondersteuning gevraagd aan het KCE. Die onuitgegeven samenwerking heeft geleid tot het opstellen van een basismodel voor een kwaliteitshandboek. De eerste twee richtlijnen voor dit handboek werden afgewerkt, enerzijds voor een veel voorkomende vorm van kanker, namelijk colorectale of dikke darmkanker, en anderzijds voor een relatief goed geneesbare vorm, teelbalkanker. Opmerkelijk is verder dat deze richtlijnen tot stand zijn gekomen in samenwerking met alle wetenschappelijke medische verenigingen betrokken bij de diagnostiek en/of behandeling van deze vormen van kanker. Het handboek is meteen een uiting van de multidisciplinaire aanpak van kanker en de beste garantie voor een correcte behandeling.

GENEESMIDDELEN TEGEN GRIEP ...

... spaarzaamheid geboden!

Deze eerste nationale richtlijnen voor diagnose en behandeling van kanker kunnen op het web worden geraadpleegd (www.health.fgov.be/colleges). Andere richtlijnen, eveneens opgesteld volgens hetzelfde sjabloon, zullen in de nabije toekomst volgen. Deze informatie is natuurlijk in de eerste plaats gericht op oncologen. Maar ook het verpleegkundig personeel, de huisartsen, de patiënten en het algemene publiek hebben toegang. Door deze informatie breed ter beschikking te stellen, willen de uitvoerders van dit project de kwaliteit van de zorgverstreking voor alle types van kanker verbeteren. Ze willen alle betrokkenen sensibiliseren voor het belang van een permanente evaluatie van de kwaliteit van de zorg.

KCE-rapport vol. 29. Nationale Richtlijnen van het College voor Oncologie : A. Algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. Wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker, i.s.m. UZGent, ULB, UCL, College Oncologie, FOD Volksgezondheid.



Sinds de vogelgriep dreigt heeft het grote publiek het bestaan van antivirale geneesmiddelen ontdekt. Toch bestaan deze geneesmiddelen al tien jaar. Ze worden echter niet massaal ingezet tegen de jaarlijks terugkerende seizoensgriep omdat het geen wondermiddelen zijn. Ze 'genezen' een griepaanval niet, ze verkorten alleen de symptomen met een dag, op een gemiddelde van een kleine week. Er zijn geen bewijzen dat antivirale middelen ernstige complicaties (longontsteking) en overlijdens vermijden. Enkel bij hoogrisicopatiënten met een verzwakte gezondheid kan de arts overwegen ze in te zetten voor behandeling van seizoensgriep. Ze kunnen ook gebruikt worden bij de preventie van de infectie hetzij voor of na het contact met het virus. In bejaardentehuizen en ziekenhuisafdelingen kadert het gebruik van deze middelen best binnen het lokale plan voor controle van infectieziekten. Ongecontroleerd gebruik werkt mogelijk ook het optreden van resistentie van het virus in de hand.

Naast de seizoensgriep is er ook de angst voor een mogelijke pandemie, een ernstige en massale (wereldwijde) epidemie. Het is onmogelijk te voorspellen welke virusvariant verantwoordelijk zal zijn en wanneer de pandemie zal uitbreken. Het vogelgriepvirus is een potentiële voorloper. De werkzaamheid van de antivirale middelen bij het vogelgriepvirus zijn nog onvoldoende gekend. Wel is er al resistentie gemeld. De rationele basis waarop beleidsmakers hun beslissingen moeten baseren, blijven bijzonder pover. Vele landen, waaronder België, hebben een plan ontwikkeld om de schade van zo'n pandemie te beperken. In die plannen nemen de antivirale geneesmiddelen een voornamelijk plaats in. Ook in België werd een lokale voorraad antivirale middelen aangelegd. Het geplande gebruik ervan verschilt van land tot land. De meeste landen waaronder België opteren voor behandeling van grieppatiënten en niet voor preventief gebruik. Volgens het KCE kan bij een niet te zware pandemie echter een deel van de voorraad ook preventief gebruikt worden. Een belangrijke veronderstelling is hierbij dat het virus gevoelig blijft voor de geneesmiddelen, een reden te meer om ze momenteel gecontroleerd te gebruiken, en om niet alle heil van deze middelen alleen te verwachten.

KCE-rapport vol. 49 Antivirale middelen bij seizoensgriep en griep-pandemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen i.s.m. Domus Medica, UZGent, UGent, UA.



Health

Analyse klinische praktijk en ontwikkeling
klinische praktijkrichtlijnen
(Good Clinical Practice)

**Evaluatie van medische technologie
(Health Technology Assessment)**

Organisatie en financiering van de gezondheidszorg
(Health Services Research)

Billijkheid, patiëntengedrag e.a.
(Equity, Patient Behaviour e.a.)

Technology Assessment...

...de toegevoegde waarde van (nieuwe) technologie op de weegschaal

Als in de gezondheidszorg een technologie of behandeling wordt toegepast, zijn vier vragen op hun plaats: "Kan het werken?", "Werkt het in de praktijk?", "Biedt de technologie een meerwaarde die bovendien betaalbaar is?" en "Is het maatschappelijk mogelijk en aanvaardbaar om ze toe te passen in de dagelijkse medische praktijk?". Voor de buitenstaander lijkt het vanzelfsprekend dat op deze vragen steevast een 'ja' volgt. Maar de werkelijkheid is vaak anders.

Het KCE zoekt naar de objectieve antwoorden op deze vier vragen in het onderzoeksluik health technology assessment (HTA). HTA vertrekt van de overtuiging dat medische technologie de samenleving ten goede moet komen en niet alleen de uitvinder of het bedrijf dat de technologie op de markt brengt. In de praktijk staat in HTA vaak volgende vraag centraal: hoe gaat de ziekteverzekering om met een veelbelovende, innovatieve technologie waar de nodige bewijskracht veelal nog beperkt of onzeker is? Te lang wachten met de introductie kan levensreddende behandelingen aan de patiënten ontfagen. Te snel introduceren kan leiden tot belangrijke risico's voor de patiënt en een ontsporing van het budget van de ziekteverzekering.

De industrie heeft een wat ambigue relatie met HTA. De producent van een nieuw geneesmiddel, toestel of technologie ziet in HTA een mechanisme dat de marktintroductie van zijn product vertraagt. Toch biedt een goede samenwerking tussen industrie en HTA-onderzoeksweld voor beiden voordelen. Als ze samenwerken, kunnen ze wetenschappelijke gegevens efficiënter gebruiken of klinische studies optimaliseren tijdens de ontwerpfase. Bovendien draagt een succesvol HTA-onderzoek bij tot een breder en duurzamer gebruik van het nieuwe product. Voor de producent kan dat op lange termijn waardecreërend zijn.

Het KCE bouwde het HTA-luik uit tot één van de pijlers van haar opdracht. Niet als middel om besparingen in de gezondheidssector te rechtvaardigen of een rem te zetten op de toepassing van nieuwe technologie. Wel om de overheid bij te staan in haar zoektocht naar meerwaarde voor de patiënt en doelmatig gebruik van beschikbare middelen. Daarbij hoeft innovatie niet noodzakelijk te leiden tot een peperdure gezondheidszorg. Innovatie betekent ook: betere én goedkopere producten voortbrengen. Met haar HTA-onderzoek wil het KCE bijdragen tot een optimale inzet van de beperkte beschikbare middelen.

*Hier vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2006 publiceerde over Health Technology Assessment.
Een meer gedetailleerde inventaris vindt u op de website van het KCE (www.kce.fgov.be).*



KANKERSCREENING ...

... de kunst om de juiste test te kiezen

Een goede algemene screening voor de vroege opsporing van kanker moet aan diverse criteria voldoen. Deze criteria zijn niet noodzakelijk dezelfde als voor de opsporing van kanker bij een individu. Zo moet elke screening op bevolkingsniveau maximale kwaliteitsgaranties bieden en voldoende toegankelijk (liefst zelfs gratis) zijn voor de deelnemers. Verder moet de screening begeleid worden met volledige en goed begrijpelijke informatie over de te verwachten voordelen en mogelijke nadelen. Het is de bedoeling dat éénieder in volle vrijheid en met voldoende kennis kan beslissen om deel te nemen aan het programma. Bovendien moet een algemene screening kosteneffectief zijn voor de maatschappij.

Allemaal argumenten die niet in dezelfde mate opgaan voor de opsporing van kanker bij een individu.

Ook de verwachte voordelen van een bevolkingsonderzoek liggen anders dan bij een individuele kankeropsporing. Bij een individuele

opsporing staat de individuele patiënt centraal, bij een algemene screening dient een evenwicht gezocht te worden tussen het winnen van zoveel mogelijk levensjaren door het opsporen van kanker in een vroeg stadium en het feit dat (een deel van) de bevolking wordt blootgesteld aan de risico's die de test met zich meebrengt. Tevens moet de test zo weinig mogelijk vals positieve en vals negatieve resultaten opleveren.

De doeltreffendheid van elk bevolkingsonderzoek is in de eerste plaats afhankelijk van de mate waarin de doelgroep deelneemt, de kwaliteit van de test en de werkzaamheid van de behandeling van personen bij wie men een tumor detecteert. Als aan één van deze drie voorwaarden niet optimaal is voldaan, zal het bevolkingsonderzoek niet beantwoorden aan de verwachtingen.

Het voorbije jaar onderzocht het KCE de internationale literatuur over de algemene screening voor de vroege opsporing van drie veelvoorkomende vormen van kanker: colon-

kanker, prostaatkanker en baarmoederhalskanker. Uit het onderzoek zijn verrassende lessen te leren.

Colonkanker

Jaarlijks wordt bij ongeveer 7 700 Belgen colonkanker vastgesteld. De enige test die in een algemene screening ook effectief de sterfte aan colonkanker doet dalen, is om de twee jaar bloed opsporen in de stoelgang bij mensen ouder dan 50 jaar. De test is verre van perfect, maar bloedingen zijn nu eenmaal het enige detecteerbare symptoom van een beginnende darmtumor. De specificiteit van het onderzoek is niet erg hoog: wie positief test, heeft daarom nog geen colonkanker. Er is dan vervolgonderzoek via een coloscopie nodig om aan te tonen of er inderdaad kanker aanwezig is. Buitenlandse voorbeelden hebben aangetoond dat een dergelijk screeningprogramma vanaf de leeftijd van 50 jaar de sterfte door colonkanker met ongeveer 15% kan vermin-



DR. DIDIER VANDER STEICHEL

Wetenschappelijk directeur van de Stichting tegen Kanker.

In de loop van 2006 publiceerde het KCE meerdere studies over de algemene opsporing van kanker. Een item dat de Stichting tegen Kanker zeer na aan het hart ligt. Bij het KCE-onderzoek dat zich richtte op de opsporing van prostaatkanker, waren wij zelfs nauw betrokken. Het zijn stuk voor stuk studies die reacties hebben losgeweekt en die impact hebben op beleidsniveau ... niet altijd onmiddellijk na de publicatie en niet altijd even zichtbaar. Maar vanwege de complexiteit van de Belgische beleidsstructuren met betrekking tot de gezondheidszorg en gezondheidspreventie kan je dat ook niet altijd verwachten.

Ik meen dat de vragen die de KCE-onderzoekers behandeld hebben, absoluut pertinent zijn. Zonder uitzondering verdienen ze dit soort

van rigoureuze reflectie. Ik ben ervan overtuigd dat analyses over kostprijs / voordeel / doeltreffendheid / nadeel vandaag niet meer weg te denken zijn in de gezondheidszorg. In het bijzonder in de oncologie, een discipline die alsmaar complexer én duurder wordt. Maar dat betekent hoegenaamd niet dat we geen voortdurende aandacht moeten besteden aan de kwaliteit van de individuele relaties tussen arts en patiënt.

Men mag de moeilijkheden niet onderschatten van een kritische benadering zoals die door het KCE werd ontwikkeld. Het is alleen al aarts moeilijk om het brede publiek en de artsen te doen inzien wat een 'algemene screening' precies inhoudt. We hebben dat vorig jaar al gezien toen de studie over borstkankerscreening bij vrouwen jonger dan vijftig



deren en dit op een kosteneffectieve wijze. Het KCE becijferde dat de invoering van een algemene screening in België tussen de 20 en 35 miljoen euro per jaar zou kosten.

De belangrijkste onzekerheid is hoeveel mensen ook echt zullen deelnemen aan een georganiseerde screening. Om deze en andere onzekerheden in de praktijk te evalueren, stelt het KCE voor om enkele pilootprogramma's op te starten. Ze moeten de praktische haalbaarheid van het programma nagaan door volgende elementen te onderzoeken:

- hoe worden mensen best uitgenodigd om deel te nemen aan de screening, via de huisarts of door een brief,
- hoe onthalen de potentiële deelnemers de test,
- hoe worden de 10 000 bijkomende coloscopieën uitgevoerd die de test met zich mee zal brengen,
- hoe worden de deelnemers best overtuigd om een coloscopie te laten uitvoeren indien die noodzakelijk blijkt,
- hoe implementeren we een controlesysteem op de kwaliteit van deze coloscopieën?

Na grondige evaluatie van deze proefprojecten kan dan de beste organisatiewijze voor België gekozen worden. De wetenschappelijke literatuur beveelt in ieder geval een tweejaarlijkse screening aan voor alle personen ouder dan 50 jaar.

De meeste colorectale kankers komen voor bij individuen zonder aanwijzingen voor verhoogd risico, maar één vierde van de colorectale kankers komen voor bij personen met een aanwijsbaar verhoogd risico, hetzij door een familiale voorgeschiedenis, hetzij door persoonlijke aanleg of anteceden ten. Deze groep komt niet in aanmerking voor een screeningprogramma, maar het is wel belangrijk dat deze personen regelmatig worden opgevolgd met een coloscopie.

KCE-rapport vol. 45. Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België.

Baarmoederhalskanker

In België neemt 59% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar via hun gynaecoloog of huisarts regelmatig deel aan de cer-

vixkankerscreening door middel van een uitstrijkje. Door die screening worden jaarlijks 1400 gevallen van baarmoederhalskanker vermeden. Toch zijn er elk jaar nog 700 vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt vastgesteld, waarvan een derde vroegtijdig zal overlijden. De sterfte aan baarmoederhalskanker kan vooral dalen door een grotere deelname van vrouwen aan de screening, stelt het KCE. Bij 41% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar wordt immers zelden of nooit een uitstrijkje genomen.

Het kan in ieder geval stukken beter. Dat bewijzen buitenlandse voorbeelden. Een degelijk georganiseerde aanpak bewijst zijn doeltreffendheid met een deelname van boven de 80% en een verdere daling van invasieve baarmoederhalskanker met 35%. Een degelijk georganiseerd screeningprogramma heeft een grotere impact dan opportunistisch screenen omdat er meer vrouwen worden bereikt en zo de toegankelijkheid verhoogt voor alle lagen van de bevolking. Bovendien vergemakkelijkt georganiseerde screening de implementatie en laat ze beter toe om de kwaliteit te monitoren (wat vandaag in België

jaar een hele polemiek met zich meebracht. Het is een boodschap die moeilijk 'weghapt'. Het gaat hier telkens over domeinen waar de emoties hoog opblazen en de opinies vorm hebben gekregen op basis van individuele gevallen uit het leven gegrepen. Soms is de patiënt heel enthousiast tegenover een screening en is de arts een stuk kritischer. Vaak wordt de effectiviteit van een test over- of onderschat, in functie van wat men verwacht. Een voorbeeld: wanneer we met het bevolkingsonderzoek één patiënt met borstkanker oppikken, hebben we de neiging om die andere negen op tien vrouwen te vergeten die nooit borstkanker zullen krijgen. Toch moeten ook zij het 'ongemak' van de test ondergaan. Omdat KCE-rapporten vaak nogal kritisch zijn, bestaat het gevaar dat men het Kenniscentrum als een normatieve instelling

gaat beschouwen die telkens wel bezwaren aanbrengt maar geen oplossingen biedt. Haar bijdrage kan echter ook heel positief zijn. Het beste bewijs vinden we terug in de studie over colorectale kanker. Daar hebben de KCE-experts zich duidelijk uitgesproken vóór een systematisch bevolkingsonderzoek.

Ik stel ook vast dat het KCE regelmatig de oprichting van een screeningregister voorstelt. Ik kan me daar volledig in terugvinden. Ik ga zelfs nog een stap verder: er moet een koppeling komen tussen het screeningregister en het kankerregister, dat eindelijk op de rails wordt gezet en begint te functioneren. De informatie komend uit beide richtingen kan elkaar aanvullen. Ne-

gatieve resultaten uit het bevolkingsonderzoek kunnen belangrijke informatie bevatten. Tegelijk laat het kankerregister toe om de efficiëntie van de algemene screening te evalueren.

niet gebeurt). Gezien echter de huidige situatie, blijft het voor de vrouwen die vandaag al deelnemen aan de screening toch realistischer om ook in de toekomst het uitstrijkje door hun gynaecoloog of de huisarts te laten afnemen, geeft het KCE toe. Hoewel deze benadering wellicht niet het meest kosteneffectief is, mag ook het belang van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt niet onderschat worden. Bij het contact arts-vrouw worden ook andere punten besproken die mogelijk bijdragen tot de algemene gezondheidstoestand van de vrouw.

Wat betreft de regelmaat van de uitstrijkjes stelt het KCE op basis van de internationale literatuur vast dat één uitstrijkje om de drie jaar voldoende is. Bij heel wat Belgische vrouwen gebeurt dat nu jaarlijks. Bij deze vrouwen is er dus sprake van overscreening, iets wat door de ziekteverzekering beter niet meer wordt terugbetaald.

Sommige gynaecologen of laboratoria laten bij elk uitstrijkje nu ook een test voor het humaan papilloma virus (HPV) uitvoeren. Dit virus wordt aanzien als de belangrijkste oorzaak van baarmoederhalskanker, maar zijn aanwezigheid duidt hoegenaamd niet op de ontwikkeling van kanker. De meeste vrouwen en mannen maken gedurende hun seksueel actief leven één of meerdere HPV-infecties door. Meestal verdwijnt deze infectie vanzelf. Als uit een HPV-test blijkt dat de vrouw drager is van HPV, kan dit bij haar en haar partner onnodige ongerustheid en onzekerheid veroorzaken. Omdat de test niet wordt terugbetaald, wordt de factuur - tussen 10 en 50 euro - meestal doorgeschoven naar de vrouw. Volgens het KCE zijn er momenteel geen bewijzen voor het nut van het screenen op HPV bij alle vrouwen of voor het vervangen van het klassieke uitstrijkje door de HPV-test. Slechts in sommige gevallen, bijvoorbeeld bij een afwijkend klassiek uitstrijkje, heeft de HPV-test een plaats. De artsen die de HPV-test toch willen uitvoe-

ren, moeten eerlijke informatie bieden aan hun patiënten.

KCE-rapport vol. 38. Baarmoederhalskanker-screening en testen op Human Papillomavirus (HPV), i.s.m. IPH.

Prostaatkanker

Prostaatkanker is misschien wel een buitenbeentje onder de kankers: voor dit type kanker is het meestal minder noodzakelijk dat hij in een heel vroeg stadium wordt opgespoord. Immers een meerderheid van mannen ouder dan 60 zijn drager van 'slapende' prostaatkankercellen die weinig tot geen overlast veroorzaken. Slechts bij een minderheid van mannen groeien die slapende tumorcellen uit tot een dodelijke ziekte. De meeste oudere mannen sterven dus niet van, maar met prostaatkanker. Aan de andere kant zorgt de behandeling van prostaatkanker met chirurgie of radiotherapie voor ernstige nevenwerkingen: 75% kampt met erectieproblemen, 10 tot 20% wordt incontinent na de chirurgische ingreep, 35% krijgt darmklachten, 45% tot 63% wordt na de bestraling impotent. Het zijn allemaal problemen met een grote invloed op de levenskwaliteit.

Het doel van een vroegtijdige algemene screening naar prostaatkanker moet zich dus in de eerste plaats richten op de detectie van agressieve prostaatkankers en voorkomen dat teveel mannen met traag groeiende prostaattumorenodeloos onderworpen worden aan potentieel invaliderende behandelingen. Helaas bestaat er op dit ogenblik geen goede test die hiervoor kan zorgen. Toch trachten 'mannenklinieken' en screeningcampagnes mannen te verleiden om een prostaattest te ondergaan. Die test bestaat dan stevast uit een bloedprik waarna het PSA-gehalte wordt bepaald. PSA staat voor 'prostaatspecifiek antigeen', een proteïne afgescheiden door de prostaat. Hoe meer antigenen er in het bloed aanwezig zijn, hoe

hoger de kans op prostaatkanker. Spijtig genoeg is de methode niet waterdicht, er zijn teveel vals positieve en vals negatieve resultaten. Een verhoogd PSA kan immers wijzen op andere, minder ernstige aandoeningen. Zo hebben negen op de tien mannen met een verhoogd PSA helemaal geen kanker, terwijl andere mannen met een negatieve test toch prostaatkanker kunnen ontwikkelen die leidt tot klachten en overlijden. Ondanks deze bezwaren heeft in België de helft van de mannen tussen 65 en 74 jaar al minstens één PSA-test ondergaan, terwijl niet eens werd bewezen of dit de mortaliteit voor dit type kanker beïnvloedt.

Het KCE raadt een systematische prostaatkankerscreening met de PSA-test af. Het Kenniscentrum is eerder voorstander van een gebruik van de test 'op maat', 'geval per geval', indien er gegronde redenen zijn. De mannen die de test toch ondergaan moeten op voorhand voldoende informatie krijgen van hun arts over de onzekerheden en mogelijke gevolgen van de test. Samen met de Stichting tegen Kanker, Domus Medica, het Vlaamse agentschap zorg en gezondheid, de Franse Gemeenschap en de Ziekenfondsen, stelde het KCE een tekst met algemene informatie op over de PSA-test. De tekst is beschikbaar op de website van het Kenniscentrum als addendum bij het KCE-rapport vol. 31 (www.kce.fgov.be).

In elk van de drie studies over algemene kankerscreening beveelt het KCE het opstarten van een centraal en gedetailleerd screeningregister aan dat gekoppeld kan worden aan het bevolkingsregister en de kankerregistratie. Een dergelijk register is elementair voor de uitbouw van doeltreffend bevolkingsonderzoek voor de vroege opsporing van kanker.

KCE-rapport vol. 31. Prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening.



BEHANDELING BORSTKANKER ...

... doorbraak met een prijskaartje

Trastuzumab (merknaam Herceptin®) is een biotechnologisch geneesmiddel dat de groei van bepaalde borstkankercellen afremt. Het bestaat uit een antilichaam gericht tegen de humane epidermale groeifactorreceptor 2 (HER2). Indien tumorcellen dit eiwit op hun buitenzijde dragen, worden ze gevoelig voor sommige groeifactoren en delen ze sneller. Tot voor kort werd het geneesmiddel enkel toegediend aan vrouwen die borstkanker met uitzaaiingen hebben.

Borstkanker is de meest frequent voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Jaarlijks wordt bij 9 600 Belgische vrouwen een borsttumor vastgesteld. Traditioneel zetten artsen dan drie wapens in. Het weghalen van tumorweefsel via een chirurgische ingreep vormt nog steeds de hoeksteen van de behandeling, al of niet gevolgd door bestraling. Beide zijn lokale behandelingen. Een derde, meer algemene aanpak als chemotherapie of hormonale therapie laat ook toe om uitzaaiingen te behandelen. Daar is nu recent antilichaamtherapie aan toegevoegd.

Snelle uitbreiding, niet zonder risico

In de loop van 2005 maakten onderzoekers, via presentaties op conferenties en in wetenschappelijke tijdschriften, gunstige resultaten bekend over het gebruik van trastuzumab in combinatie met chemotherapie in het beginstadium van borstkanker. De media pikten hier gretig op in en onder druk van patiëntenorganisaties werd trastuzumab in een aantal landen aan een bredere groep van borstkankerpatiënten ter beschikking gesteld. Dat gebeurde nog voor de verplichte evaluaties door bevoegde overheidsorganen (zoals het Europees agentschap voor geneesmiddelen (EMA)) afgerond waren.

Een dergelijke snelle introductie zonder evaluatie is evenwel niet zonder risico.

Pas in februari 2006 werd door Roche, het farmaceutisch bedrijf dat trastuzumab op de markt brengt, bij het EMA een goedkeuringsdossier ingediend. Na een versnelde evaluatieprocedure werd in mei 2006 de uitbreiding van het gebruik goedgekeurd tot patiënten met HER2-positieve borstkanker in een beginstadium. Zonder twijfel betekent trastuzumab een doorbraak in de behandeling van HER2-positieve borsttumoren, maar aan die doorbraak is ook een prijskaartje verbonden. Een patiënte krijgt het geneesmiddel gedurende één jaar om de drie weken intraveneus toegediend nadat ze een chemokuur heeft ondergaan. Kostprijs per patiënte (alleen voor trastuzumab): 37 000 euro. Is dat wel een verantwoord kostenplaatje vroeg de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zich af? Hij heeft dan ook aan het KCE gevraagd om uit te zoeken hoeveel de uitbreiding van het gebruik van dit geneesmiddel aan de Belgische gezondheidszorg zal kosten en of deze uitgave kosteneffectief is.

Minder dan duizend

Het KCE becijferde dat jaarlijks tussen 500 en 860 Belgische vrouwen in aanmerking kunnen komen voor behandeling met trastuzumab. Uit het onderzoek blijkt verder dat de behandeling wel degelijk kosteneffectief is. Dit betekent dat de kostprijs van het product in een aanvaardbare verhouding staat tot de gezondheidswinst voor de patiënte. Voor de Belgische ziekteverzekering zal het jaarlijks prijskaartje evenwel oplopen tot een bedrag tussen de 20 en 36 miljoen euro.

Nevenwerking

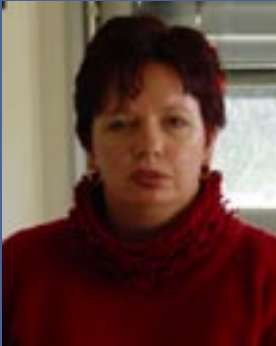
Een aantal patiënten met een zwakke

hartfunctie loopt echter een verhoogd risico op ernstig hartfalen als nevenwerking van de behandeling. Vooral als de patiënte voordien of gelijktijdig een chemokuur met anthracyclines ondergaat. Voor deze patiënten is een behandeling met trastuzumab volgens het voorgeschreven schema niet aangewezen. In België zou het jaarlijks gaan om 100 tot 150 patiënten. Maar ook voor hen is er hoop. In een kleinere Finse studie (Fin-HER) werd trastuzumab toegediend vóór de chemotherapie en slechts gedurende negen weken. Zelfs met drie jaar follow up werden er geen cardiale nevenwerkingen vastgesteld terwijl de ziektevrije overleving toch significant verbeterd was.

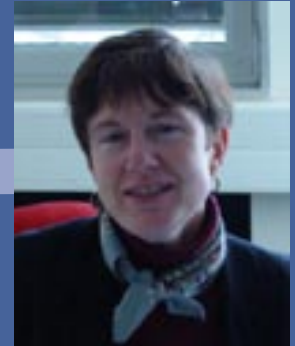
Vergelijking dringend gewenst

Deze studie plaatst beleidsmakers echter voor een dilemma: indien alle in aanmerking komende patiënten worden behandeld gedurende slechts negen weken vóór in plaats van een jaar na de chemotherapie, zou dit een enorme besparing betekenen voor de ziekteverzekering. Bovendien komen met de korte kuur ook vrouwen met een zwakkere hartfunctie in aanmerking. Zolang trastuzumab echter door EMA uitsluitend is goedgekeurd in een post-chemotherapie-schema van een jaar, heeft de overheid weinig keuze. Slechts een vergelijkende klinische studie tussen het korte en het lange schema kan uitmaken welk behandelingsregime het meest effectief is. Ideaal zou een dergelijke studie in een internationale setting moeten plaatsgrijpen. Het KCE beveelt in haar rapport dan ook aan om dit vergelijkend onderzoek onverwijld op te starten.

KCE-rapport vol. 34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker.



DR. CARINE KEPPENS,
Head Medical Oncology & Anemia, Roche



MEVR. MYRIAM NEHELPUT,
Pricing and Reimbursement Manager, Roche

Eind 2005 werd Roche ervan op de hoogte gebracht dat minister Demotte het KCE had opgedragen om een studie uit te voeren rond het gebruik van trastuzumab in combinatie met chemotherapie bij de behandeling van borstkanker in het beginstadium. Vervolgens werden wij twee keer uitgenodigd door het KCE om onze gegevens en farmaco-economische modellen voor trastuzumab voor te stellen. Die ontmoetingen verliepen in volstrekt open sfeer.

Toch verrasten de resultaten van de KCE-studie ons. Het KCE legt veel nadruk op een eerder kleine klinische studie, de Fin-HER-studie. Tegelijk gaat het KCE toch wel voorbij aan het gewicht van de HERA-studie. Daaraan namen veel meer onderzoekers én duizenden patiënten deel. Deze klinische studie gaf veel robuustere resultaten, die bovendien ondersteund werden door drie studies die in de VS werden uitgevoerd. De HERA stond dan ook centraal in

het registratiedossier voor het gebruik van trastuzumab bij niet uitgezaaide borstkanker. De Fin-HER-studie werd niet geregistreerd en heeft dan ook niet de kwaliteitscontrole ondergaan die aan geregistreerde studies wordt opgelegd. Volgens ons moet in een wetenschappelijke evaluatie, zoals het KCE die heeft uitgevoerd, elke studie het gewicht krijgen die ze verdient.

Wat betreft de duur van behandeling wachten we nog tot de volledige HERA-studie is afgelopen. De resultaten waarop de registratie van het geneesmiddel nu berust, slaan maar op één arm van het onderzoek. Vooraleer de resultaten van een tweede arm bekend zijn - en dat is in de nabije toekomst - zal Roche geen nieuwe initiatieven nemen om de optimale duur van behandeling verder te onderzoeken. Het lijkt ons beter om eerst alle beschikbare gegevens grondig te analyseren.

Anderzijds staan de mogelijke cardiovasculaire risico's van trastuzumab hoog op de onderzoeksagenda van Roche. Op dit ogenblik zijn de enige op evidence gebaseerde conclusies over de veiligheid van het geneesmiddel degene die wij ook in onze aanbevelingen voor het gebruik van trastuzumab hebben opgenomen. Voor de speculaties dat we voor een bepaalde subgroep - vrouwen met een zwak hart - met evenveel efficiëntie een kortere behandeling kunnen toepassen, bestaan weinig tot geen onderbouwde wetenschappelijke argumenten. Om de cardiale bijwerkingen op lange termijn in te schatten, start Roche een langdurige observationele studie waarbij een groot aantal van de patiënten die nu in de routinepraktijk met trastuzumab worden behandeld, door ons verder worden opgevolgd. Dat moet toelaten om de cardiotoxiciteit over een grote groep patiënten gedurende een lange periode te beoordelen.



PROF. DR. MINNE CASTEELS,

Voorzitter van de Commissie Tegemoetkoming
Geneesmiddelen (CTG)

Er is de laatste jaren een besef gegroeid, óók bij artsen, dat de bomen van de gezondheidszorg niet langer tot in de hemel groeien. De budgetten zijn beperkt en we moeten keuzes maken. Die mentaliteitswijziging betekent een enorme psychologische evolutie.

In die context is het de taak van de CTG om vast te leggen welke behandelingen in aanmerking komen om terugbetaald te worden, en de minister hierover te adviseren. Die beslissing wordt zoveel mogelijk genomen op basis van wetenschappelijke argumenten. Immers niet alle geneesmiddelen zijn even doeltreffend of kosteneffectief.

De terugbetalingsprocedure voor trastuzumab als aanvullende behandeling bij borstkanker in het beginstadium loopt nog binnen de CTG. Aan te stippen valt dat een dergelijke evaluatie door de CTG telkens gepaard gaat met een uit-

gebreid literatuuronderzoek. Beschikbare KCE-rapporten worden uiteraard meegenomen in dit onderzoek.

Los van het uiteindelijk voorstel van de CTG en de nog te nemen beslissing van de minister in verband met trastuzumab, toont KCE-rapport vol. 34 ook duidelijk aan dat de overheid zelf een actieve rol moet spelen bij het opzetten en uitvoeren van klinisch onderzoek omdat gesponsord onderzoek ons niet alle antwoorden zal geven. Als een behandeling van negen weken trastuzumab (voor de chemotherapie) even efficiënt zou zijn als een behandeling van een jaar (na chemo), dan moet dat onderzocht worden. Zeker als met het verkorte regime méér patiënten, zoals vrouwen met een beperkte hartfunctie, in aanmerking zouden komen. Het farmaceutisch bedrijf dat trastuzumab op de markt brengt, zal dit onderzoek niet zelf uitvoeren.

De CTG zal de komende jaren nog meer geneesmiddelen op de agenda krijgen die ontzettend duur zijn en bijgevolg een grote impact hebben op het budget van de gezondheidszorg. Ik hoop dat de CTG ook voor die dossiers kan rekenen op onderbouwd KCE-onderzoek om naast onze eigen analyses te leggen. Maar tegelijk zal ook de farmaceutische industrie moeten beseffen dat een duurzame en toegankelijke gezondheidszorg alleen kan als ook zij een redelijke prijzenpolitiek voert, met een aanvaardbare cost/benefit en hiervoor de beleidsmakers voorziet van informatieve studies met het nieuwe geneesmiddel versus adequate comparatoren.



PNEUMOKOKKENVACCIN BIJ KINDEREN ...

... 2+1 even effectief als 3+1, maar goedkoper

Moet het pneumokokkenvaccin worden opgenomen in het vaccinatieschema voor jonge kinderen en terugbetaald worden, vroeg minister Rudy Demotte aan het KCE. Het pneumokokkenvaccin mag dan misschien wel doeltreffend zijn, het is ook duur. Een volledige vaccinatie met vier toedieningen kost meer dan 250 euro per kind. Wegen die kosten op tegen de baten? Pneumokokken zijn bacteriën die voorkomen in de bovenste luchtwegen. Ze leiden lang niet altijd tot ziekte. Doen ze dat wel, dan gaat het meestal om een middenoorontsteking of een infectie van de bovenste luchtwegen. Soms is het erger. Dan veroorzaken de kokken longontsteking, meningitis of bloedvergiftiging (sepsis). Die kunnen restletsels tot gevolg hebben of zelfs dodelijk aflopen. Ziekten door pneumokokken treffen vooral kinderen jonger dan vijf jaar en senioren ouder dan 65.

Het KCE onderzocht de gepubliceerde en de grijze (niet-gepubliceerde) internationale literatuur en vulde die aan met een hele reeks Belgische epidemiologische en kostengegevens. Op basis van deze analyse komt het Kenniscentrum tot de conclusie dat de situatie ten tijde van de ministeriële vraag, waarbij ouders zelf voor de kosten van het vaccin opdraiden (of gedeeltelijk vergoed worden via hun ziekenfonds), veel duurder en minder effectief is dan wat men van een georganiseerd programma mag verwachten. Daarom beveelt het KCE de invoering aan van een veralgemeende vaccinatie van jonge kinderen met het 7-valent geconjugiseerd pneumokokkenvaccin. Het meest kosteneffectieve vaccinatieschema bestaat uit drie injecties (2+1) op maanden 2, 4 en 15. Er zijn immers geen aanwijzingen dat de individuele noch de

groepsimmunitet groter is met het vaccinatieschema waarbij injecties worden toegediend op 2, 3, 4 en 15 maanden (3+1).

KCE-rapport vol. 33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugiseerd pneumokokkenvaccin, i.s.m. UA.



DISCUSPROTHESE EN KYFOPLASTIE ...

... innovaties met meerwaarde?

Artrose, hernia, ingedeukte rugwervels ... het zijn allemaal belangrijke oorzaken van lage rugpijn. Voor de meeste patiënten met lage rugpijn zijn lichaams oefeningen en zo snel mogelijk de dagelijkse activiteiten hervatten de beste remedie (vol. 48/2006). Heel wat patiënten zetten echter de stap naar chirurgie. Recent worden er in België enkele nieuwe technieken toegepast: totale vervanging van de aangetaste kraakbeenschijf tussen de rugwervels door een prothese of vertebroplastie en ballonkyfoplastie. Bij de laatste twee technieken wordt cement geïnjecteerd in de aangetaste wervel, in het geval van ballonkyfoplastie gebeurt dit na het cre-

eren van een holte in de wervel door middel van een ballon. Het KCE werd gevraagd om de beschikbare klinische en economische evidence van deze nieuwe technologieën samen te vatten en te vergelijken met de bestaande behandeling.

Het KCE komt tot de conclusie dat de beschikbare bewijzen voor de effectiviteit van discusprothese laag zijn, terwijl er bezorgdheid is over de veiligheid ervan. Momenteel, en tot de resultaten van goede klinische studies beschikbaar zijn, beschouwen we deze techniek beter als experimenteel. Het KCE beveelt aan om discusprothese alleen toe te passen in het kader van klinische studies waarin we de nieuwe technologie vergelijken

met bestaande behandelingen. Deze aanbeveling staat lijnrecht tegenover de dagelijkse praktijk in sommige ziekenhuizen waar al frequent discusprothesen worden geplaatst buiten de setting van een klinische studie. Voor kyfoplastie is het antwoord meer genuanceerd. Er is enige meerwaarde op relatief korte termijn bij goed geselecteerde patiënten en de risico's van de techniek zijn acceptabel.

KCE-rapport vol. 39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuiltechnologieën: totale discusprothese en vertebro/ballonkyfoplastie.

OBESITAS BEHANDELEN ...

... snijden, pillen slikken of levensstijl veranderen



Zeggen dat obesitas een risicofactor vormt voor andere gezondheidsproblemen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, is een open deur intrappen. Toch zijn bijna 13% van de Belgische volwassenen zwaarlijvig (body mass index (BMI) ≥ 30) en bijna 1% is zwaar obees (BMI ≥ 40). Om op korte termijn veel gewicht te verliezen nemen steeds meer Belgen hun toevlucht tot geneesmiddelen of een chirurgische ingreep. Het KCE heeft de doeltreffendheid en het kostenplaatje van deze bariatrische chirurgie en van geneesmiddelen (Xenical®, Reductil® en Acomplia®) onder de loep genomen.

De resultaten van de vermageringsgeneesmiddelen zijn alleszins verre van overtuigend. Na twee jaar bedraagt het verschil in lichaamsgewicht tussen behandelde en placebobebehandelde patiënten slechts drie tot vier kilogram. Na de behandeling komen de patiënten snel terug op hun oude gewicht. Bovendien kunnen Reductil® en

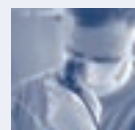
Acomplia® bijwerkingen vertonen. Het KCE raadt daarom de terugbetaling van deze geneesmiddelen niet aan.

Er zijn meerdere procedures voor bariatrische chirurgie gaande van het vrij eenvoudig plaatsen van een maagring tot het kortsluiten van een deel van het spijsverteringskanaal met malabsorptie tot gevolg (gastric bypass). Deze ingrepen zijn niet zonder bijwerkingen en hebben een grote impact op het leven van de patiënt. Het KCE is van mening dat een terugbetaling van bariatrische chirurgie moet worden beperkt tot mensen met een BMI ≥ 40 of diabetici met een BMI ≥ 35 . Deze operaties dienen overigens alleen te worden uitgevoerd door chirurgen met voldoende expertise.

In de Westerse samenleving hebben ook steeds meer kinderen en jongeren te kampen met zwaarlijvigheid. In België zijn er drie centra (De Haan, Biez en Ottignies) waar zij gedurende een bepaalde tijd kunnen verblijven om gewicht te verliezen. Een verblijf van één school-

jaar (kostprijs 58.000 euro per kind) werpt zeker op korte termijn bevredigende resultaten af, maar over de resultaten op lange termijn is weinig bekend. Tot slot moet men zich de vraag stellen in hoeverre obesitas werkelijk een ziekte is, stelt het KCE. Ernstige obesitas vormt inderdaad een risicofactor voor tal van ziekten en vroegtijdig overlijden, maar roken is dat ook. Toch noemen we roken geen ziekte. De medicalisering van obesitas creëert een gigantische (medische) afzetmarkt, terwijl de hoofdaanpak van het obesitasprobleem buiten het medische paradigma ligt: namelijk het verbeteren van eetgewoonten en het aanmoedigen van fysieke activiteit.

KCE-rapport vol. 36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas / Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België, i.s.m. UCL.



PROCEDURE BEOORDELING NIEUWE MEDISCHE IMPLANTATEN ...

... snel maar verantwoord tot bij de patiënt brengen

De medische industrie brengt regelmatig nieuwe technologische producten op de markt die een oplossing bieden voor moeilijk behandelbare aandoeningen. Denk maar aan de stent, heup- en knieprothesen, de pacemaker, hersenelektroden tegen tremor of pijn enzovoort. Een snelle introductie en terugbetaling van deze innovatieve implantaten kan enorme voordelen met zich meebrengen voor patiënten. Aan de andere kant kan het overhaast en onbegeleid toelaten van nieuwe technologieën en invasieve procedures ook risico's inhouden, zowel voor patiënt als ziekteverzekering. Voorbeelden daarvan zijn er te over; denk maar aan de experimentele carotisstent (vol. 13/2005) en de aorta endoprothese (vol. 23/2005).

In deze studie stelt het KCE, in nauwe samenwerking met het RIZIV en met input van diverse experts uit het veld, een nieuw raamwerk voor om veelbelovende implantaten op gecontroleerde wijze te introduceren en voorlopig terug te betalen. De voorgestelde procedure is bijzonder innovatief want in geen enkel ander land vindt ze haar gelijke. Indien ze wordt toegepast, kan ze ervoor zorgen dat België zijn voortrekkersrol binnen Europa nog versterkt in het begeleid invoeren van 'emerging' medische technologieën. Zowel voor de industrie, als de patiënt, als de overheid kan dit nieuwe raamwerk een doorbraak betekenen.

KCE-rapport vol. 44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen, i.s.m. RIZIV.

MR-SCANNERS ...

... gebruik en financiering nader bekeken

België kent een zeer productieve radiologie. Zo voert België de ranglijst aan van het aantal CT-scanners per miljoen inwoners. Magnetische resonantie of MR-scanners zijn er relatief minder in België, zelfs nadat alle veertig nieuw geplande toestellen in de komende twee jaar operationeel zouden worden. Het aantal onderzoeken per MR-toestel ligt dan weer een stuk hoger dan in andere landen.

De meeste experts gaan er vanuit dat MR gaandeweg CT zal vervangen. MR-beelden zijn immers van betere kwaliteit en bovendien komt er geen schadelijke ioniserende straling aan te pas. Toch verloopt die omschakeling minder vlot dan verwacht. Blijkbaar weten artsen die radiologische onderzoeken voorschrijven niet altijd welk onderzoek het meest geschikt is voor welke klacht. Enkele jaren geleden stelden de radiologen praktijkrichtlijnen op, maar deze worden niet systematisch actueel gehouden.

Met deze studie geeft het KCE aan voor welke indicaties CT niet langer gebruikt zou mogen worden. Wel zouden deze richtlijnen elke twee jaar moeten herzien worden. Bovendien zou de implementatie van de richtlijnen vergemakkelijkt worden door een expertcomputersysteem dat de meest optimale strategie van beeldvorming aangeeft bij een bepaalde vermoede diagnose. Ook in de basisopleiding en de navorming van artsen moet er meer aandacht

gaan naar een gepast voorschrijven van medische beeldvorming. Moeilijker is het om gepaste aanbevelingen te geven over de financiering van CT en MR. Een grondige herdenking is alleszins noodzakelijk, maar in de Belgische context ligt een korte termijnoplossing niet voor de hand. Vandaag kunnen slechts een aantal tussentijdse opties worden voorgesteld.

KCE-rapport vol. 37. HTA Magnetische Resonantie Beeldvorming, i.s.m. KULeuven, UGent, UA en VUB.



SLAAPTEST VOOR WIEGENDOOD ...

... niet nuttig en onnodig veel voorgeschreven

In België sterven jaarlijks 9 op 10 000 jonge kinderen tijdens de slaap. Dat is 60% minder in vergelijking met 10 jaar geleden. In tegenstelling met wat men soms denkt, komt die daling niet op rekening van de slaaptest die ademhaling, hartritme en neurologische activiteit bij de slapende zuigeling controleert. De terugval is eerder te danken aan preventieve maatregelen zoals het kind op de rug leggen, veilig beddengoed, een frisse, goed verluchte kamer en rookstop tijdens en na de zwangerschap.

Om wiegendood te voorkomen is de slaaptest een maat voor niets, stelt het KCE. De test wordt nog teveel voorgeschreven, maakt ouders nodeloos ongerust (want bij een 'positieve' slaaptest volgt er een lange tijd van monitoring thuis) en ze kost de

ziekteverzekering 14 miljoen euro per jaar. Alleen voor een beperkte groep baby's kan de slaaptest en een thuismonitor wel aangewezen zijn, maar dan om andere redenen dan de preventie van wiegendood. Om een juist gebruik te garanderen, zou alleen een erkende, hiervoor opgeleide specialist, die bovendien verbonden is aan een gespecialiseerd en goedgekeurd centrum, de test mogen voorschrijven.

KCE-rapport vol. 46. Health Technology Assessment.

Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood.

AANVRAAG TERUGBETALING GENEESMIDDELEN ...

... gestandaardiseerde dossiers zorgen voor meer transparantie en inhoudelijke consistentie

Vanwege het beperkte budget dat beschikbaar is voor de gezondheidszorg is het voor de overheid noodzakelijk om na te gaan of nieuwe geneesmiddelen wel voldoende meerwaarde bieden voor de maatschappij om te worden terugbetaald. Sinds de oprichting van de Commissie voor Tegemoetkoming van Geneesmiddelen (CTG) is de evaluatie van de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen een belangrijk element geworden in de beslissing voor die terugbetaling. De regels voor het aantonen van de relatieve kosteneffectiviteit, een bewijslast die bij de producent ligt, zijn echter vaag en laten veel ruimte voor betwistbare methodologische keuzes. Een gebrek aan transparantie en consistentie in de dossiers is het gevolg.

Naar aanleiding hiervan hebben het RIZIV en het KCE een set van dertien richtlijnen opgesteld voor de indiening van farmaco-economische evaluaties voor de terugbetaling van een geneesmiddel. De richtlijnen verduidelijken de minimale vereisten op het vlak van methodologie en rapportering waaraan het kosteneffectiviteitsluik van een aanvraagdossier moet voldoen. Dat moet een betere vergelijking tussen geneesmiddelen toelaten.

De ontwikkeling van deze richtlijnen vormde een eerste fase van een

tweeledig project. Tijdens de tweede fase zal de toepasbaarheid van de richtlijnen worden geëvalueerd in een aantal pilootprojecten. Na de evaluatie is het de bedoeling dat de richtlijnen definitief en bindend worden.

KCE-rapport vol. 28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België, i.s.m. RIZIV.





Health



Analyse klinische praktijk en ontwikkeling
klinische praktijkrichtlijnen
(Good Clinical Practice)



Evaluatie van medische technologie
(Health Technology Assessment)



**Organisatie en financiering van de gezondheidszorg
(Health Services Research)**



Billijkheid, patiëntengedrag e.a.
(Equity, Patient Behaviour e.a.)

Services Research...

... voor een kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg

Gezondheidszorg is vandaag complexe materie en ... een economisch belangrijke sector. De cijfers maken veel duidelijk: voor de gezondheid van tien miljoen Belgen staat elke dag een leger van bijna 300 000 gezondheidswerkers paraat. In de eerste plaats de meer dan 30 000 artsen, en daarnaast de vele tienduizenden verpleegkundigen, apothekers, tandartsen, paramedici (kinesitherapeuten, logopedisten, diëtisten), enzovoort. En niet te vergeten de honderden Belgische ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen.

Al die medische zorg, met inbegrip van de verbruikte geneesmiddelen, kosten geld, véél geld. Op vijftientig jaar

tijd zijn de uitgaven voor de gezondheidszorg verdriedubbeld tot meer dan 18 miljard euro. We besteden met zijn allen een gigantisch bedrag aan onze gezondheid. Toegegeven, we krijgen er ook wel wat voor terug.

Tot het takenpakket van het KCE behoort eveneens het analyseren van de financiering en de organisatie binnen de gezondheidszorg. Want een kwaliteitsvolle gezondheidszorg staat of valt met de betaalbaarheid ervan. Tegen een achtergrond van technische vooruitgang, vergrijzing en oplopende kosten wensen we immers een gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk blijft.

*Hier vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2006 publiceerde over Health Services Research.
Een meer gedetailleerde inventaris vindt u op de website van het KCE (www.kce.fgov.be).*



GENEESMIDDELEN IN RUSTHUIZEN ...

... een bittere pil om slikken



In ons land verblijft 1,5% van de bevolking (8% van de +65-ers) in een rusthuis (ROB) of een rust- en verzorgingstehuis (RVT). Toch vertegenwoordigen hun kosten voor geneesmiddelen meer dan 5,6% (123 miljoen euro per jaar) van het totale geneesmiddelenbudget. Het is enerzijds normaal dat rusthuisbewoners meer geneesmiddelen nemen. Ze hebben vaker langdurige, chronische ziektes en meerdere aandoeningen tegelijk. Toch kan men zich vragen stellen bij de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik en de kwaliteit van het voorschrijfgedrag in deze tehuizen. Het KCE vroeg zich af in hoeverre beide worden beïnvloed door het tehuis zelf. Of rusthuizen een bewuste politiek voe-

ren om het voorschrijfgedrag en het geneesmiddelengebruik te verbeteren. Welke rol de coördinerende rusthuisarts speelt. Hoe de bevoorrading van geneesmiddelen aan Belgische ROB's en RVT's georganiseerd is.

Welke geneesmiddelen?

Het KCE voerde in samenwerking met een consortium onder leiding van het Heymans Instituut voor Farmacologie van de Universiteit Gent een veldstudie uit in een aantal ROB's en RVT's uit de provincies Henegouwen, Antwerpen en Oost-Vlaanderen. Met het RIZIV werden de nationale verbruikscijfers geanalyseerd. Uit de studie blijkt dat de gemiddelde rusthuisbewoner acht pil-

len per dag slikt. De meest gebruikte geneesmiddelen zijn kalmeermiddelen (benzodiazepines en antipsychotica, 68% van de bewoners) en antidepressiva (46%), vaak zelfs nog gecombineerd. Deze cijfers zijn zo verontrustend dat men zich kan afvragen of deze geneesmiddelen wel correct worden voorgeschreven. Ze worden bijvoorbeeld gebruikt om storend gedrag van de bejaarde tegen te gaan of slaapproblemen te behandelen. Als men al aanneemt dat ze efficiënt zijn wanneer deze problemen zich acuut voordoen, dan zijn deze geneesmiddelen zeker niet geschikt om chronisch toegediend te worden voor deze indicaties.

Anderzijds worden bij de helft van de bewo-

ners met hart- en vaatziekten bepaalde geneesmiddelen te weinig voorgeschreven. En, opvallend, er worden veel verouderde geneesmiddelen toegediend en geneesmiddelen waarvan de doeltreffendheid onvoldoende is aangetoond. Alleen bij erg oude of demente bewoners en in de laatste fase van de palliatieve zorg neemt het gebruik af.

De totale gemiddelde uitgave per maand en per bewoner voor chronische medicatie werd geraamd op 140 euro, waaronder een gemiddeld remgeld van 23 euro voor terugbetaalde medicatie en een gemiddelde eigen betaling van 27 euro voor niet terugbetaalde geneesmiddelen. Dat brengt het totale prijskaartje voor de gemiddelde resident op 50 euro per maand. Bovendien worden goedkope geneesmiddelen nog relatief weinig aangekocht door de tehuizen.

Beheer van geneesmiddelen

Het KCE onderzocht tevens welke institutionele eigenschappen een invloed hadden op het gebruik van geneesmiddelen. De instellingen waar de consumptie het laagst is, blijken de grote OCMW-tehuizen te zijn. Die beschikken over een coördinerende arts, een ziekenhuisapotheker en een beter systeem voor het beheer van de geneesmiddelen.

In het algemeen zijn binnen de rusthuizen de managementsystemen voor geneesmiddelen weinig ontwikkeld. Het personeel legt zich in hoofdzaak toe op een correcte distributie van de geneesmiddelen, maar stelt zich weinig vragen bij het nut en de wenselijkheid ervan. De aanwezigheid van een actieve coördinerende geneesheer (CRA) heeft een goe-



DR. MICHEL JHAES

Coördinerend arts van RVT “du Vigneron”
in Ransart

Ik heb als coördinerend arts deelgenomen aan het KCE-onderzoek over het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen. Ik vond het onderzoek pertinent en noodzakelijk. Daarom heb ik getracht een aantal van mijn collega's te overtuigen om ook deel te nemen.

De feedback over ons voorschrijfsprofiel die we terugkregen (al moesten we daarop wel sterk aandringen) bevat tal van interessante informatie: het laat ons toe na te gaan waar onze instelling zich bevindt ten opzichte van andere. Het laat zien waar wij nog kunnen verbeteren.

Als ik echter de communicatie bekijk rond deze studie (met onder meer het persbericht), dan kan ik tussen de lijnen toch enkele repressieve accenten terugvinden...

“Het zijn weer de artsen die niet doen wat ze moeten doen”... voor elke arts die met de dagelijkse realiteit wordt geconfronteerd is dit echter een steeds ‘terugkerend liedje’.

Bovendien kan men zich bij het lezen van het persbericht terecht afvragen of de volgende etappe niet een overdracht van de studiegegevens naar het RIZIV zal zijn, dat vervolgens alle rust- en verzorgingstehuizen zal dwingen om het voorschrijfsdrag

aan te passen aan een lijst met aanbevolen geneesmiddelen.

Hoewel ik deze studie bijzonder interessant vind, blijf ik toch sceptisch over de impact die ze teweeg brengt. Is het niet ‘de zoveelste’ studie, een mooie referentie om te citeren? Toch vind ik in het algemeen de KCE-rapporten zeer goed en wetenschappelijk gefundeerd. Men vindt er diepgaande informatie die verdient om in de praktijk te worden toegepast. Maar ik heb de indruk dat de reële impact van het KCE op de gezondheid van de bevolking nog moet aangetoond worden. Het blijven eerder theoretische studies die grotendeels boven de hoofden van de betrokkenen op het terrein worden uitgevoerd. Al die vragen over kwaliteitscontrole bijvoorbeeld betekenen in realiteit weinig voor een huisarts met een gewone praktijk die elke dag zoveel problemen moet oplossen.

Het is jammer dat het KCE onbekend is bij mijn confraters, ‘doorsnee’-huisartsen, zoals ik. Maar eerlijk, vóór deze studie, kende ik het KCE ook niet. Bovendien blijft het voor het KCE moeilijk om ons te overtuigen dat het weer geen zoveelste orgaan van de over-



heid is om artsen te controleren of hun vrijheid te beperken. We blijven vraagtekens plaatsen bij de werkelijke onafhankelijkheid van het Kenniscentrum.

Toch nog een kleine suggestie om te eindigen: als het KCE nieuwe studies opzet, zou het in haar lastenboek ook de implementatie van de resultaten moeten opnemen. De verspreiding van de studieresultaten zou onder andere via onze bestaande (beroeps)organisaties kunnen gebeuren (Domus Medica, LOK-groepen, huisartsenopleiding,...). Heel vaak wordt een studie vermeld in tijdschriften, in een klein artikelje en daar blijft het bij. Ik heb soms de indruk dat er een etappe ontbreekt om de cirkel werkelijk te sluiten.

de invloed op de voorschrijfkwaliteit. Een CRA heeft vaak een bijkomende opleiding in ouderenzorg gevolgd en kan waken over de correcte toepassing van het formularium (een lijst met aanbevolen geneesmiddelen, verplicht in elk RVT sinds 2004) en de kwaliteit van het geneesmiddelenbeleid. In realiteit voldoen niet alle RVT's aan deze formulariumverplichting. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat slechts een beperkt deel het formularium ook daadwerkelijk gebruikt. Ook het aantal goed opgeleide verpleegsters is belangrijk. Hoe hoger hun aantal en hoe groter hun expertise, hoe beter de kwaliteit van het geneesmiddelenbeheer.

De grote meerderheid van de rusthuizen (83%) koopt zijn geneesmiddelen bij de lokale apotheker. Ze spreken de prijzen af, soms op basis van een openbare aanbesteding, meestal door een informele overeenkomst. Het KCE stelt vast dat de voorschrijfkwaliteit beter is als het rusthuis werkt met een ziekenhuisapotheker of met een lokale apotheker die actief betrokken is bij het geneesmiddelenbeheer. In de meeste tehuizen is er weinig plaats voor enige autonomie van de patiënt. Toch beschikken velen onderen nog over de cognitieve capaciteiten om zich te ontfemen over het beheer van geneesmiddelen die ze zelf nemen.

Personeel meer betrekken

Het KCE beveelt aan om de rol van de coördinerende arts te versterken en de traditionele opleiding van ver-

pleegkundigen en apothekers te heroriënteren naar een nieuwe rol van deze beroepen in beheersystemen voor medicatie in gezondheidsinstellingen. Er bestaat enig bewijs van de effectiviteit voor farmaceutische zorg en multidisciplinaire interventies, waarbij het hele team van zorgverleners betrokken is.

De omvang, expertise en cultuur van het verplegend personeel is belangrijk voor de kwaliteit van de geneesmiddelenverstrekking en van de controleprocessen. De ziekenhuisapotheker moet betrokken zijn bij alle stadia van het proces: het voorschrijven, de aankoop, de verpakking, de verdeling en de administratie. Tevens moet hij waken over de efficiëntie en de veiligheid van de voorgeschreven geneesmiddelen.

Voor de geldbeugel van de bejaarde zou een concurrentiesysteem tussen verschillende apothekers alleszins een goede zaak zijn. Het KCE vindt eveneens dat alternatieve financieringssystemen moeten onderzocht worden voor de aankoop van geneesmiddelen in rust- en/of verzorgingstehuizen en het stelt voor om een permanente, geautomatiseerde registratie van het geneesmiddelengebruik in rusthuizen uit te werken.

Tot slot wil het KCE benadrukken dat alle actoren betrokken bij de zorg, zich moeten bewust zijn van de risico's verbonden aan het gebruik van geneesmiddelen bij oudere personen.

KCE-rapport vol. 47. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen, i.s.m. UGent, Project Farmaka, UA, UCL en RIZIV.



FOUTLOZE MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID ...

... tot vijf keer meer vergoedingen voor een nauwelijks hogere kostprijs

Vandaag betalen Belgische artsen veertig miljoen euro aan verzekeringspremies om hun aansprakelijkheid te dekken voor het geval ze een medische fout begaan. Nauwelijks de helft van dat bedrag komt bij de benadeelden terecht. De andere helft wordt besteed aan erelonen van advocaten en experts, aan administratieve- en gerechtskosten. In het huidige systeem moet de benadeelde immers bewijzen dat de arts een medische fout heeft begaan en dat heeft lange, dure en frustrerende procedures tot gevolg. Noch voor de artsen, die dure premies betalen, noch voor de slachtoffers, die zelden of zeer laat tijdig worden vergoed, is dit een bevredigende situatie. Kan het op een betaalbare manier anders, vroeg de regering zich af en ze zette het KCE aan het rekenen.

In een drietal studiefasen moest het KCE onderzoeken wat de budgettaire impact was indien het bestaande aansprakelijkheidssysteem wordt vervangen door een zogenaamd 'foutloos aansprakelijkheids-systeem'. Met deze procedure kan de benadeelde patiënt schadevergoeding vragen zonder dat hij een fout van de arts moet bewijzen. Dat bespaart tijd, frustraties en geld. Geld dat beter ten goede komt van de patiënt.

Op basis van meer dan 400 recente Belgische verzekeringsdossiers becijferde het

KCE dat de kosten van de foutloze aansprakelijkheid onder controle blijven, mits men de criteria voor ontvankelijkheid en toekenning hanteert die in Zweden en Denemarken worden gebruikt. In die landen heeft het systeem zijn deugdelijkheid al bewezen. Men zou tot vijf keer meer slachtoffers kunnen vergoeden tegen een nauwelijks hogere kostprijs.

Wel waarschuwt het KCE dat men van bij de opstart statistieken moet bijhouden om onmiddellijk te reageren bij ontsporingen. Verder moeten ongevalpreventie en veiligheid van de patiënt een topprioriteit blijven. Dat men artsen niet langer burgerlijk aansprakelijk stelt voor medische fouten, mag er niet toe leiden dat de lat hier voor lager wordt gelegd.

KCE-rapport vol. 35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III)-precisering van de kostenraming, i.s.m. REACFIN.



Equity,



Analyse klinische praktijk en ontwikkeling
klinische praktijkrichtlijnen
(Good Clinical Practice)



Evaluatie van medische technologie
(Health Technology Assessment)



Organisatie en financiering van de gezondheidszorg
(Health Services Research)



**Billijkheid, patiëntengedrag e.a.
(Equity, Patient Behaviour e.a.)**

Patient Behaviour e.a.



... toegang tot kwaliteitsverzorging voor iedereen

Bij de organisatie van gezondheidszorg zijn kwaliteit, effectiviteit en prijs-kwaliteit niet de enige factoren. Ook een eerlijke en gelijkwaardige toegang tot gezondheidszorg (equity) is belangrijk. Tot vandaag gebeurde er in België relatief weinig onderzoek in dit domein. Het spreekt vanzelf dat een onderzoekscentrum zoals het KCE hier wel aandacht aan schenkt.

Op het economische vlak nam de overheid de voorbije jaren een aantal maatregelen om de kostprijs voor gezondheidszorgen minder sterk te laten doorweken op het budget van de meest kwetsbare burgers. Maar het effect van deze sociale maatregelen werd nooit grondig onderzocht: zijn ze efficiënt? Is verbetering mo-

gelijk? Hebben ze geen paradoxale nevenwerkingen waaraan niemand ooit dacht?

Om de billijkheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bestuderen, moeten ook andere factoren in rekening worden gebracht. Een onevenwicht tussen vraag en aanbod en sociologische aspecten zijn belangrijk. Men weet bijvoorbeeld dat het gedrag van patiënten niet louter afhankelijk is van rationele overwegingen. Specifieke cultuurgebonden gewoonten en bijvoorbeeld een gebrek aan informatie zijn factoren met een grote invloed. Een goed inzicht in al deze elementen is dus belangrijk als de overheid maatregelen wil nemen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen.

Hier vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2006 publiceerde over Equity, Patient Behaviour e.a.
Een meer gedetailleerde inventaris vindt u op de website van het KCE (www.kce.fgov.be).

SUPPLEMENTEN IN STIJGENDE LIJN ...

... impact op toegankelijkheid gezondheidszorg

De supplementen die de patiënt moet betalen voor de zorg van zijn gezondheid zitten de laatste jaren in de lift: volgens recente studies van de mutualiteiten stegen ze met liefst 21% tussen 2002 en 2004. De oorzaak hiervan zijn vooral artsenhonoraria en medisch materiaal. Het KCE onderzocht in hoeverre deze evolutie - een teken van een toenemende privatisering? - een bedreiging vormt voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Twee vragen stonden centraal in deze studie: wie betaalt en wie vraagt supplementen? En wat zijn de sociale gevolgen van die stijgende supplementen? Wat betreft de eerste vraag, blijken er weinig regels te bestaan. Mede daardoor is er een grote variatie in het aanrekenen van supplementen. Duidelijkheid is soms ver te zoeken. Als patiënt is het daarom zeer moeilijk om de prijzen tussen ziekenhuizen te vergelijken en staat hij of zij soms voor onaangename verrassingen. Het KCE pleit voor de invoer van duidelijke regels voor het aanrekenen van supplementen en een betere juridische bescherming van de patiënt. Dit geldt zowel voor ziekenhuisopname als voor ambulante zorg.

Zwakkere socio-economische groepen worden in principe beschermd tegen kamer- en honorariumsupplementen. Uit het rapport blijkt trouwens dat deze maatregelen deze mensen effectief bescherming bieden. Bij diegenen die frequenter worden opgenomen of langer in het ziekenhuis liggen, wordt deze bescherming wel deels teniet gedaan. Het systeem van de maximumfactuur (MAF) beschermt wel tegen de remgelden, maar niet tegen de supplementen.

Het KCE beveelt daarom aan om de bescherming tegen hoge supplementen niet

enkel te laten afhangen van socio-economische criteria, maar ook rekening te houden met de duur van de ziekenhuisopname en om specifieke maatregelen uit te werken voor chronische zieken, dus mensen met herhaalde supplementen. De maatregelen zouden eveneens het verschil moeten maken tussen noodzakelijke medische kosten en andere kosten (wat een moeilijke oefening is).



Tevens stelt het KCE dat aanvullende verzekeringen een bijkomend element vormen in de discussie. Indien de dekking van het publieke systeem van ziekteverzekering in de toekomst zou afnemen en de rol van de aanvullende verzekeringen verder zou toenemen, is een maatschappelijk debat over de noodzakelijkheid van een tweede pijler voor de gezondheidszorg aangewezen.

KCE-rapport vol. 50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen, i.s.m. UA, KULeuven, Erasmus Universiteit Rotterdam.



DATABANKEN GEZONDHEIDSZORG ...

... groot potentieel maar hopeloos versnipperd

Eén van de kerntaken van het KCE is het analyseren van gegevens over de gezondheidszorg als instrument om beleidsbeslissingen te ondersteunen. Nog voor de oprichting van het KCE was het duidelijk dat het Belgische gegevenslandschap complex en onoverzichtelijk is. Er was helemaal geen klaar en helder overzicht over de gegevensbronnen die geëxploiteerd konden worden. Om dit euvel op te lossen werd gestart met een inventarisatie van de beschikbare databanken.

Deze inventaris leert dat België over een groot potentieel aan informatie en statistieken beschikt. Bovendien worden gegevens op een redelijk tot verregaand detailniveau verzameld. Toch slaagt België er onvoldoende in om zijn gegevensverzameling te coördineren, om degelijk te rapporteren en om (internationale) classificaties en concepten te gebruiken bij dataverzameling. Bovendien worden gegevens nauwelijks bijeengebracht vanuit een conceptueel model en is gestructureerde en vlotte toegankelijkheid bijna onbestaande.

Met de opgestelde inventaris ligt er nu een product ter beschikking voor gebruik binnen het KCE en de diverse onderzoeksgroepen waar het KCE mee samenwerkt. Ook voor anderen die aan de slag willen met gezondheidszorggegevens betekent het een nuttig werkinstrument. Hopelijk geeft dit rapport een nieuwe impuls aan het noodzakelijke debat over de vraag hoe we de gegevensstromen en het gebruik van die gegevens kunnen optimaliseren. Enkel door een duidelijke visie op de organisatie en de doelstellingen van de registratiesystemen wordt het mogelijk om een goed werkend informatiesysteem uit te bouwen. Dat vraagt mankracht en middelen. Maar alleen zo kan België meer accuraat rapporteren naar internationale organisaties als WHO, Eurostat, OESO en andere.

KCE-rapport vol. 30. Inventaris van databanken gezondheidszorg, i.s.m. Deloitte.

ZORGKwaliteit in BELGISCHE ZIEKENHUIZEN ...

... een doos van Pandora?

België heeft de beste gezondheidszorg van de wereld! Een veel gehoorde stelling, maar klopt die wel? Niemand die het weet, want niemand meet de kwaliteit van onze gezondheidszorg op een systematische manier. Meteen ligt een achilleshiel van de Belgische gezondheidszorg bloot: het gebrek aan kwaliteitsmeting.

Kwaliteit meten is geen eenvoudige opdracht als het gaat om gezondheidszorg. Er bestaat in de eerste plaats begripsverwarring tussen zorgkwaliteit en patiëntentevredenheid. Hoewel die tevredenheid op zich belangrijk is in de menselijke zorg, vormt het slechts één component in het complexe verhaal rondom zorgkwaliteit. Een kwaliteitsvolle zorg moet zich definiëren in termen van veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie, billijkheid, continuïteit en integratie. Met dit rapport wil het KCE dan ook een aanzet geven om in België een gedegen kwaliteitsbeleid op poten te zetten.

Op basis van vier testcases (beroerte, verloskundige zorg, ouderenzorg en heupprothese) onderzocht het KCE in hoeverre de bestaande gezondheidszorggegevens en -databanken toegankelijk en bruikbaar zijn voor kwaliteitsmeting van zorg in ziekenhuizen. Helaas zijn

de bestaande gegevens heel versnipperd (zie KCE-rapport vol. 30), sluiten ze weinig op elkaar aan en missen ze een gemeenschappelijk doel. Het is dus geen sinecure, noch inhoudelijk, noch technisch, om uitgaande van de bestaande gegevens zorgkwaliteit te meten. Het KCE heeft daarom slechts één duidelijke aanbeveling voor de overheid: stop de versnippering en start zo snel mogelijk de uitbouw van een nationaal kwaliteitssysteem. Het kan alleen maar de (internationale) geloofwaardigheid van de Belgische (geroemde) gezondheidszorg ten goede komen.

KCE-rapport vol. 41. Klinische kwaliteitsindicatoren, i.s.m. KU Leuven.



De impact



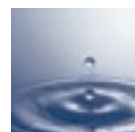
van het KCE



Het is de opdracht van het KCE om het terrein en de beleidsmakers te ondersteunen in het maken van een keuze, wat nog steeds hun taak blijft. Dat doet ze door hen onafhankelijke en wetenschappelijk gefundeerde informatie te verstrekken. Het KCE verwacht niet dat haar aanbevelingen automatisch worden omgezet in medische of politieke beslissingen. Dat is niet haar ambitie.

Toch wil het KCE de impact van haar werk kennen. Haar studies hebben betrekking op concrete, actuele vragen in de gezondheidszorg. Daarin verschilt het KCE-onderzoekswerk van dat van de universiteiten. Zij houden zich doorgaans meer bezig met fundamenteel onderzoek.

Na drie jaar doen we een voorzichtige poging om onze impact in te schatten en de maatschappelijke relevantie van onze activiteiten te meten. Tegelijkertijd krijgen we een idee van de invloed op de verschillende actoren en op de genomen beleidsmaatregelen. Over enkele jaren zal het ongetwijfeld interessant zijn om deze invloed op een meer systematische manier te laten meten door een extern, gespecialiseerd agentschap.



Het beleid

De rol van het KCE is in de eerste plaats beleidsondersteunend. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de Gemeenschappen, de overheidsdiensten, enz., allemaal verwachten ze een objectief, wetenschappelijk onderbouwd KCE-advies. En vaak houden ze er rekening mee.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

De minister heeft regelmatig een studie aan het KCE gevraagd over actuele beleidsvraagstukken en vervolgens ook rekening gehouden met de conclusies ervan om beslissingen over aanpassingen in de regelgeving te oriënteren of te motiveren. Na het rapport over leukoreductie (vol. 4/2004), het wegfilteren van witte bloedcellen uit bloed, werd beslist om een bijkomend budget voor de toepassing van de techniek te voorzien. Het KCE-rapport over de financiële impact van een wijziging van de rechtsregels van medische aansprakelijkheid (vol. 2/2004, vol. 16/2005 en vol. 35/2006) heeft de minister toegelaten om een wetsontwerp in te dienen. Het parlement nodigde een KCE-expert uit om toelichting te geven over het onderwerp.

Ten gevolge van het rapport over de behandeling van myocardinfarct (vol. 14/2005) vaardigde de minister een aantal regels uit om het aantal hartcentra in te perken.

Na de studies van het KCE (vol. 50/2006) en van een aantal ziekenfondsen over supplementen nam de regering maatregelen om (chronische) patiënten beter te beschermen tegen ziekenhuissupplementen. En op basis van het rapport over de financiering van geneesmiddelen in ziekenhuizen (vol. 8/2005) heeft de regering sinds vorig

jaar deze financiering gedeeltelijk geforfeiteerd. In 2005 concludeerde het KCE dat 10 PET-scanners in België voldoende zouden moeten zijn om een goede patiëntenzorg te verzekeren. (vol. 22/2005). De studie was een element in een politiek debat hierover.

De Gemeenschappen

Diverse KCE-rapporten worden door de gemeenschappen gebruikt bij beleidsvoorbereidend werk en bij de organisatie van screening- en voorlichtingscampagnes. Het rapport over borstkankerscreening (vol. 11/2005) werd uitgebreid geciteerd in de brieven en de brochure die de Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse (minister van Volksgezondheid, Kinderen en Jeugdhulp) van de Franse Gemeenschap aan de artsen en hun patiënten richtte in het najaar van 2005. In het kader van deze campagne die de participatiegraad bij de vrouwen wil doen toenemen wordt er een gratis tweejaarlijkse mammografie voorzien voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar.

Tengevolge van het KCE-rapport dat pleit voor een algemene colorectale kankerscreening bij personen ouder dan 50 jaar (vol. 45/2006) bereidt een werkgroep een

project voor dat zal worden ingediend bij de Vlaamse minister van Volksgezondheid. Langs Franstalige kant organiseert en coördineert de Conseil supérieur de Promotion de la Santé elke kankerscreening. Deze commissie heeft het KCE gevraagd haar werkzaamheden te valideren.

Soms raden de KCE-rapporten een ommezwaai aan in de aanpak van al bestaande lokale campagnes. Prostaatkanker is een belangrijk gezondheidsprobleem bij mannen, maar veralgemeende screening is niet de oplossing (vol. 31/2006). Ondanks de aanbevelingen van het KCE rijdt in het Luikse de "prostamobile" nog steeds rond. We kunnen hopen dat de mannen nu beter geïnformeerd worden over de risico's van een vaak onnodige behandeling (incontinentie en impotentie) van prostaatkanker.

Het is ook opvallend dat de gemeenschappen goed vertegenwoordigd waren op de RIZIV- studiedagen over kankerscreening waar KCE-experts een presentatie gaven.

Ook vaccinatieschema's worden soms aangepast ten gevolge van een KCE-rapport (vol. 33/2006). Het KCE beval, na een vraag van de federale minister van Volksgezond-





heid, een algemene vaccinatie van jonge kinderen met het pneumokokkenvaccin aan. Een vaccinatieschema bestaande uit drie injecties bleek het meest kosteneffectief te zijn. Het aantal inentingën werd als gevolg daarvan in een advies van de Hoge Gezondheidsraad verlaagd van vier naar drie. Dit nieuwe schema heeft de totstandkoming van een akkoord over de terugbetaling vergemakkelijkt.

De Federale overheidsdiensten, het RIZIV en de ziekenfondsen

We stellen vast dat de Multipartite overlegstructuur, bestaande uit overheid, RIZIV, ziekenhuizen, ziekenfondsen en artsen regelmatig de KCE-adviezen heeft gebruikt. In sommige gevallen heeft een rapport als effect dat een bepaald financieringssysteem kritisch in vraag wordt gesteld, zoals het systeem van de referentietbedragen. Het werd ingevoerd tegen overconsumptie in ziekenhuizen, maar had volgens het KCE weinig impact op de duurste ziekenhuizen (vol. 17/2005). Het systeem werd voorlopig dan ook niet in zijn huidige vorm verder uitgebreid.

Ook het RIZIV zelf houdt steeds meer rekening met de KCE-aanbevelingen bij terugbetalingsprocedures. Voorbeelden zijn de screening voor baarmoederhalskanker, waar de terugbetaling momenteel wordt aangepast op basis van het KCE-rapport (vol. 38/2006) en trastuzumab (vol. 34/2006), waar de wetenschappelijke KCE-conclusies een element vormen in de besluitvorming. Op basis van het rapport over screening voor prostaatkanker (vol. 31/2006) wordt de terugbetaling van de enorm frequent toegepaste PSA-test bij gezonde personen opnieuw bekeken.



MR. MARC JUSTAERT

Voorzitter Intermutualistisch Agentschap (IMA) en LCM

De ziekenfondsen hebben sinds decennia een belangrijke verantwoordelijkheid in het beheer van ons gezondheidssysteem. Ze hebben in dit domein een grote expertise opgebouwd. Via het Intermutualistisch Agentschap (IMA), dat overigens gelijktijdig met het Kenniscentrum (KCE) werd opgericht, kunnen zij nu ook hun expertise op het vlak van dataverwerking en -analyse ten dienste stellen van het beleid. In deze zijn IMA en KCE dan ook logische partners en spelen zij elk een onontbeerlijke rol. Zij zijn bovendien bijzonder complementair.

De samenwerking met het KCE kunnen we als zeer constructief bestempelen. Niet alleen zijn beide organisaties wederzijds in elkaars raad van bestuur vertegenwoordigd, waar ze proberen een constructieve bijdrage te leveren. Ook op het vlak van de concrete projecten is de samenwerking zeer vruchtbaar. Het IMA brengt naast de exhaustieve en gedetailleerde gegevens over zorggebruik ook een gedegen kennis in op het vlak van de analyse en interpretatie van deze gegevens, naast een expertise op het vlak van de ziekteverzekering en bijhorende zeer complexe reglementering.

Op deze wijze ondersteunt het IMA dan ook ten volle de belangrijke rol die het KCE moet spelen. Vanuit mutualistisch standpunt zijn wij inderdaad van oordeel dat een objectieve en

wetenschappelijk goed gefundeerde informatie een onontbeerlijke basis moet vormen van elke beslissing rond de terugbetaling en toegangsvoorwaarden van de zorg, de geneesmiddelen, de medische materialen en hulpmiddelen... en van een doordachte programmering van het aanbod. Het KCE produceert wat dit betreft doortastende rapporten en moet helemaal niet onderdoen voor de gelijkaardige instellingen in andere landen. Denken we maar aan de rapporten over algemene screening voor colorectale, prostaat- en baarmoederhalskanker, trastuzumab, antivirale middelen... Maar ook meer controversiële thema's gaat het KCE niet uit de weg: supplementen bij ziekenhuisopname, NMR-toestellen, praktijkverschillen bij electieve chirurgie, een no fault systeem in de medische aansprakelijkheid en de medicolegale plaats van guidelines ...

Daar ligt meteen ook de zwakte: de druk van belangengroepen verlamt vaak het in de praktijk brengen van deze bevindingen, of doet hen zelfs een tegengestelde weg opgaan.

Daarnaast zien wij een uitdaging om het medisch wetenschappelijk jargon doeltreffend te vertalen naar haalbare beleidsopties en doortastende boodschappen voor de sector zelf maar ook voor het grote publiek. Het ware

wellicht nuttig om na te denken over meer gecoördineerde communicatie naar de bevolking bij het uitbrengen van relevante boodschappen. Denken we bijvoorbeeld aan de nutteloosheid van polysomnografie ter preventie van wiegendoed of de gevaren van lage rugchirurgie. De mutualiteiten zouden via hun eigen kanalen deze boodschappen een extra impactfactor kunnen geven, maar dit vergt uiteraard een tijdige coördinatie.

Een ander terrein van samenwerking ligt in de technische raden van het RIZIV, waar de mutualiteiten in het KCE een objectieve bondgenoot kunnen vinden bij het verdedigen van 'evidence based reimbursement', en samen een tegenkracht kunnen vormen tegen het lobbywerk van de medisch-farmaceutische industrie. Ook hiervoor is wellicht een meer gecoördineerde langetermijnplanning van de werkzaamheden nodig.

Het KCE onderzocht ook de achttien Centra voor Moleculaire Diagnostiek (CMD) in België. Het zijn laboratoria die zich bezighouden met DNA- en moleculaire testen. Het KCE stelde vast dat de geleverde kwaliteit, opleiding, communicatie, wetenschappelijke onderbouw en transparantie veel beter konden bij een aantal van hen (vol. 20/2005). Terwijl het KCE haar studie uitvoerde had het RIZIV al beslist de financiering stop te zetten, op basis van een uitspraak van de Raad van State. Het RIZIV overweegt momenteel om een aantal centra te financieren op basis van nieuwe criteria en de nomenclatuur wordt aangepast.

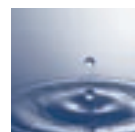
Het KCE-rapport over endoprothese voor buikaneurysma (vol. 23/2005) was een harde noot om te kraken: een ingreep die in meer dan 70 ziekenhuizen wordt toegepast en via een tijdelijke conventie terugbetaald, bleek nauwelijks een meerwaarde te vertonen die de hoge kosten konden verantwoorden. De Belgische gegevens van onder meer de ziekenfondsen toonden daarnaast aan dat de ingreep veel te snel plaatsvond en dat in de ziekenhuizen die de experimentele techniek maar zelden toepasten, de mortaliteit hoger lag. De discussie over de toekomst van de RIZIV-conventie is nog volop lopende.

Soms moet het KCE vaststellen dat bepaalde ideeën in de dagelijkse praktijk niet uitvoerbaar zijn. Dit was het geval in het onderzoek naar de haalbaarheid van een stelsel van terugbetaling voor kinesitherapie op basis van de functionele toestand van de patiënt (vol. 40/2006). Een andere studie (vol. 18/2005) besloot dat het bepalen van de

ziekenhuisfinanciering op basis van klinische paden vaak niet mogelijk is en een veralgemeende toepassing niet haalbaar is. Op zich een negatief resultaat, maar daarom niet minder belangrijk. Deze denkpiste, in het verleden nog vaak naar voor geschoven als alternatief financieringsmechanisme, komt nu nog maar zelden in discussies aan bod.

Tussen het KCE en de ziekenfondsen bestaat er een steeds toenemende dynamiek en openheid inzake uitwisseling van gegevens. Deze informatiestroom is essentieel voor het uitvoeren van de KCE-studies en voor de vervulling van haar opdracht, zijnde de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg met een optimale verdeling van de beschikbare middelen. In de studies over kwaliteitsindicatoren (vol. 41/2006), de supplementen (vol. 50/2006) en het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen (vol. 47/2006) speelden de gegevens van de ziekenfondsen een cruciale rol.

Niet alle KCE-studies kenden positieve gevolgen. Soms hadden ze geen of minder impact dan verwacht. De aanbeveling om de tandprothesen los van de tandartspraktijken te factureren (vol. 10/2005) is door de beleidsmakers nooit echt besproken, laat staan opgevolgd. De voorgestelde maatregelen om de ziekenhuisrekeningen transparanter en meer betrouwbaar te maken zijn dode letter gebleven (vol. 7/2004).



Het terrein

De zorgverlener

KCE-experts worden regelmatig uitgenodigd door beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en universiteiten om de rapporten van het KCE te komen voorstellen. Of de rapporten tot gedragswijzigingen leiden is niet altijd duidelijk. Vast staat wel dat de interesse in de conclusies van de wetenschappelijke rapporten toeneemt en dat er op het terrein een grote openheid bestaat die een toenemende bewustwording voor kwaliteit en doelmatig gebruik van de middelen aantoont.

Voor meerdere van de feedbacks aan de artsen door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) mocht het KCE de wetenschappelijke boodschap ontwikkelen. Op basis van de KCE-aanbevelingen blijken de artsen hun patiënten meer te

informereren over de risico's die verbonden zijn aan de behandeling van prostaatkanker (incontinentie en impotentie). Er zijn meerdere signalen dat de voorschrijfcultuur inzake preoperatieve onderzoeken (vol. 5/2004) veranderd is in de Belgische ziekenhuizen en ook in de basisopleiding van studenten is hier ondertussen veel meer aandacht voor. Op basis van het rapport ontwikkelde het RIZIV bovendien een softwarepakket voor artsen. Mits enkele muisklikken krijgt de arts een overzicht van de preoperatieve testen die zinvol zijn in functie van de leeftijd en gezondheidstoestand van de patiënt.

Bij andere rapporten, zoals bij carotisstenose (vol. 13/2005) is het dan weer onduidelijk of de chirurgen die deze techniek al frequent toepasten hun gedrag hebben aangepast. De KCE-rapporten worden al eens

met gemengde gevoelens onthaald. Soms zorgen ze zelfs voor meningsverschillen binnen eenzelfde beroepsgroep, zoals gebeurde bij het rapport over de hartcentra (vol. 14/2005). Het KCE wordt wel eens verweten dat het te besparend wil optreden. Dit zou volgens sommigen ten koste gaan van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Nochtans zijn bepaalde KCE-rapporten voorstander van bijkomende investeringen en zijn voor het KCE kwaliteit en efficiëntie altijd de maatstaf, veel meer dan budgettaire redenen. Dit blijkt duidelijk uit het rapport over het gebruik van geneesmiddelen in rust- en verzorgingstehuizen (vol. 47/2006) dat overigens veel reacties uit de betrokken sector teweegbracht.

Een andere kritiek is dat de aanbevelingen naar de medische praktijk uit de KCE-rapporten de therapeutische vrijheid van de



PROF. DR. GUY DURANT

Administrateur général des
Cliniques universitaires St Luc
(UCL)

De relatie tussen de ziekenhuisbeheerders en het KCE nam in 2004 een valse start toen het KCE een rapport van de Onderzoekscommissie voor de onderfinanciering van ziekenhuizen van tafel veegde. Dit kwam bij de ziekenhuissector bijzonder hard aan. Temeer omdat we op methodologisch vlak nogal wat aanmerkingen hadden op de KCE-studie en omdat we ontdekten dat gevoelige, maar belangrijke informatie over honoraria was terechtgekomen bij een externe partij die het onderzoek uitvoerde. We hadden toen het gevoel dat het KCE niet optrad als een onafhankelijke instelling, maar dat het een rapport had afgeleverd naar de wensen van de minis-

ter, zodat die een aantal van onze eisen naast zich kon neerleggen.

Nadien heb ik echter mijn mening over het KCE moeten bijstellen. Vandaag meen ik dat de oprichting van dit studiecentrum noodzakelijk was. Teveel beslissingen op het vlak van het gezondheidsbeleid, de medische praktijkvoering en de organisatie van de zorg zijn politiek geïnspireerd, weinig gedocumenteerd, zelden objectief of wetenschappelijk onderbouwd. De complexiteit van de gezondheidszorg vraagt de oprichting van een centrum dat in staat is vragen en problemen in al hun dimensies te onderzoeken.

Als ik naar de vijftig studies kijk die het KCE

vandaag op haar actief heeft, dan meen ik dat de gekozen onderwerpen pertinent zijn en dat het onderzoek wetenschappelijk gefundeerd is. Het geldt dat in het KCE werd geïnvesteerd (al gaat het hier om een fors bedrag), brengt dus echt wel op. Helaas stel ik vast dat de KCE-rapporten nog te weinig weerklank vinden. Ik ben er niet zeker van dat mijn collega's deze rapporten grondiger bestuderen dan wat er in de pers over verschijnt. Toch gaat elke studie die bijvoorbeeld nieuwe medische technologieën evalueert, in de eerste plaats de ziekenhuisbeheerders aan. Wij worden immers voortdurend aangesproken om deze nieuwe technologieën te introduceren in onze ziekenhuizen terwijl we zelden over alle elementen beschikken om de juiste waarde ervan te beoordelen. Als het KCE zegt dat de befaamde capsule voor endoscopie van de darm duur is, dat het gebruik ervan beperkt moet worden tot specifieke patiënten, dan kunnen wij op dat besluit terugvallen. Soms strijken de KCE-studies echter wel tegen onze haren in ... als het Kenniscentrum bijvoorbeeld zegt dat er BI-cardiologische centra moeten gesloten worden,

dat het aantal PET-scanners moet verminderen, de preoperatieve onderzoeken beperkt moeten worden, dan horen wij dat niet graag. Dat leidt nogal eens tot (begrijpelijke) emotionele reacties.

Ik heb wel één fundamentele kritiek, of eerder een vrees: dat de KCE-studies uiteindelijk weinig plaats overlaten voor alternatieve denkplaatjes. Ik vind dat er naast het KCE nog plaats moet blijven voor onafhankelijk onderzoek, aan de universiteiten en binnen andere onderzoeks- en kennisinstellingen bijvoorbeeld. Evenmin kan het de bedoeling zijn om de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) of de Multipartite-structuur te kortwieken. Dit zijn structuren die, eenmaal ze kennis hebben genomen van de KCE-rapporten, een onafhankelijk advies moeten kunnen uitbrengen, nog vooraleer de minister een beslissing neemt. Immers, de KCE-onderzoekers zijn niet altijd even goed bekend met de dagelijkse praktijk op het terrein en hun conclusies kunnen door sommige betrokkenen verschillend geïnterpreteerd worden. Het KCE-onder-

zoek moet vooral bedoeld blijven om het debat tussen de adviserende beleidsorganismen te ondersteunen. In deze organismen zitten immers mensen die voeling hebben met het terrein waardoor ze sommige resultaten kunnen nuanceren, anders gebeurt dat vrijwel niet. Denk maar aan de studie over de oplopende referentiebedragen die onmiddellijk werd gevolgd door de publicatie van een Koninklijk Besluit, idem voor de studie over de ziekenhuissupplementen. Die voorvallen versterken de indruk dat het KCE de gewapende arm van de minister is en dat KCE-studies bedoeld zijn om bepaalde beslissingen te kortsluiten.

Toch blijf ik er bij dat het KCE een aanwinst is. Als er morgen een accreditatiesysteem voor ziekenhuizen in het leven wordt geroepen, zoals dat in de VS en Frankrijk bestaat, mag het KCE wat mij betreft een bijhuis oprichten om deze missie tot een goed einde te brengen. Niettemin moeten er voldoende evenwichten worden ingebouwd zodat KCE-aanbevelingen niet uitgroeien tot directieven, maar eerder referenties of beleidsargumenten blijven.

arts in het gedrang brengen. Dit werd door de artsen soms opgeworpen n.a.v. de rapporten over prostaatkanker (vol. 31/2006), prenatale zorg (vol. 6/2004) en aorta endoprothesen (vol. 23/2005). Deze meningsverschillen zijn niet noodzakelijk negatief: ze openen de deur voor discussies en stellen bepaalde dogma's in vraag.

Dat de KCE-rapporten soms tijd nodig hebben om een impact te hebben op het terrein blijkt onder meer uit het rapport prenatale zorg (vol. 6 /2004). Het kwam recent terug in de actualiteit toen het RIZIV en het IMA de KCE-aanbevelingen toetsten aan de reële praktijk in België bij de individuele arts. Bleek dat er nog veel ruimte voor verbetering was. Daarom stuurde de NRKP van het RIZIV samen met het IMA begin februari 2007 naar meer dan 13 000 zorgverleners aanbevelingen inzake prenatale zorg.



De wetenschappers

De KCE-experts, evenals de externe experts die hebben meegewerkt aan een KCE-studie, zijn in 2006 naar talrijke wetenschappelijke bijeenkomsten gegaan waar ze de resultaten van de KCE-studies hebben voorgesteld en besproken.

In 2006 werd ook voor de eerste maal samengewerkt met de Hoge Gezondheidsraad, onder meer in projecten over vaccinatie. Van meerdere universiteiten en hogescholen krijgt het KCE signalen dat bepaalde rapporten frequent gebruikt worden in de opleiding van jonge zorgverleners.

Ook op internationaal vlak krijgen de KCE-rapporten meer en meer gewicht. Het KCE-rapport over de behandeling van een buikaneurysma (vol. 23/2005) werd door de Amerikaanse FDA (Food and Drugs Administration) gebruikt als informatiebron. De studie over PET-scanners (vol. 22/2005) is het onderwerp van een apart luik op de INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) website. En de Nederlandse en Nieuw-Zeelandse kenniscentra hebben ondertussen het KCE-rapport over PET als referentie voor hun eigen studies gebruikt. Het HTA rapport over trastuzumab (vol. 34/2006) wordt eveneens frequent in het

buitenland geconsulteerd.

Een andere aanwijzing dat het KCE internationale erkenning verwerft is de vraag aan KCE-experts om op te treden als reviewer voor wetenschappelijke tijdschriften of voor buitenlandse onderzoeksprojecten. Binnen het Europese project EUnetHTA is het KCE een actief meewerkende partner in de twee eerste HTA's op Europees niveau, namelijk over Drug-eluting hartstents en angio CT-onderzoek van de kransslagaders.



PROF. DR. FRANK BUNTINX

Voorzitter Belgian Center for Evidence-Based Medicine (CEBAM)

Als promotie- en expertisecentrum van 'Evidence-Based Medicine' hebben wij er met het KCE een natuurlijke bondgenoot bij gekregen in het Belgische landschap van de gezondheidszorg. Er zijn vele raakpunten tussen het KCE en CEBAM, al streven we andere doelstellingen na. CEBAM heeft als hoofddoel de geneeskundepraktijk van de individuele zorgverstreker wetenschappelijk te ondersteunen terwijl het KCE breder is georiënteerd en zich, mijns inziens, eerder richt op de organisatie van de gezondheidszorg. Toch wordt er voortdurend expertise uitgewisseld: zo treden CEBAM-medewerkers vaak op als expert of validator in KCE-studies en omgekeerd.

Als ik kijk naar de output van het KCE en in aanmerking neem hoelang het Kenniscentrum bestaat, dan concludeer ik dat ze schitterend werk leveren. Niemand kon op voorhand voorspellen dat ze op zo'n korte tijd zo ver zouden staan. De kwaliteit van de rapporten is uitzonderlijk hoog. Internationale top, zonder meer. Een schot in de roos.

De impact van KCE-studies laat zich vooral voelen op het beleidsniveau. Ik neem aan dat de KCE-rapporten door een aantal beleidsmeden regelmatig worden gebruikt. Anderzijds heb ik de indruk dat de meerderheid van de KCE-studies zich richten op de ziekenhuissector en in mindere mate op de thuiszorgsector. KCE-

rapporten geraken dan ook niet bij de individuele huisarts, kinesitherapeut of thuisverpleegkundige. Op het onmiddellijk klinisch niveau, zeker in de ambulante zorg, dringen de rapporten niet door. Maar goed, ik denk ook niet dat de meerderheid van de rapporten daarvoor bedoeld zijn. Het zwakste punt van het KCE is dat ze hun studies niet in gedrukte vorm verspreiden. In mijn boekenkast zou een rek vol met KCE-studies echt niet misstaan en ik zou ze ook veel meer raadplegen. De beslissing om alleen elektronisch te communiceren heeft volgens mij een negatieve invloed op de impact van de studies. Maar ach, misschien ben ik als boekenwurm wel een uitstervend ras.





De industrie

De industrie heeft belangen die niet altijd gelijklopen met die van de andere actoren in de gezondheidszorg. Maar dit betekent niet dat het KCE en de industrie met getrokken messen tegenover elkaar staan. De industrie realiseert zich dat zij ook baat heeft bij een gezonde en duurzame gezondheidssector en werkt regelmatig mee aan de studies.

In haar onderzoeken houdt het KCE regelmatig geneesmiddelen of medische technologieën onder de loep. Hierdoor zou het KCE ook een impact op de industrie kunnen hebben. Al was het maar omdat het RIZIV rekening kan houden met het advies van het KCE bij terugbetalingsbeslissingen. Zo concludeerde het KCE dat het klinische nut van bijvoorbeeld kyfoplastie (vol. 39/2006) en obesitas-

chirurgie voldoende bewezen is in bepaalde strikte indicaties.

Een andere KCE-studie stelde dan weer dat er onvoldoende bewijzen waren dat het gebruik van een stent ter behandeling van een vernauwde halsslagader beter is dan de operatieve ingreep. Het KCE vond dat het gebruik voorlopig moest worden beperkt tot enkele centra die in een gerandomiseerde studie de meerwaarde zouden onderzoeken (vol. 13/2005). De RIZIV terugbetaling van de stent bleef daardoor uit.

Andere KCE-aanbevelingen die mogelijk impact kunnen hebben op de industrie zijn de voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek van het KCE en het RIZIV (vol. 28/2006). Ze zijn nu in een testfase. Farmaceutische firma's

werden uitgenodigd om hun nieuwe dossiers in te dienen conform deze richtlijnen. Binnen een jaar zal men de haalbaarheid van de richtlijnen kunnen evalueren op basis van de ervaringen van de industrie. Vervolgens zullen de richtlijnen eventueel aangepast worden. Het is dus nu nog te vroeg om nu al van een echte impact te spreken. We merken alvast een groeiende belangstelling in meerdere discussies over de inhoud van de dossiers.



DR. KRIS J. WESTELINCK

Senior Director Customer Relations Health Policy,
Media & Professional Associations, Pfizer.

DR. DIRK VANDER MIJNSBRUGGE

Medical Director, Pfizer.



Het KCE beschouwt de farmaceutische industrie als een 'partner' in de Belgische gezondheidszorg en erkent de expertise die we als ontwikkelaars van geneesmiddelen hebben opgebouwd. Als innoverend farmabedrijf gaat Pfizer nog een stap verder: het is immers onze ambitie om de gezondheidszorg in België kwalitatief hoogstaand, betaalbaar én toegankelijk te houden. Daarom willen óók wij oplossingen aandragen om de toekomstige gezondheidszorg optimaal te structureren. Het KCE erkent ons in deze ambitie waardoor er een verstandhouding en dialoog is gegroeid. Wij staan dus niet tegenover elkaar als tegenstanders, wel als volwaardige partners.

Een voorbeelddossier is de uitwerking van richtlijnen voor het farmaco-economisch luik bij de aanvraag tot terugbetaling van geneesmiddelen. Het KCE heeft gezorgd voor een richtingaangevend basiskader. Niet dat de aanvragen daardoor voor de industrie 'gemaklijker' zijn geworden maar de procedure is nu transparanter en meer voorspelbaar. We weten nu welke informatie we moeten opnemen en in welke vorm we die best aanleveren. Bovendien krijgen we in de aanvangsfase de kans om van elkaar te leren en bij te sturen. Daar vaart iedereen wel bij.

Voor ons is het opmerkelijk hoe het KCE in haar analyses rekening houdt met het totaalbeeld. Voordien werd er al te vaak de vraag gesteld "wat is de prijs van dit geneesmiddel en hoe verhoudt die zich tot een alternatief geneesmiddel". KCE tracht tenminste ook te kijken naar de meerwaarde die een geneesmiddel kan bieden in het totale pakket van de gezondheidszorg. Noem het een 'holistische aanpak'. Ook de sterke Evidence-Based Medicine (EBM) component waarop KCE-studies zijn geënt, juichen wij toe. Alleen mag EBM niet verworden tot economy based medicine. Het uiteindelijke doel van EBM is de arts te helpen een optimale behandeling te kiezen voor zijn of haar individuele patiënten. Daarom mag EBM niet uitgroeien tot een dogma, een keurslijf om de professionele autonomie van de arts te beknotten. Daar ligt meteen ook een bijkomende taak voor het KCE: de filosofie van wat EBM juist is, uitdragen naar alle betrokkenen, ook naar het artsenkorps én de overheid.

KCE is sinds zijn ontstaan enorm gegroeid. Door kwaliteitsvolle rapporten te publiceren, heeft het aan respect gewonnen. Die kwaliteit vindt in de eerste plaats zijn oorsprong in de bekwaamheid van de KCE-experts zelf, maar ook doordat het Kenniscentrum openstaat

voor extern advies. Het heeft zich niet in een ivoren toren gestoken, maar houdt rekening met wat er leeft bij de verschillende gezondheidspartners. Kortom het aantal studies, de kwaliteit ervan, de objectiviteit en de transparantie waarmee ze gemaakt zijn, hebben van het KCE een onbetwiste speler gemaakt waaraan men niet langer kan voorbijgaan.

Een belangrijke uitdaging zal zijn om de onafhankelijkheid te bewaren. Sterke bindingen met welke belangengroep dan ook, kunnen nefast zijn voor de geloofwaardigheid van het Kenniscentrum. Het KCE moet zichzelf hiervan vrijwaren en een transparant, glazen huis blijven.

Ook kan het Kenniscentrum veel winnen bij intense, internationale samenwerking. De optimale behandeling van bijvoorbeeld een Alzheimerpatiënt is niet verschillend in Nederland, Duitsland of België. Tal van studies kunnen dus over de grenzen heen worden opgezet, wat een stuk efficiënter is dan de vele nationale initiatieven die nu vaak lopen. Tot slot moet het Kenniscentrum werken aan haar impact, zeker naar het beleid. Het moet nog verder groeien om echt richting te geven aan en te wegen op het Belgische gezondheidsbeleid.



De burger/patiënt

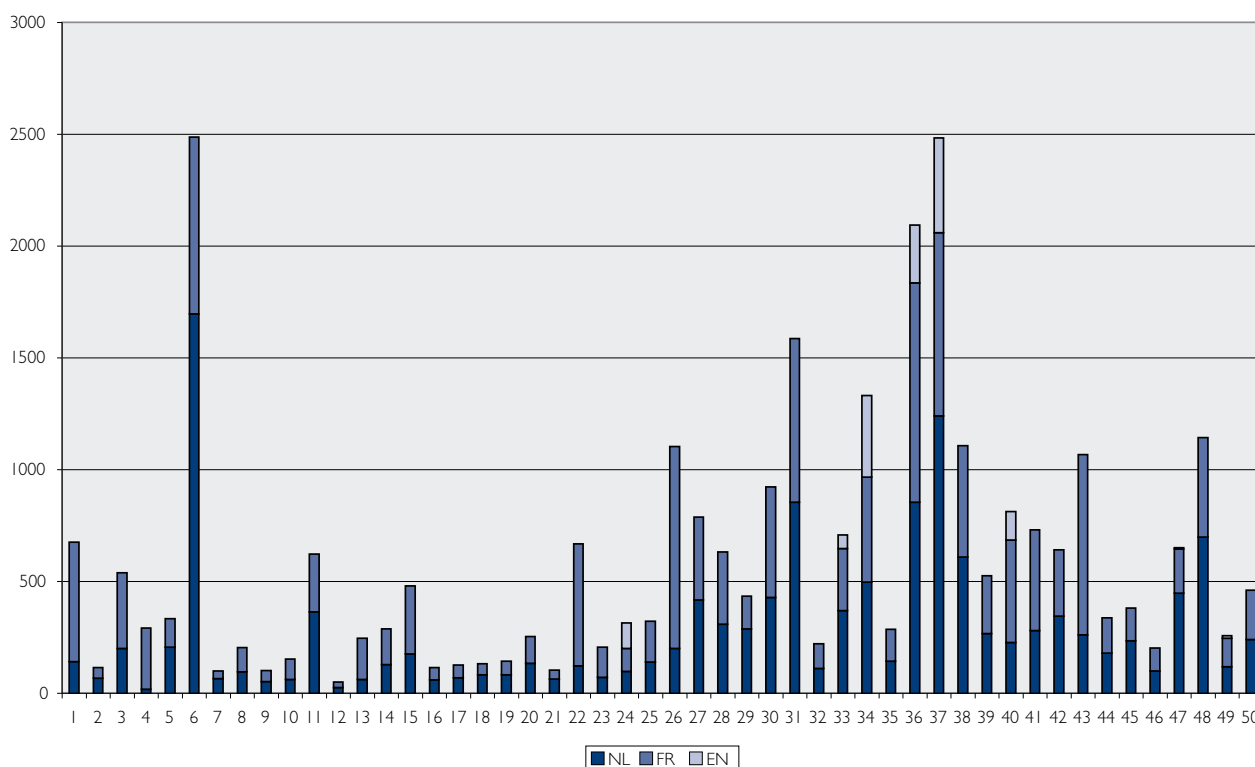
De burger/patiënt moet centraal staan in de gezondheidszorg. Hij of zij is de gene waar het allemaal om gaat en moet kunnen rekenen op kwalitatief hoogstaande en betaalbare zorg. Het KCE wil het brede publiek informeren over haar studies en beleidsaanbevelingen. Over elk gepubliceerd rapport sturen we een persbericht naar de algemene en de vakpers. Het KCE

tenverenigingen betrokken.

En we merken dat de KCE-rapporten steeds meer weerklank in de geschreven pers krijgen. Het rapport wiegendood (vol. 46/2006) kreeg in 2006 de meeste aandacht (20 artikelen), gevolgd door het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen (vol. 47/2006). Gemiddeld kunnen we spreken van 5 artikelen per rapport. Ook radio en

te informeren. Dit kunnen we ook afleiden uit het toenemende aantal reacties dat wordt gezonden naar ons info@mailadres en naar de pers. Het rapport prenatale zorg (vol. 6/2004) is met stip het meest bekeken door de Belgen, gevolgd door de rapporten over MR-scanners (vol. 37/2006) en obesitas (vol. 36/2006).

Download van de KCE-rapporten



probeert via de patiëntenverenigingen de patiënt ook actief te betrekken bij een deel van haar onderzoek. Zo heeft het KCE voor het rapport diabeteszorg (vol. 27/2006) samengewerkt met de Vlaamse Diabetesvereniging. Bij het rapport over stomamateriaal (vol. 21/2005) werden verschillende patiën-

tenverenigingen betrokken. tv toonden in 2006 een toenemende interesse in onze activiteiten door onze experts te interviewen.

De KCE-website werd sinds maart 2004 door bijna 64.000 bezoekers bezocht. De burger maakt meer en meer gebruik van de rapporten van het KCE om zich beter

Beïnvloeden de KCE-rapporten het gedrag van de patiënt? Bij wijzigingen in 'het consumptiegedrag' van gezondheidszorg is het moeilijk te bepalen wie aan de basis ervan ligt: de patiënt of de behandelende arts. Meestal hebben de KCE-rapporten de zorgverleners of de beleidsmakers als



MR. LUCIO SCANU

Voorzitter van de vereniging Stoma-ilco Brussel-Wallonie

doelgroep, maar sommige rapporten willen toch ook een bepaald bewustzijn bij de patiënt aankweken. Dat was bijvoorbeeld het geval voor gebruik van de spoeddiensten (vol. 19/2005), lage rugpijn (vol. 48/2006), wiegendood (vol. 46/2006), rookstop (vol. 1/2004) en de studies m.b.t. kankerscreening (vol. 31, 38, 45/2006). Het rapport over electieve chirurgie (vol. 42/2006) toonde aan dat er in België grote regionale verschillen bestaan voor chirurgische ingrepen. Deze heterogeniteit kon niet altijd worden verklaard, maar de patiënt zal zich door dit rapport misschien beter informeren bij zijn of haar arts vooraleer in te stemmen met een operatie.

Wat heeft het KCE de patiënt al opgeleverd? Elke burger heeft baat bij een optimaal werkend gezondheidszorgbeleid. En het doel van het KCE is om daar maximaal toe bij te dragen. Daarnaast hebben de KCE-rapporten ook voor specifieke resultaten gezorgd: na het rapport stoma (vol. 21/2005) werd er een werkgroep opgericht bestaande uit patiënten, verpleegkundigen en industrie. De studies over supplementen (vol. 50/2006) en medische aansprakelijkheid (vol. 35/2006) vestigden de aandacht op de moeilijke situatie waarin respectievelijk de chronische patiënten en de slachtoffers van medische fouten zich bevonden. Ondertussen werkt men volop aan beschermende maatregelen voor deze burgers.

Vorig jaar publiceerde het KCE een studie over stomamateriaal in België. Onze vereniging heeft als vertegenwoordiger van de patiënten meegewerkt aan dit onderzoek.

Na de publicatie van de studie heeft het RIZIV ons uitgenodigd om deel te nemen aan de onderhandelingen over stomamateriaal. Die waren weliswaar al een eind gevorderd. Je moet weten dat de RIZIV-conventiecommissie die hiervoor verantwoordelijk is, uitsluitend bestond uit vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en de bandagisten, alle anderen - patiënten, artsen, verpleegkundigen, apothekers of de industrie - waren niet vertegenwoordigd. In haar rapport noemde het KCE deze gang van zaken weinig transparant en ondemocratisch. Als gevolg hiervan werd een nieuwe commissie opgericht waarin de andere betrokkenen een plaats kregen, ook patiënten. Helaas is onze stem alleen adviserend. Toen de minister in het parlement werd geïnterpelleerd over de problemen rond stomamateriaal, bleek het adviserend rapport van het RIZIV dat toen door de minister werd voorgelezen als antwoord, alleen de argumenten van de ziekenfondsen en de bandagisten te bevatten ... van onze vragen en eisen was geen spoor te bekennen.

Het KCE stelde eveneens de grote rigiditeit van het systeem van de driemaandelijksse dotatie aan de kaak. Die houdt geen rekening met de werkelijke behoefte van de patiënt en laat geen plaats voor autonome keuze. Het rapport klaagt eveneens de onregelmatigheden aan in de levering van het materiaal aan de patiënt en de ongeoorloofde supplementen die hem soms worden aangerekend. Op

vraag van de patiënten werd een vergelijking gemaakt van de praktijken in de buurlanden. Op basis van het Franse voorbeeld besloot het KCE dat een vrijmaking van de markt niet zal resulteren in overconsumptie. Iets waar de Belgische overheid bang voor was. Helaas zijn al die aanbevelingen tot nu toe dode letter gebleven.

Met verstomming heb ik vastgesteld in welke surrealistische wereld de RIZIV-onderhandelingscommissies vaak werken: de veroverde zitjes worden er angstvallig bewaakt en de belangen van sommigen - zeker niet die van de patiënten - worden met hand en tand verdedigd. Het is onmogelijk om er een correct en evenwichtig debat te voeren.

Tot besluit wil ik wel stellen dat het KCE haar rol ten volle heeft gespeeld: haar onderzoek is correct verlopen en was wetenschappelijk onderbouwd. De omzetting naar de praktijk zal echter heel wat meer tijd in beslag nemen. Er zullen nog veel geesten moeten rijpen. Toch beschouw ik het werk van het KCE als een eerste belangrijke stap om het woord ook aan de patiënt te geven. Ik hoop dat het in de toekomst veel meer zal gebeuren.

www.stomailco.org

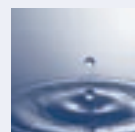


Conclusie

De eerste indruk die we na deze lange opsomming krijgen is dat het KCE duidelijk aanwezig was in de belangrijke gezondheidszorgdossiers van de huidige regering. De KCE-rapporten hebben gezorgd voor debatten en hebben een aantal gedragswijzigingen en moeilijke beslissingen mee begeleid.

Toch blijkt dat de inhoud van onze rapporten en zelfs ons bestaan niet altijd gekend zijn door de mensen van het terrein. Dit wordt ook bevestigd in bepaalde interviews in dit jaarverslag.

Deze vaststellingen stimuleren ons alleen maar om ons werk op een onafhankelijke en nauwkeurige manier te blijven verder zetten. Daarbij zullen wij, ook na de verkiezingen, aandacht blijven hebben voor de problemen die de nieuwe beleidsverantwoordelijken zullen bezighouden. Wij zullen onze rapporten nog beter verspreiden en we blijven openstaan voor iedereen die wil praten over de verbetering van de dagelijkse praktijk.



Financieel overzicht

BALANS					
ACTIVA			PASSIVA		
	2005	2006		2005	2006
Vaste activa	216 207	190.097	Eigen vermogen	10 957	14 094 791
Immateriële vaste activa			Overgedragen winst	10 957 704	14 094 791
Plannen en studies					
Concessies, licenties					
Materiële vaste activa					
Gebouwen	0	64 594			
Uitrusting en kantoorat.	18 252	18 117			
Informaticamateriaal	2197 555	106 986			
Financiële vaste activa	399	399			
			Schulden	1 126 430	1 302 990
			Schulden op ten hoogste één jaar		
Vlottende activa	11 867 927	15 207 684	Leveranciers	304 232	150 766
			Te ontvangen facturen	531 661	666 790
Schuldvorderingen op ten hoogste één jaar					
Te innen opbrengsten	4 891 000	6 506 000	Schulden met betr: tot bezold en soc lasten		
			Voorheffing		-25
			RSZ		135 000
			Bezoldigingen	-984	3 433
Liquide middelen			Diverse inhoudingen op netto	-1 365	-1 365
De Post	6 915 972	8 701 249	Provisie vakantiegeld	140 000	245 000
Standaard kassen	59	435	Groepsverzekering		45 000
			Andere sociale schulden	23 407	6 000
Overlopende rekeningen			Overige schulden		
Over te dragen kosten	60 896		Betalingen onderweg	129 478	52 391
TOTAAL ACTIVA	12 084 134	15 397 781	TOTAAL PASSIVA	12 084	15.397.781

RESULTAATREKENING	2005	2006
BEDRIJFSOPBRENGSTEN	7 067 054	8.774.848
74 Andere bedrijfsopbrengsten		
Subsidies	7 060 000	8.767.681
Recuperatie maaltijdcheques	6 810	7.167
Varia	243	
BEDRIJFSKOSTEN	4 441 400	5.672.668
61 Diensten en diverse goederen		
Studies in onderaanneming	665 368	1.429.529
Lokalen en materieel	156 645	305.826
Bureelkosten en benodigdheden		
documentatie	37 745	55.136
communicatie	7 299	20.282
andere bureelkosten en benodigdheden	53 774	92.619
Externe diensten		
consultants en externe experts	140 301	116.871
diensten en consultants informatica	212 288	227.045
andere externe diensten	79 072	52.901
Opleiding	14 782	18.251
Verplaatsings- en onthaalkosten	26 852	30.110
Presentiegeld	5 800	15.000
62 Bezoldigingen en sociale lasten		
Bezoldigingen	1 937 457	2.128.646
RSZ-bijdragen	532 984	667.792
Verzekeringen voor het personeel	178 769	191.472
Andere voordelen voor het personeel	69 521	65.533
63 Afschrijvingen, waardeverminderingen en provisies		
Installaties en machines	9 228	9.334
Gebouwen	107 330	32.297
Meubilair en informaticamaterieel	206 186	214.024
BEDRIJFSRESULTAAT	2 625 654	3.102.180
Financiële opbrengsten	1 367	8
Financiële kosten	2 103	4.212
RESULTAAT UIT DE GEW.BEDRIJFSUITOEF.	2 624 918	3.097.976
Uitzonderlijke opbrengsten	34 944	39.110
Uitzonderlijke kosten		
UITZONDERLIJK RESULTAAT	34 944	39.110
RESULTAAT UIT DE GEWONE BEDRIJFSVOERING	2 659 862	3.137.087

Personeelsplan

Functies	Behoeften	Effectief	
		31/12/05	31/12/06
Voorzitterfunctie	0,2	0,2	0,2
Managementfuncties			
Algemeen directeur	1	1	1
Adjunct algemeen directeur	1	1	1
Directeur	2	0	1
Totaal	4	2	3
Expertfuncties			
Arts-expert	10	7,9	8,85
Expert economie	9	6,2	8,8
Expert Clinical and Health Services Research	4	3,4	3,4
Expert Data management	3	3	2
Kennismanager	1	1	1
Totaal	24	21,5	24,05
Ondersteunende functies			
Juridisch en budgettaire adviseur	1	1	1
Adviseur HR en communicatie	1,5	1	1,3
Directiesecretaris	1	1	1
Administratief deskundige	2	1	1
ICT-deskundige	1	1	1
Administratief assistent	2	1	2
Administratief medewerker	2	2	2
Totaal	10,5	8	9,3
Totaal	41,7	31,7	36,55



Personeelsleden

Voorzitterfunctie

GILLET Pierre (26)

Managementfuncties

CLOSON Jean-Pierre (5)

PEETERS Gert (24)

RAMAEKERS Dirk (10)

Expertfuncties

CAMBERLIN Cécile (20)

CHALON Patrice (21)

CLEEMPUT Irina

CROTT Ralph (3)

DE LAET Chris (36)

DEVRIESE Stephan (35)

EYSEN Marijke

GAILLY Jeanine (28)

HULSTAERT Frank

HUYBRECHTS Michel (7)

KOHN Laurence (6)

LAMBERT Marie-Laurence (4)

LEONARD Christian (32)

LEYS Mark

LONA Murielle (18)

MAMBOURG Françoise (34)

NEYT Mattias (8)

PAULUS Dominique (14)

ROBERFROID Dominique (11)

SWARTENBROEKX Nathalie

THIRY Nancy (23)

VAN BRABANDT Hans (9)

VAN DE SANDE Stefaan (13)

VAN DEVOORDE Carine (22)

VAN DEN BRUEL Ann (16)

VAN DEN STEEN Dirk (1)

VINCK Imgard (25)

VLAYEN Joan (2)

VRIJENS France

Ondersteunende functies

BOGAERTS Dimitri (19)

BONNOUH Nadia (15)

BRIAT Gudrun (29)

DE MEULENAERE Geert (12)

GARREYN Catherine (17)

GOSSEYE Natacha (31)

LANDTSHEERE Miranda

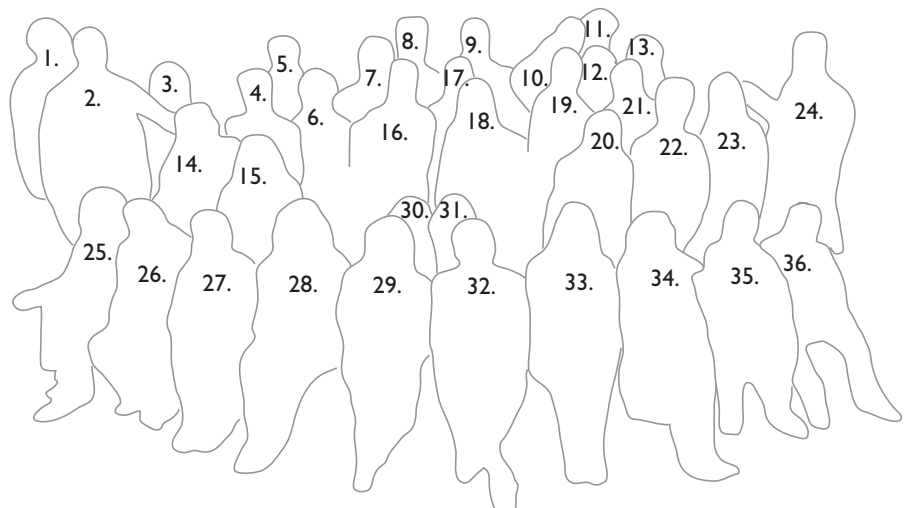
PETIT Elisabeth

REYNAERT Magalie (33)

VAN DE VELDE Karen (27)

VERHULST Ine (30)

WILLAERT Valérie



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 (D/2004/10.273/11)
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 I (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 bloederivaten 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 actuariel 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 (D/2005/10.273/23)
21. Stomamateriaal in België (D/2005/10.273/27)
22. Positronen Emissie Tomografie in België (D/2005/10.273/29)
23. De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA) (D/2005/10.273/32)
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patienten met vermoeden van hartfalen (D/2005/10.273/34)

2006

25. Capsule Endoscopie (D/2006/10.273/01)
26. Medico–legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen (D/2006/10.273/05)
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg (D/2006/10.273/07)
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België (D/2006/10.273/10)

29. Nationale Richtlijnen van het College voor oncologie: A. Algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. Wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker (D/2006/10.273/12)
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg (D/2006/10.273/14)
31. Prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening (D/2006/10.273/17)
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II (D/2006/10.273/19)
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/2006/10.273/59)
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 pandemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen (D/2006/10.273/65)
50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. (D/2006/10.273/68)



Nota's



**Jaarverslag 2006
van het Federaal
Kenniscentrum voor
de Gezondheidszorg**

Brussel : 2007

Met de medewerking van
Karin Rondia
en **Peter Raeymaekers**,
wetenschappelijke journalisten

Grafische vormgeving en druk :
Tilt Factory

ISSN : **1783-4112**

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is
toegestaan mits bronvermelding.
Dit document is beschikbaar op de website van
het Federaal Kenniscentrum
voor de Gezondheidszorg.



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg



Tel: + 32 (0) 2 2873388

Fax: + 32 (0) 2 2873385

E-mail: info@kce.fgov.be

Web: <http://www.kce.fgov.be>

**Wetstraat 62
B-1040 Brussel**