

JAARVERSLAG 2011



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



www.kce.fgov.be

FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG - KCE

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

Opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 en gepubliceerd in het Staatsblad van 31 december 2002.

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email: info@kce.fgov.be

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

Administratief Centrum Kruidtuin
Doorbuilding
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel



RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter Pierre Gillet

LEDEN

EFFECTIEVE LEDEN

PLAATSVERVANGERS

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

Regeringscommissaris Yves Roger

* Vice-voorzitters
** Vervanging is lopende

INHOUDSOPGAVE

Inleiding door de algemene directie	4	Good Clinical Practice	29
Inleiding door de Voorzitter en Vice-voorzitters van de Raad van Bestuur	5	Opsporing van borstkanker op maat van je risico	30
KCE-Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg	6	Baarmoederhalskanker en borstkanker: nieuwe of aangepaste wetenschappelijke richtlijnen	31
Kort overzicht	7	Op weg naar een kwaliteitssysteem voor kankerzorg	33
Rapporten die nog meer toegankelijk zijn	8	Dementie: vier werkzame niet-medicamenteuze behandelingen	35
Opgefriste huisstijl	8	Medicatie om breuken door botontkalking te voorkomen	36
Nieuwe redactionele aanpak van de studies	8	Vaccineren tegen seizoensgriep	38
Nieuwe website	8	Nieuwe behandelingen van spataders	39
Wetenschappelijk symposium en pers workshop	9	Health Technology Assessment	41
Studievoorstellen in 2011	10	Aortakleppervanging via de lies	42
De KCE-medewerkers	11	Zuurstoftherapie	43
Stakeholder involvement	13	Hepatitis B en C	44
Hoe kan KCE stakeholders systematisch betrekken?	14	Twee nieuwe pneumokokkenvaccins voor jonge kinderen	46
Evoluerende geesten	14	Health Services Research	49
Vijf strategische doelstellingen	14	Huisarts: burn-out en organisatie van wachtdiensten	50
1. Maak het onderwerp tastbaar	15	Niet-conventionele geneeswijzen: acupunctuur en homeopathie	52
2. Bepaal de juiste draagwijdte en onderzoeksvragen	15	Nieuwe implantaten en andere hoogrisico medische hulpmiddelen	54
3. Maak de onderzoekopbouw en de methoden aanvaardbaar	15	Hospitalisatieverzekering voor chronisch zieken en gehandicapten	55
4. Kom tot duidelijke resultaten en realistische antwoorden	15	Aantal buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen	56
De visie van Alain Deccache	16	Geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren	57
5. Vind doeltreffende communicatiekanalen en spreekbuizen	17	Rusthuizen gaan komende jaren best niet op rust	58
Mutual learning	17	Financieel overzicht	60
Co-constructie	18	Personeelsplan	63
Burgers en patiënten	18	Gepubliceerde KCE-studies	65
Interview met Laurette Onkelinx	20		
‘Stakeholder involvement’ bij de bureaus	24		
IQWiG (Duitsland) zet in op transparantie en communicatie	24		
De HAS - Haute Autorité de Santé (Frankrijk): een gevalideerde vertegenwoordiging van patiënten en gebruikers	24		
NICE (Verenigd Koninkrijk) heeft oog voor stakeholders én burgers	25		
Het KCE en de gewesten en gemeenschappen	26		
Interview met Eliane Tillieux	26		
Interview met Jo Vandeurzen	27		

INLEIDING DOOR DE ALGEMENE DIRECTIE

Het is in de voorbije twee decennia bijna een evidentie geworden: beleidsadviezen inzake gezondheidszorg baseer je op de beste beschikbare wetenschappelijke bewijzen. Wij leven duidelijk in het tijdperk van de Evidence-Based Medicine (EBM). Toch wordt dit 'dogma' vanuit verschillende hoeken in vraag gesteld, en ook het KCE moet vanuit wetenschappelijke hoek vaak vaststellen dat er onvoldoende 'bewijzen' op tafel kunnen gelegd worden om een advies op te funderen. Dit geldt vooral voor studies in het domein van de organisatie van de zorg (Health Services Research).

Het formuleren van een goed advies voor het uittekenen van toekomstig gezondheidsbeleid vergt inderdaad wel wat meer dan een droge weergave van de wetenschappelijke data. Verantwoorde zorg – dit is kwaliteitsvolle, veilige, toegankelijke, duurzaam betaalbare zorg – is een concept dat slechts zinvol wordt wanneer het in zijn breder maatschappelijk kader wordt geplaatst. Zo kan het begrip 'kwaliteit' een verschillende invulling krijgen naargelang het perspectief van waaruit het wordt bekeken. Een innovatieve behandeling die leidt tot het toevoegen van enkele levensmaanden is technisch gesproken succesvol, maar betekent misschien vanuit het oogpunt van de patiënt een verlies aan kwaliteit van diens levenseinde...

Het formuleren van beleidsadviezen in de gezondheidszorg is dus meer dan een wetenschappelijke opdracht. Het is een maatschappelijke verantwoordelijkheid... die je niettemin best zo wetenschappelijk mogelijk aanpakt. Maar hier komen duidelijk andere wetenschappelijke disciplines aan bod dan de methodes van de EBM. Niet dat het KCE nu of in de toekomst het fundament van de EBM zou verloochenen – het is en blijft ons kern-DNA – maar de wetenschappelijke bevindingen krijgen pas een maatschappelijke relevantie wanneer ze ook worden bekeken in het licht van de visies en waarden van alle actoren die uiteindelijk de eerste betrokkenen zijn. Uiteraard zal je nooit een goed advies gewoon 'democratisch' door alle stakeholders kunnen laten samenstellen. Maar er zijn wel methoden om met de input van de stakeholders constructief aan de slag te gaan. Het KCE heeft hierop speciaal ingezet in 2011, en zal dit in de loop van de volgende jaren blijven doen.

Toch is ook dat niet voldoende om een wezenlijke bijdrage te leveren aan een beter gezondheidsbeleid. Hoe wetenschappelijk gefundeerd en maatschappelijk ingebed een advies ook is, het blijft dode letter als het niet wordt opgemerkt, gelezen, begrepen en aanvaard. Anders gezegd, met de kwaliteit van de communicatie staat of valt vaak de uiteindelijke impact van een rapport. Ook hieraan moeten we dus grote zorg besteden. Met de nieuwe huisstijl, de vernieuwde website en vooral een vernieuwing op redactioneel vlak, is 2011 zonder twijfel een scharnierjaar te noemen. Wij kijken terug op een boeiend jaar. Een jaar dat een goede springplank is om – in een vernieuwd staatsbestel – met enthousiasme onze maatschappelijke taak verder uit te bouwen.



JEAN-PIERRE CLOSON

Adjunct algemeen directeur

RAF MERTENS

Algemeen directeur

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



PIERRE GILLET

Voorzitter van de
Raad van Bestuur

JO DE COCK

Vice-voorzitter van de
Raad van Bestuur
Administrateur-generaal
van het RIZIV



DIRK CUYPERS

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

FRANK VAN MASSENHOVE

Vice-voorzitter van de
Raad van Bestuur
Voorzitter van de
FOD Sociale Zekerheid

In 2011 deden zich 2 belangrijke opportuniteiten voor waardoor het bestaan van het KCE, naar wij hopen, nog relevanter wordt voor de Belgische gezondheidszorg. De eerste gaat over de participatie en het betrekken van de stakeholders vanaf de opstart van een KCE-studie. Zoals we kunnen lezen in dit jaarverslag, evalueert het KCE voortdurend zijn werking, en stelt het een methode voor om de afstand tussen de wetenschappelijke aanbevelingen en de realiteit van het terrein te verkleinen. De KCE-rapporten hebben inderdaad geen zin als ze niet in voldoende mate inspelen op wat er leeft bij de direct betrokkenen, als ze niet worden aanvaard of als hun aanbevelingen niet realiseerbaar zijn.

Lopen de KCE-experten het risico dat ze door het overleg met de stakeholders hun neutraliteit en onafhankelijkheid verliezen? Wij denken van niet. In 2011 hebben we immers de bakens uitgezet voor een harmonisering van de standpunten van twee partijen (stakeholders-wetenschappelijke experts), die elk vanuit hun eigen kader redeneren.

Sinds de opstart van het KCE zetelen er al diverse stakeholders in de Raad van Bestuur (politici, de administratie, de mutualiteiten, de zorgverleners, sociale partners, ...). Maar zij zijn niet gespecialiseerd in elk thema dat aan bod komt. Door het 'netwerk' van stakeholders uit te breiden en de relatie met hen te systematiseren, vermijdt het KCE twee mogelijke problemen bij het betrekken van actoren: ondervertegenwoordiging of een zwakke legitimiteit, en het niet capteren van uiteenlopende meningen en visies binnen eenzelfde groep.

De tweede opportuniteit, en niet van de minste, vloeit voort uit het regeerakkoord, waarin de ambitie wordt geformuleerd om reflectie en overleg te organiseren rond de belangrijke uitdagingen waarmee de Belgische gezondheidszorg zal worden geconfronteerd. Het regeerakkoord voorziet dat men daarbij ondermeer zal steunen op de input van het KCE. De Raad van Bestuur heeft aan de minister al een nieuw schema voorgesteld om toekomstige onderzoeksthema's en -onderwerpen vast te leggen. Deze nieuwe werkwijze moet garanderen dat de prioriteiten van alle bevoegdheidsniveaus aan bod komen.

Daarnaast zal het KCE, gevolg gevend aan de aanbevelingen van de audit van het Rekenhof in 2010, samen met de andere met overheidsgegeld gefinancierde onderzoeksinstituten een permanente catalogus opstellen met alle geplande en lopende studies van deze instellingen. Op die manier worden de inspanningen beter op elkaar afgestemd en wordt dubbel werk vermeden.

Wij hopen dat het KCE door deze opportuniteiten een nog relevantere rol zal spelen en dat hierdoor aan de behoeften wordt voldaan van iedereen die het hoofd wil bieden aan de grote uitdagingen binnen de gezondheidszorg.

De huidige crisis, gecombineerd met deze uitdagingen, vergen nog meer onderzoek naar efficiëntie. Daarbij moeten alle betrokkenen uit de wereld van de gezondheidszorg samenwerken. Duurzame oplossingen kunnen alleen gevonden worden als de krachten worden gebundeld. Op die manier kan er een globaal resultaat worden bereikt dat veruit beter is dan wat iedereen individueel zou kunnen behalen. Het samenwerken met stakeholders en de bundeling van krachten met alle andere onderzoeksinstituten, is absoluut noodzakelijk voor de creatie van een toegankelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit.





Kort overzicht

Zoals in elk van onze vorige jaarverslagen blikken we ook nu terug op het voorbije jaar. Vanaf p 29 geven we een overzicht van de in 2011 uitgevoerde studies. Waar mogelijk vermelden we hun impact op het beleid en op de (klinische) praktijk tot op vandaag (maart 2012).

Het voorbije jaar heeft het KCE de mensen van het terrein actief betrokken bij een aantal studies.

Dit was o.a. het geval voor homeopathie en acupunctuur (rapporten 153 en 154), burn-out bij huisartsen (rapport 165) en de toekomstige nood aan residentiële ouderenzorg (rapport 167).

Daarnaast heeft het KCE de aanpak om stakeholders meer te betrekken bij de uitvoering van studies ook geplaatst in een meer wetenschappelijk en conceptueel kader. In het methodologisch rapport



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

Waarvoor staat de afkorting KCE?

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

DE OPDRACHT VAN HET KCE

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

Het KCE behandelt drie grote onderzoeksdomeinen:

- Analyse van de klinische praktijk en ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen (Good Clinical Practice)
- Evaluatie van medische technologieën en geneesmiddelen (Health Technology Assessment)
- Organisatie en financiering van de gezondheidszorg (Health Services Research)

De opdracht van het KCE wordt omschreven in de oprichtingswet van 24/12/02 (hoofdstuk 2, afdeling 3).

over 'stakeholder involvement' (rapport 174), kijken we naar de sleutelementen en denken we na hoe deze participatieve aanpak kan samengaan met de specifieke taken en mogelijkheden van het KCE. Het rapport komt in een apart hoofdstuk van het huidige jaarverslag aan bod (zie p 13).

Tot slot peilden we bij de hoogste beleidsverantwoordelijken - met name Vice-Eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, mevrouw Laurette Onkelinx; ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances, mevrouw Eliane Tillieux; en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de heer Jo Vandeuren - naar hun ervaringen met het KCE-studiewerk, hoe het KCE zijn opdracht in de toekomst nog beter kan laten aansluiten op hun beleidsagenda en hoe het KCE deze belangrijke stakeholders nauwer kan betrekken bij het uitvoeren van zijn opdracht (zie p 20-21, 26-27).



Rapporten die nog meer toegankelijk zijn

Een van de strategische doelstellingen in het managementplan van 2010 was het verder uitwerken van een gediversifieerde en doelgerichte communicatiestrategie. Dit zou o.m. gebeuren door het opstellen van een nieuw redactioneel handboek en het moderniseren van de KCE-website. In 2011 werd er van deze 2 actiepunten volop werk gemaakt.

OPGEFRISTE HUISSTIJL

Onze huisstijl kreeg een nieuwe toets, met een frisser logo, dat toch nog steeds herkenbaar is gebleven. Deze nieuwe stijl, die wordt toegepast op al onze publicaties, werd vastgelegd in een grafisch charter. We hopen dat onze rapporten hierdoor nog meer tot lezen zullen uitnodigen, in papieren versie, maar vooral ook op het scherm.

NIEUWE REDACTIONELE AANPAK VAN DE STUDIES

Maar nog belangrijker: ook inhoudelijk werd er aan onze rapporten gesleuteld. Naast het wetenschappelijk gedeelte ('scientific report') en een samenvatting ('executive summary') die korter is dan voorheen, bevatten de meeste rapporten nu ook een synthese. Deze synthese, ook bestemd voor een niet-wetenschappelijk publiek, bestaat uit maximum 30 pagina's en geeft de lezer de belangrijkste informatie in een vlot leesbare vorm. Andere elementen opgenomen in het nieuwe redactioneel handboek zijn het gebruik van tekstblokken, en meer grafieken, tabellen en tussentitels; het opbouwen van een structuur aan de hand van 'information map-

ping', schrijven in een overzichtelijke, niet te technische taal,....

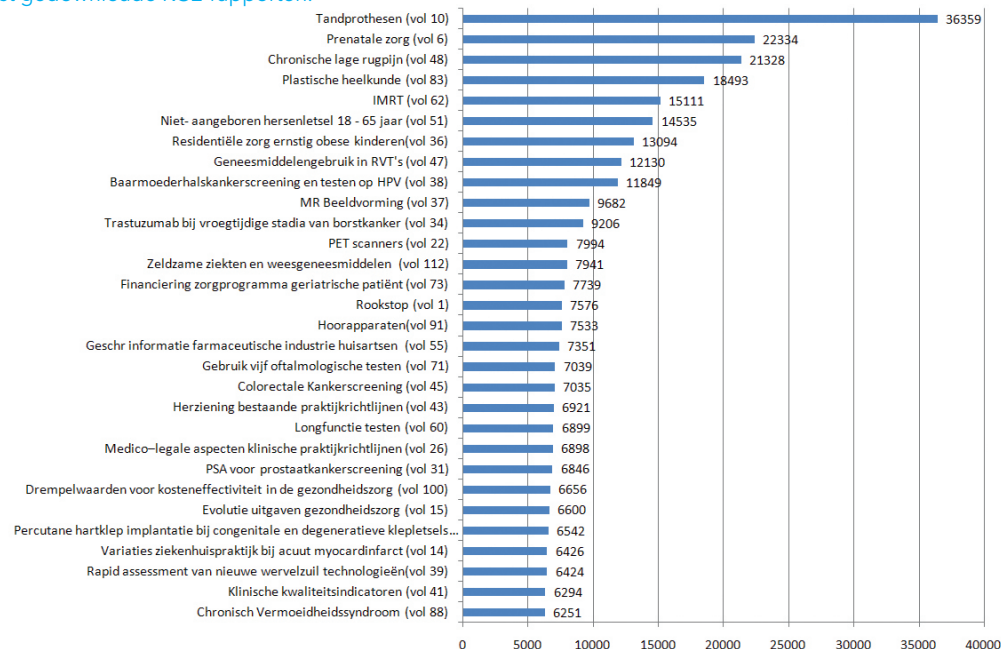
De bedoeling van deze aanpak is ons doelpubliek (beleidsmakers, zorgverleners, patiënten, enz.) een betere toegang te geven tot de boodschap van onze rapporten, zonder daarbij afbreuk te doen aan het wetenschappelijke 'sérieux' van de studies.

NIEUWE WEBSITE

Ook de KCE-website onderging een grondige facelift, en kreeg een look die aansloot op de nieuwe huisstijl. We hebben ons niet beperkt tot een puur esthetische ingreep, maar hebben ook geprobeerd om de gebruiksvriendelijkheid te verhogen.

Zo hebben we de onderzoeksonderwerpen ingedeeld in 7 grote domeinen, en in 15 types van aandoeningen. Hierdoor kan de bezoeker via enkele muisklikken terugvinden welk onderzoek het KCE heeft uitgevoerd, aan het uitvoeren is en

De 30 meest gedownloade KCE-rapporten.



zal uitvoeren m.b.t. een bepaalde aandoening of een specifiek domein. Daarnaast laat de zoekfunctie toe om zeer precieze informatie terug te vinden. Tenslotte kunnen de onderwerpen, waarover de bezoeker regelmatig nieuws wenst te ontvangen, nog nauwkeuriger bepaald worden.

Om regelmatig nieuws te ontvangen over KCE-publicaties, uitbestedingen, vacatures, persberichten, enz. kan men zich registreren op de website, via de link 'Login'.



Panel, vlnr: Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid), Pierre Scalliet (College voor Oncologie), Didier Vander Steichel (Fondation contre le Cancer), Freddy Penninckx (PROCARE), Elke Van Hoof (Kankercentrum), Ward Rommel (Vlaamse Liga tegen Kanker), Marc Beauduin (Centre Hospitalier Joliment-Lobbes), Henri De Ridder (RIZIV)

Wetenschappelijk symposium en persworkshop

In maart 2009 organiseerde het KCE een symposium over het gebruik van drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg (ICER). In 2011 was het tijd voor een ander methodologisch onderwerp: «Van guideline tot kwaliteitssysteem bij de behandeling van kanker.»

In dit symposium overliepen de onderzoekers een aantal belangrijke etappes bij de invoering van een kwaliteitssysteem en kregen we een overzicht van de manier waarop in Nederland dit soort systemen in de oncologie werden opgezet. Voor meer info, zie p 33 en <https://kce.fgov.be/nl/event/kce-conferentie-donderdag-17-november-2011-om-13u30-te-brussel-van-guideline-tot-kwaliteitssys>

In diezelfde maand hielden we ook een workshop voor de pers. Door middel van een aantal interactieve presentaties maakten KCE-onderzoekers de geïnteresseerde journalisten wat meer wegwijs in de complexe wereld van het medisch wetenschappelijk onderzoek. Daarbij gaven ze hen een aantal tips over hoe ze de talrijke opinies, wetenschappelijke teksten, artikels en persberichten kritischer konden beoordelen.



Studievoorstellen in 2011

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

In het begin van elk jaar publiceert het KCE een oproep tot studievoorstellen voor het programma van het volgende werkjaar.

Vanaf 2012 zal de procedure voor het indienen van studievoorstellen worden herzien.

VERDELING VAN DE ONDERZOEKSONDERWERPEN VOLGENS DE INDIENERS VAN HET VOORSTEL

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Minister	8	8	1	0	7	8	2
Volksgezondheid							
FOD	10	5	11	17	13	16	11
Commissie Volksgezondheid Kamer	0	0	0	0	5	1	1
Publieke, niet-federale organisaties				2	1	2	13
Sociale Zekerheid							
FOD	0	0	0	0	1	0	0
RIZIV	6	8	17	11	15	13	18
Universiteiten of wetensch. instellingen	24	33	37	37	11	34	17
Instituten of ziekenhuisdiensten	18	9	14	21	4	13	16
Andere Belgische privéorganisaties of privépersonen	22	35	56	53	44	50	38
KCE						11	8
Internationale organisaties	2	2	2	2	3	4	2
TOTAAL	90	100	138	143	104	152	126



De KCE-medewerkers

Einde 2011 had het KCE 60 medewerkers in dienst. Naast de voorzitter en de vier directieleden zijn er 39 experts, 8 stafmedewerkers en 8 administratieve medewerkers. 25 van hen zijn deeltijds aan de slag (*Voor de cijfers in VTE, zie p 63*).

In 2011 werden 10 nieuwe medewerkers aangeworven, waarvan 6 experts. 6 collega's hebben het KCE in diezelfde periode verlaten.

Bij de selectie van nieuwe personeelsleden is uiteraard de competentie van de kandidaten doorslagge-

vend, maar als federale instelling moet het KCE ook een zo groot mogelijk taalevenwicht nastreven.

Eind 2011 waren er 31 Franstaligen en 29 Nederlandstaligen aan boord. De onderzoeksteams zijn meestal taalgemengd en worden per studieproject samengesteld.



Geslacht

Vrouw	38
Man	22

Leeftijd (in jaren)

20-29	3
30-39	27
40-49	17
50-59	11
60-70	2

Anciënniteit

Minder dan 1 jaar	10
1 - 3 jaar	14
4 - 5 jaar	6
meer dan 5 jaar	30





STAKEHOLDER INVOLVEMENT

De missie van het KCE is een bijdrage leveren aan de organisatie en financiering van een kwaliteitsvolle, rationele en doeltreffende gezondheidszorg. Dit gebeurt door het opstellen van rapporten, evaluaties en aanbevelingen voor de goede praktijk. Het KCE-studiewerk is wetenschappelijk onderbouwd en, indien mogelijk, evidence-based. Die aanpak mag echter nog zo gefundeerd zijn, de wetenschappelijke benaderingswijze nog zo verfijnd en het bewijsmateriaal nog zo overtuigend, ze zullen weinig impact hebben als het verkregen resultaat geen of te weinig rekening houdt met de realiteit van de gezondheidszorg op het terrein. Net zoals de meest levenskrachtige planten niet zullen groeien indien ze in een voor hen ongeschikte bodem worden geplant.

Om dit te voorkomen wil het KCE de stakeholders meer betrekken bij zijn studies. Dit wil zeggen de partijen die rechtstreeks belang hebben bij het onderwerp dat het KCE bestudeert. *“Als we enige invloed willen uitoefenen met ons studiewerk, dan is het absoluut noodzakelijk dat onze resultaten aansluiten op de verwachtingen van de stakeholders, dat ze rekening houden met de manier waarop men de problemen op het terrein ervaart en de antwoorden die men hierop verwacht”,* benadrukt Raf Mertens, algemeen directeur van het KCE. *“In het verleden was dat niet altijd het geval omdat we vertrokken van verschillende uitgangspunten.”*



HOE KAN HET KCE STAKEHOLDERS SYSTEMATISCH BETREKKEN?

EVOLUERENDE GEESTEN

Al geruime tijd betreft het KCE stakeholders bij zijn studies. Elke studie moet immers worden goedgekeurd door de Raad van Bestuur die is samengesteld uit de voornaamste actoren van ons Belgische gezondheidszorgsysteem. Maar hoe evenwichtig deze vertegenwoordiging ook is, ze blijft erg algemeen en de vertegenwoordigers hebben niet altijd de diepgaande expertise m.b.t. de onderwerpen die in een studie worden behandeld.

Bovendien worden bij elke studie een of meerdere externe experts geconsulteerd die vaak zelf ook stakeholders zijn. Vaak worden beroepsverenigingen uitgenodigd om mee te werken aan bepaalde studies. Een recent voorbeeld is de consultatie van een groep gynaecologen en vroedvrouwen bij het uitwerken van de aanbevelingen voor de goede praktijk bij de normale bevalling (rapport 139, 2010). Verregaande consultatie van stakeholders houdt echter ook potentiële gevaren in. Voor een instelling die onafhankelijkheid en onpartijdigheid hoog in het vaandel draagt, zou het immers op het eerste gezicht tegenstrijdig kunnen lijken om systematisch overleg te plegen met partijen die een bijzonder belang hebben bij het studieonderwerp. Om het juiste evenwicht te vinden is een evolutie van de ingesteldheid nodig - zowel bij de stakeholders als bij de experts van het KCE zelf -, evenals de implementatie van adequate en transparante methoden van overleg.

Daarom voerde het KCE een diepgaande studie uit over de mogelijke methoden, uitdagingen, goede praktijken en succesfactoren die een meer systematische betrokkenheid van de stakeholders mogelijk maken. Bij deze studie werden alle onderzoekers van het KCE betrokken. Door middel van focusgroepen werd gepeild naar hun terughoudendheid/enthousiasme voor dergelijk overleg, en werden voorstellen voor mogelijk te gebruiken methoden van consultatie verzameld. Dit alles leidde tot een rapport dat begin 2012 werd gepubliceerd met als titel «*Stakeholder involvement in de KCE-werkprocessen*» (rapport 174). «*Deze studie op zich was een voorbeeld van stakeholder involvement*», legt Christian Léonard uit, programmadirecteur bij het KCE en medeauteur van het rapport. «*We willen immers dat al onze experts zich kunnen terugvinden in deze aanpak, d.w.z. dat ze akkoord zijn met het principe van stakeholder involvement en bekwaam zijn om de procedures toe te passen. Het werk is echter nog niet af: we werken aan technische fiches om deze methoden wetenschappelijk te funderen en te systematiseren.*»

VIJF STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN

Het vastleggen van duidelijke doelstellingen was een van de eerste kernvragen die in deze methodologische studie werd aangepakt: waarom willen we stakeholder involvement? Welk resultaat beogen we? Want het volstaat niet om stakeholders te vragen om deel te nemen aan een of andere vergadering.

WIE ZIJN DE STAKEHOLDERS?

Voor de term stakeholder - belanghebbende partij - kunnen talrijke definities worden gegeven.

We beperken ons hier tot het vermelden van drie essentiële kenmerken: ze moeten zich betrokken voelen bij en zich aangesproken voelen door het onderwerp van de studie, geïnteresseerd zijn in het resultaat ervan en/of mogelijk in staat zijn om er invloed op uit te oefenen.

Op het gebied van het gezondheidszorgbeleid zijn de voornaamste stakeholders :

- de politieke beleidsmakers
- de technische/administratieve beleidsmakers: RIZIV, federale overheidsdiensten,...
- de mutualiteiten
- de zorgverleners en hun representatieve organisaties
- de medisch-farmaceutische industrie
- de patiënten en de burgers-patiënten
- de media

Stakeholder involvement is meer en breder, en de regels van het spel moeten duidelijk zijn voor iedereen, evenals de resultaten die tijdens elke procesfase worden verwacht. Men moet daarom zijn toevlucht nemen tot verschillende overlegmethoden, volgens een accurate timing, in functie van de beoogde doelstellingen. Er werden vijf doelstellingen gedefinieerd:

1. Maak het onderwerp tastbaar

De experts van het KCE zijn uiterst bedreven in de studiemethoden die ze gebruiken voor het opstellen van hun rapporten en aanbevelingen, maar de domeinen die ze onderzoeken zijn zeer verscheiden. Daarom is het onontbeerlijk dat ze zich vertrouwd maken met het onderwerp vooraleer ze een project aanvangen. Dat ze de realiteit van het terrein ervaren zoals die wordt beleefd door de patiënten en/of de zorgverleners. Een KCE-expert die een patiënt bezoekt die thuis zuurstof krijgt toegediend, zal een veel concreter beeld hebben van deze therapeutische behandeling. Dit geldt voor alle 'health technology assessment' studies. De analyse zal relevanter zijn als de expert ter plaatse gaat kijken en beter begrijpt hoe een arts een hartkatheterisatie uitvoert, of hoe een nieuw implantaat werkt, in plaats van zich alleen te baseren op de brochures van de fabrikant. Door deze praktijkervaringen en contacten met het werkveld, kunnen de KCE-experts ook op een meer realistische manier zicht krijgen op de kosten en effecten waarmee ze rekening moeten houden bij het uitwerken van bijvoorbeeld kosten-effectiviteitsmodellen.

2. Bepaal de juiste draagwijdte en onderzoeksvragen

Opdat de studie een toegevoegde waarde zou hebben, moet men er zeker van zijn dat ze oog heeft voor de meest relevante vragen: wordt het juiste probleem behandeld, is dit inderdaad waar het schoentje wringt? Daarom is het nuttig, en zelfs onontbeerlijk, om stakeholders te raadplegen. Alleen zo kunnen de behandelde problemen goed worden ingeschat, komen dieperliggende motivaties en eventuele weerstand aan de oppervlakte, en kunnen de financiële gevolgen worden bepaald. Door de onderwerpen op een transparante en participatieve manier te benaderen, in open overleg met de actoren op het terrein, zullen de resultaten ook beter onderbouwd zijn. Een recent voorbeeld dat door Christian Léonard werd geciteerd, betreft het opsporen van borstkanker: *“Door een Delphi-type van overleg konden we bepalen welke vragen prioritair waren en konden we de vragen elimineren waarover iedereen allang een akkoord had bereikt.”*

3. Maak de onderzoeksopbouw en de methoden aanvaardbaar

De onderzoeksmethoden die het KCE gebruikt, werden meermaals gevalideerd en worden beheerst door de KCE-experts. Maar zijn alle stakeholders die worden opgeroepen voor overleg over een project wel even goed geïnformeerd en zijn ze akkoord met de manier waarop de studie zal plaatsgrijpen? Vooraleer een studie aan te vatten, wordt dit punt best opgehelderd om niet het risico te lopen dat stakeholders de resultaten opnieuw in vraag stellen na

afloop van heel het proces. Een voorbeeld: is er een akkoord over de steekproeftrekking voor een gepland onderzoek en de formulering van de vragen die zullen worden gesteld, of ook nog, kan men zich vinden in de keuze van de databanken die zullen worden geanalyseerd?

Het is ook essentieel om goed na te gaan of alle relevante stakeholders, of ze nu rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn, in deze fase worden geconsulteerd. De identificatie van de stakeholders moet ook aan een nauwkeurige methodologie beantwoorden. Het KCE beschikt al over een degelijke databank van stakeholders, maar dit is een informatiebron die nog dagelijks wordt uitgebreid en verbeterd.

4. Kom tot duidelijke resultaten en realistische antwoorden

De essentiële opdracht van de Raad van Bestuur van het KCE is te zorgen voor de aansluiting van de studieconclusies op de realiteit en voor de aanvaardbaarheid op het terrein. Maar dat blijkt in de praktijk niet te volstaan. Door de stakeholders van begin tot einde bij de studies te betrekken, kan rekening worden gehouden met de verschillende standpunten. Door de stakeholders te raadplegen, kan men er ook over waken dat de aanbevelingen realistisch zijn wat betreft haalbaarheid. Zo hebben de huisartsen bijvoorbeeld zelf meegewerkt aan het opstellen van aanbevelingen met betrekking tot de preventie en de verzorging van burn-out bij huisartsen.

De visie van Alain Deccache, professor volksgezondheid van de eenheid UCL-RESO en validator van het KCE-rapport over stakeholder involvement

Welke opmerkingen had u op de KCE-studie over stakeholder involvement?

“ Het KCE bekommert zich steeds meer om de maatschappelijke relevantie en toepasbaarheid van zijn rapporten en aanbevelingen, en dat kan ik alleen maar toejuichen. Het is een teken dat de democratie verder vooruitgang boekt in de gezondheidszorg. Het is tevens een bekommernis om de genomen of nog te nemen maatregelen in de gezondheidszorg coherenter te maken en te laten beantwoorden aan de verwachtingen van de burgers-belastingbetalers. Men moet echter wel tot het uiterste gaan. Want als de burgers enkel betrokken worden om de doeltreffendheid van de aanbevelingen van het KCE te verhogen, bekijkt men de zaken als een expert en schiet men zijn doel voorbij. Wat veel belangrijker is, is een ethische visie, een morele verplichting die zegt dat de stakeholders – en vooral dan de burgers – het recht hebben om aan deze beslissingen deel te nemen.

Waarom maakt u een onderscheid tussen deze twee benaderingen; zijn ze dan niet complementair?

“ Neen, want deze twee visies zijn wezenlijk verschillend in hun aanpak. Als het zoeken naar doeltreffendheid primeert, zal de metho-



dologische vraag zijn 'of de studie adequaat werd uitgevoerd om antwoorden te zoeken op de problemen van de stakeholders'. In de tweede benadering is de mening van de burgers nodig om zelfs de studieonderwerpen te selecteren. Met andere woorden, de betrokkenheid van stakeholders breidt zich zelfs uit tot de keuze van studieonderwerpen in plaats van de pertinentie van studieonderwerpen

te ondersteunen. Dit kan zelfs zover gaan dat sommige onderwerpen aangebracht door beleidsmakers maatschappelijk 'gedeclasséerd' worden tot 'niet-pertinent' als ze niet beantwoorden aan de vragen die de bevolking heeft over dat onderwerp.

Vormen de participatiemodellen van de buurlanden een bron van inspiratie voor u?

“ De manier waarop NICE in Engeland burgers consulteert, is erg interessant. NICE heeft een permanent burgerpanel opgericht dat niet alleen wordt geconsulteerd over lopende studies, maar dat ook nieuwe onderwerpen voor studies vastlegt of de studies heroriënteert. Ze kunnen bijvoorbeeld beslissen dat men bijkomende aspecten moet onderzoeken.

In ons land zijn de patiënten niet echt vertegenwoordigd in het gezondheidszorgbeleid. In beleidsonderhandelingen beweren de zorgverleners, de administratie en de mutualiteiten wel dat ze de belangen van patiënten verdedigen... maar dat gebeurt dan wel in hun afwezigheid. Hun enige legitieme vertegenwoordigers zijn de patiëntenverenigingen, maar tot nu toe werden zij niet uitgenodigd. In Nederland

worden de patiëntenverenigingen gefinancierd door de overheid en zij vormen de zogenaamde 'vierde macht'. Ze zijn dan ook aanwezig bij alle onderhandelingen. Hier moeten we een voorbeeld aan nemen.

U deed ook een suggestie rond belangenconflicten?

“Belangenconflicten vormen een groot probleem. Het gaat er niet alleen om de stakeholders te identificeren en uit te zoeken wie al dan niet verborgen belangen heeft. Voor elk onderzoeksproject moeten systematisch alle potentiële belangen van elke stakeholder in kaart worden gebracht. Want tussen de industrie, het beleid, het gezondheidszorgsysteem en de patiënten-burgers is er steeds de prangende vraag: wie profiteert van welke maatregel?

Vandaar mijn suggestie om een 'charter van stakeholders' op te stellen. Dit charter zou een soort morele gids moeten zijn voor het KCE, en zou later ook als voorbeeld kunnen dienen voor anderen.



5. Vind doeltreffende communicatiekanalen en spreekbuizen

De verspreiding van de resultaten vormt de laatste fase van elke KCE-studie, maar ze is daarom niet minder belangrijk. Want wat is zelfs de beste studie waard, als ze in een lade blijft liggen? Door vanaf het begin een open en transparant partnership op te bouwen met de stakeholders, vergroot de kans dat zij zich in het definitieve werk zullen vinden en het op het terrein zullen promoten. Deze uitdaging ligt soms letterlijk in de keuze van de gebruikte bewoordingen, zoals bij het eerder vermelde voorbeeld van de aanbevelingen voor de goede praktijk bij een normale bevalling. Hier werden vroedvrouwen aangespoord om mee te werken aan het opstellen van een publicatie bestemd voor 'het grote publiek'. Deze publicatie moest toegankelijk zijn voor alle zwangere vrouwen, ongeacht hun opleiding.

MUTUAL LEARNING

Deze vijf operationele doelstellingen geven ook de fundamentele waarden weer die aan de basis liggen van het KCE zelf, met name respect, transparantie, objectiviteit, bescheidenheid en nieuwsgierigheid.

De meest elementaire vorm van respect is toch de personen en organisaties, die als eerste zullen getroffen worden door de aanbevelingen en de resultaten van een onderzoek, vanaf het begin te betrekken bij dit onderzoek. Of het nu gaat om professionele deskundigen, zorgverstrekkers of patiënten-ervaringsdeskundigen, hun kennis kan altijd op een nuttige manier die van de KCE-experten aanvullen. Het respecteren van de meningen van stakeholders

betekent echter niet dat die noodzakelijkerwijs even zwaar doorwegen als bewijsmateriaal uit de internationale wetenschappelijke literatuur. Het gaat hier om een onschendbare spelregel die zeer uitdrukkelijk vanaf het begin aan alle deelnemers moet worden uiteengezet en met hen besproken.

De stakeholders hebben per definitie belangen in het onderwerp waarover ze door het KCE worden geconsulteerd. Bestaat dan niet het risico dat ze de conclusies van een rapport zullen afzwakken of er een andere wending aan zullen geven? Niet als de vragen waarover ze worden geconsulteerd beperkt blijven tot de vijf doelstellingen die hierboven werden uiteengezet en als transparantie en objectiviteit de kernwaarden blijven tijdens het overleg. Dit betekent concreet dat naar de verschillende meningen wordt geluisterd, er rekening mee wordt gehouden en ze in het uiteindelijke rapport worden weergegeven zonder filtering of subjectieve interpretatie. In voorkomend geval worden de twistpunten aan een grondig heronderzoek onderworpen. Maar de stakeholders moeten ook begrijpen dat het de taak is van de experts van het KCE om afstand te nemen van deze stakeholderstandpunten, ze te toetsen aan bestaande bewijzen en in alle objectiviteit conclusies te trekken.

Nast de stakeholders blijft het KCE verder externe deskundigen raadplegen voor de zuiver wetenschappelijke vragen die verband houden met de studies. Deze deskundigen zijn vaak de facto ook stakeholders. Het probleem van belangenconflicten doemt dan ook, en dit op een totaal andere manier dan in het overleg met stakeholders die als dusdanig worden ondervraagd. In dit opzicht blijft het KCE zelf

volledige onpartijdigheid nastreven, zoals nogmaals wordt benadrukt door Raf Mertens: *“Wij weten zeer goed dat de deskundigen die op hun terrein beschikken over de meeste expertise, ook diegenen zijn die worden benaderd door de industrie om als pionier te fungeren bij het gebruik van innovaties. Het is dus duidelijk dat belangenconflicten niet kunnen worden vermeden; ze zijn altijd en overal aanwezig. Eerder dan te proberen om ze te vermijden, hebben we er daarom voor gekozen om ze in alle transparantie weer te geven in het colofon van elk rapport. De spelregels zijn duidelijk voor iedereen: wij verwachten van de externe deskundigen dat zij hun rol als deskundige blijven vervullen en dat hun beweringen worden gestaafd door gepubliceerde gegevens.”*

Tot slot behoren ook bescheidenheid en nieuwsgierigheid tot de waarden van het KCE. Twee kwaliteiten die onontbeerlijk zijn voor elke onderzoeker. Het KCE pretendeert immers niet dat het de waarheid in pacht heeft voor alle vragen die worden gesteld. Het is in een geest van openheid en 'transdisciplinariteit' dat de KCE-experts de uiteenlopende visies meenemen in hun analyses. Hierdoor zullen zij trouwens op een meer genuanceerde manier de problemen begrijpen waarmee hun gesprekspartners worden geconfronteerd.

CO-CONSTRUCTIE

De mate van betrokkenheid bij de stakeholders kan erg variëren al naargelang de onderwerpen die worden bestudeerd. Er is een belangrijke gradatie tussen het louter informeren van de stakeholder, luisteren naar zijn mening, discussiëren met de verschillende stakeholders afzonderlijk, zich engageren

in een gemeenschappelijk overleg met alle stakeholders, en co-constructie van het project in een echt partnership.

Co-constructie, de meest doorgedreven vorm van betrokkenheid, kan worden geïllustreerd door de studie van het KCE over de preventie en behandeling van burn-out bij huisartsen (rapport 165, 2011). Het gebruikelijke systematische onderzoek van de wetenschappelijke literatuur en van voorbeelden uit het buitenland werd versterkt door een kwalitatief onderzoek via rechtstreekse gesprekken met 40 Belgische huisartsen die een burn-out hadden of hadden doorgemaakt. Vervolgens werden de aanvaardbaarheid en prioriteit van mogelijke actiepunten afgetoetst via een Delphi-studie met een panel van huisartsen. Op basis hiervan werden fiches met aanbevelingen uitgewerkt door het onderzoeksteam. Deze werden tot slot nogmaals voorgelegd aan een groep van deskundigen en stakeholders tijdens een workshop. Op basis van deze verschillende specifieke inbrengen, in diverse fasen van deze complexe studie, werd een lijst met definitieve aanbevelingen geformuleerd.

Deze benadering van co-constructie is vooral nuttig wanneer er over een studieonderwerp weinig bewijsmateriaal te vinden is in de literatuur en op het veld. Het zijn vaak ook gebieden die samenhangen met belangrijke maatschappelijke keuzes. *“Bijvoorbeeld”,* verduidelijkt Raf Mertens, *“concluderen dat men psychiatrische patiënten uit de instellingen moet halen, is typisch een maatschappelijke keuze, eerder dan een aanbeveling die gebaseerd is op bewijzen volgens evidence-*

based medicine. Het is niet aan het KCE om dat type keuzes te maken. Het zijn de stakeholders - die de samenleving vertegenwoordigen - die deze keuzes moeten dragen. Dat weerhoudt het KCE er echter niet van om zijn wetenschappelijke methodologie ten dienste van het debat te stellen. Op die manier ondersteunen we een hele reeks maatschappelijke keuzes op het vlak van zorgorganisatie (prioriteit van de eerstelijnszorg, zorgcontinuïteit, organisatie van de zorg rond de patiënt,...). Maar in essentie kunnen deze keuzes niet worden gemaakt zonder de betrokkenheid van de stakeholders. Het is echter aan ons om onze methodes beter te ontwikkelen en de sociologische realiteit in al zijn rijkdom en complexiteit te vatten. En volgende vraag is hoe we deze methodes kunnen gebruiken. Daarover bestaan wel wetenschappelijke gegevens. Men weet bijvoorbeeld dat de ene benadering beter werkt dan de andere in bepaalde omstandigheden. Voor deze fase kan het KCE zijn meer 'klassieke' wetenschappelijke methodes aanspreken.”

BURGERS EN PATIËNTEN

Patiënten zijn bijzondere stakeholders omdat zij de 'uiteindelijke' bestemmingen zijn van de gezondheidszorg en omdat ze op een heel heterogene manier vertegenwoordigd zijn. Ze zijn dus een belangrijke stakeholder in elke KCE-studie maar het is niet altijd gemakkelijk om te bepalen wie men moet betrekken opdat de 'representatieve patiënt' zijn stem zou kunnen laten horen. Er moet een eerste fundamenteel onderscheid worden gemaakt tussen patiënten in de beperkte zin van het woord, en de burger-patiënten. Deze laatste zijn mogelijke zorgconsumenten die geen specifieke belangen hebben,

maar die wel aandacht hebben voor het gebruik van de gemeenschappelijke financiële middelen die het gezondheidszorgsysteem rechthouden. Uiteindelijk zijn deze middelen afkomstig van hun sociale bijdragen en hun belastingen. Daarom kunnen patiënten en burgers soms diametraal tegengestelde belangen hebben.

De patiënten zelf kunnen tussenkomen als individu of via patiëntenverenigingen. Sommige van deze verenigingen zijn erg professioneel, andere veel minder. Omdat patiëntenverenigingen vaak bestaan uit individuen die persoonlijk geconfronteerd worden met een gezondheidsprobleem, zijn de door hen gekoesterde verwachtingen vaak in verhouding met het door hen doorgemaakt leed. Daarom kan er niet altijd aan hun verwachtingen tegemoet worden gekomen. Bovendien worden ze soms ook 'geïnstrumentaliseerd' door andere groepen met belangen die aan hen voorbijgaan.

Het raadplegen van patiënten over vragen in de volksgezondheid en de zorgorganisatie is bij ons een vrij nieuw idee in vergelijking met wat er in de buurlanden gebeurt. *"De consultatieprocedures van Engelse, Franse en Duitse burgers, zelfs al verschillen die onderling zeer sterk, zijn voor ons bronnen van inspiratie. Vanzelfsprekend zullen we in ons land nooit over de middelen kunnen beschikken om vergelijkbare complexe overlegprocessen te organiseren. We zijn er ons echter wel van bewust dat we als KCE in de toekomst veel verder zullen moeten gaan dan tot nu toe het geval was"*, erkent Raf Mertens. Zonder te vergeten dat dit bijkomende middelen en tijd zal vergen. En de beschikbare tijd is nu al erg be-



Interview met Laurette Onkelinx, federaal minister van Sociale zaken en Volksgezondheid

De duidelijke wens van het KCE om in de komende jaren de stakeholders meer te betrekken wordt met veel belangstelling onthaald door Laurette Onkelinx, federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid:

“Zoals zo vaak bij het KCE, is ook deze aanpak een verdere stap naar uitmuntendheid. Deze instelling durft een van haar zwakke punten in vraag te stellen, en dat bewonder ik. Uit een officiële evaluatie die het KCE zelf had laten uitvoeren, bleek dat er op het vlak van deelname door stakeholders ruimte was voor verbetering. Naar gewoonte hebben de experts van de instelling hierover op een diepgaande, ernstige en zeer logische manier nagedacht. Zoals ze zelf zeggen: om het ideaal te bereiken, moet men eerst via de realiteit gaan.

De KCE-experts willen de actoren van het terrein ontmoeten, met hen de methodologie bespreken en de etappes van het onderzoeksproces overlopen. Het vergroten van de betrokkenheid van de actoren van het terrein, op beleidsmatig of op wetenschappelijk niveau, is lovenswaardig en veelbelovend. Op die manier zal het KCE ook zijn doeltreffendheid verhogen, op het vlak van de kwaliteit van zijn resultaten, en op het vlak van de opvolging en de impact van zijn studies.»

Voor Laurette Onkelinx vormen de studies van het KCE een zeer interessante bron van inspiratie:

“Neem nu bijvoorbeeld de wachtdiensten van de huisartsen, een thema dat grondig zal worden bekeken tijdens deze legislatuur. Het is een zeer actueel onderwerp: in sommige regio's wordt letterlijk om hulp geroepen... Het KCE heeft onlangs een studie over dit onderwerp uitgevoerd. Er werden al pilootprojecten opgestart, en uiteraard zal dit werk ons helpen om verdere oplossingen te zoeken. Door met het KCE samen te werken kunnen we ons beter op de toekomst voorbereiden. Een ander voorbeeld hiervan is de evaluatie van het no fault-systeem voor schadevergoeding bij medische fouten.

Zoals ik al zei, beschikken we hier over een uitmuntende instelling die een zeer concrete invloed uitoefent op ons beleid, zowel op federaal als op regionaal niveau. Daarbij is een van de bijzondere kenmerken van het KCE dat het de communautaire muur doorbreekt: het wordt ontegensprekelijk gewaardeerd aan beide kanten van de taalgrens. Dat is op zich zeldzaam, en het toont aan dat het, ondanks zijn korte bestaan, respect afdwingt.

Voor de betrokkenheid van burgers en patiënten bij de activiteiten van het KCE trekt de aandacht van de minister:

“Hier zien we zeer duidelijk de evolutie van de manier waarop het gezondheidszorgbeleid moet worden gevoerd. Tijdens de voorgaande legislatuur werkten we, tot mijn groot genoegen, veel samen met patiëntenverenigingen. Tot dan beschouwde men de mutualiteiten zo'n beetje als de vakbonden van de patiënten. Maar mutualiteiten zijn eigenlijk allrounders. De samenwerking met patiëntenverenigingen over specifieke thema's, zoals het kankerplan of het statuut van chronisch zieken, is een nieuwe vorm van dialoog en daar kan ik me alleen maar over verheugen. Het is dus een positieve evolutie dat het KCE niet alleen samenwerkt met instellingen,



maar ook met de andere deskundigen van het terrein, nl. de patiënten en hun verenigingen.»

De recente regeerakkoorden voorzien een 'Interfederaal instituut voor de toekomst van de gezondheidszorg'. Het moet een gemeenschappelijk antwoord bieden op de grote uitdagingen in de gezondheidszorg. Laurette Onkelinx heeft een zeer duidelijke mening over de rol van het KCE in deze nieuwe instelling:

“ Het is algemeen geweten dat ons Belgisch gezondheidszorgsysteem erg toegankelijk en van een zeer hoge kwaliteit is. Ons tevredenheidspercentage is het hoogste van de hele Europese Unie. Het systeem werkt weliswaar zeer goed, maar staat onder grote druk, omdat we te maken hebben met steeds acutere financieringsproblemen, Ze worden veroorzaakt door de vergrijzing van de bevolking en het groeiende aantal dure technologieën. Wij moeten dus onze 'performantie' evalueren en bewijzen dat onze keuzes en investeringen gerechtvaardigd zijn. We zullen hierin zelfs een voortrekkersrol spelen: tijdens het Belgische voorzitterschap was er veel interesse van de andere Europese landen voor ons werk.

Het 'Interfederaal instituut voor de toekomst van de gezondheidszorg' zal ongetwijfeld de ideale plaats zijn om dit werk verder te zetten.

Het is absoluut niet de bedoeling om een nutteloze bijkomende instelling op te richten, maar wel een instelling die valideert wat reeds bestaat. Dit Instituut moet daarbij over een wetenschappelijke denktank kunnen beschikken. Het KCE en de Hoge Gezondheidsraad zullen deze rol op zich nemen. Uiteraard zal hun werk complementair zijn met dat van andere instellingen, zoals de Studiecommissie voor de Vergrijzing (hoewel die zich niet alleen bezighoudt met gezondheidszorg, maar ook met pensioenen, overheidstekorten, enz.).

Het Instituut zal niet instaan voor het dagelijks gezondheidszorgbeleid: zijn opdracht is het maken van projecties zodat we ons kunnen voorbereiden op de uitdagingen van de toekomst, d.m.v. een coherente aanpak samen met alle institutionele en wetenschappelijke partners binnen de gezondheidszorg.

De nieuwe regeerakkoorden voorzien ook een vertegenwoordiging van de gemeenschappen en gewesten in de Raad van Bestuur van het KCE. Laurette Onkelinx ziet hierin een opportuniteit:

“ Dit is een andere toekomstige uitdaging. In het kader van de overdracht van bevoegdheden naar de gemeenschappen en de gewesten hebben we er alle belang bij om vanuit eenzelfde filosofie te handelen in

plaats vanuit verdeeldheid. We hebben dus vooral instellingen nodig die de institutionele tegenstellingen kunnen overbruggen.

Daarnaast hebben we ook coördinatie van wetenschappelijk onderzoek nodig, tussen de federale overheid, de gemeenschappen en gewesten en alle partners binnen de gezondheidszorg (RIZIV, KCE, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Hoge Gezondheidsraad, FOD, universiteiten...). Waarom niet een soort «korf» samenstellen met mogelijke studieonderwerpen, die van algemeen belang zijn? In functie van de eigen prioriteiten kan dan iedereen studieonderwerpen selecteren. Dit zorgt voor een betere samenhang en zou dubbel werk vermijden. Op die manier kunnen we ook terugvallen op een gemeenschappelijke referentie bij discussies tussen de partners.

Wat ik echt zou willen, is dat de splitsing van de bevoegdheden, die nu eenmaal een feit is in ons land, eerder een opportuniteit zou betekenen om meer met elkaar te praten en samen te werken.





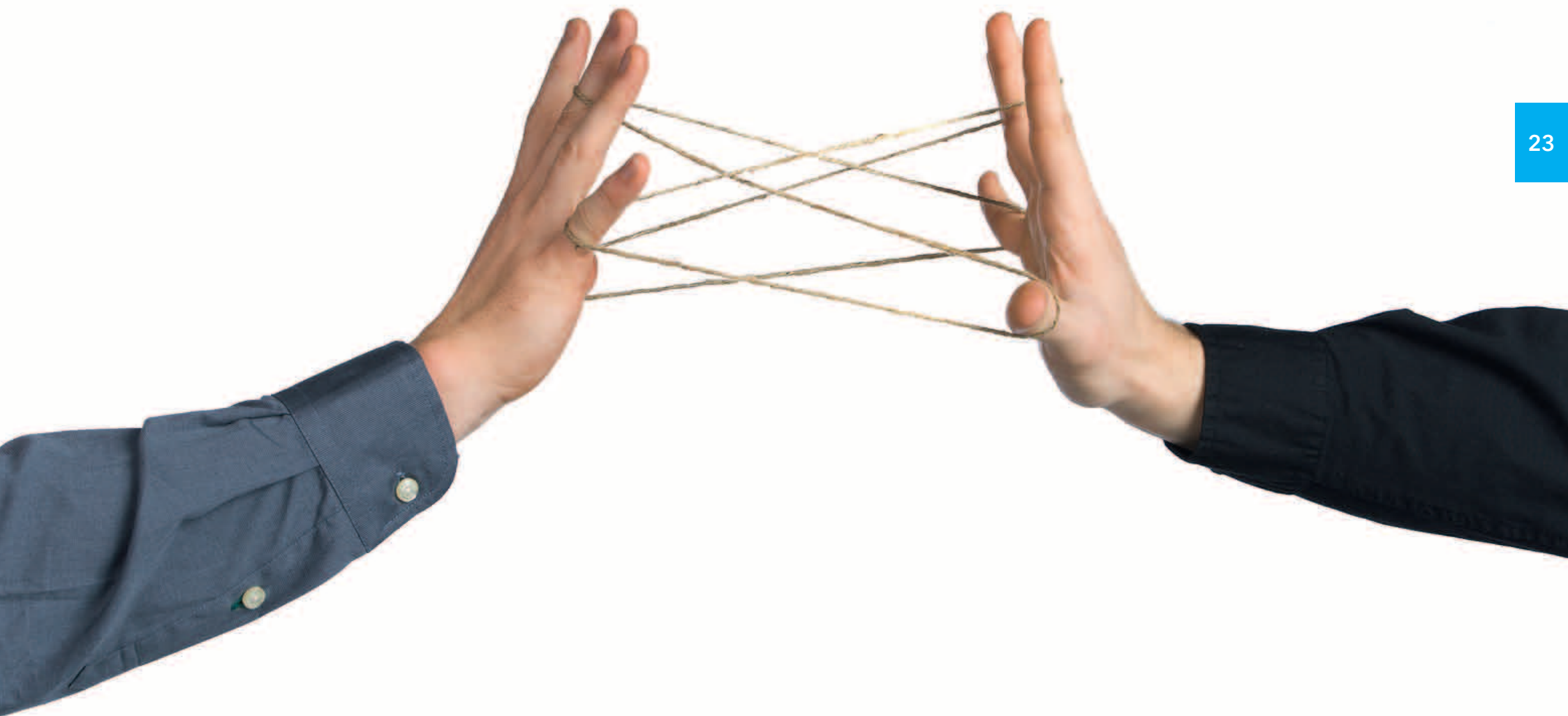
perkt. Toch heeft het KCE in het recente verleden al gepeild naar de verwachtingen en percepties van burgers, met name in de rapporten over alternatieve geneeswijzen (rapporten 148, 153 en 154, 2010 en 2011). Dat leidde tot een vrij genuanceerd beeld van de situatie. *“Nogmaals, wij hebben niet aan de burgers gevraagd of men homeopathie zou moeten terugbetalen”*, benadrukt Christian Léonard. *“Dat is een beslissing die niet door ons moet worden genomen. Maar in onze aanbevelingen werd toch rekening gehouden met de mate van tevredenheid van de patiënten. Zij verklaarden dat ze in alternatieve praktijken vaak een luisterend oor vonden voor hun klachten.*

Door de aandacht en de verzorging voelden ze zich op een andere manier gerespecteerd en geacht. Wij hebben dus niet geschreven dat alle alternatieve therapieën moeten geweigerd worden. Aan de andere kant hebben we aangemaand tot voorzichtigheid wat betreft de opleiding van de praktijkbeoefenaars en hun wettelijke omkadering opdat de veiligheid van de patiënten niet in gevaar zou komen. Wat betreft de terugbetaling hebben we verklaard hiervan geen voorstander te zijn omdat er effectief geen bewijzen van doeltreffendheid zijn die beantwoorden aan onze wetenschappelijke criteria.”

“De wil om de stakeholders actiever te betrekken bij onze studies wijst op een evolutie in onze bedrijfs-cultuur. We willen onze maatschappelijke betrokkenheid versterken”, besluiten de twee directeurs. “Het is voor ons een manier om meer aansluiting te vinden bij de dagelijkse realiteit, om niet opgesloten te raken in een ivoren toren, wat men ons in het begin van ons bestaan had kunnen verwijten.”

Het is een evolutie die waarschijnlijk nog zal worden versterkt wanneer KCE zal betrokken worden bij het nog op te richten Instituut voor de toekomst van de gezondheidszorg. Dit Instituut zal gezamenlijk antwoorden zoeken op de grote toekomstige uitdagingen in de gezondheidszorg (zie interviews met de ministers van Volksgezondheid, p 20-21 en p 26-27).





'Stakeholder involvement' bij de buren

IQWiG (DUITSLAND) ZET IN OP TRANSPARANTIE EN COMMUNICATIE

Het Duitse 'Institute for Quality and Efficiency in Health Care' (IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) heeft 'transparantie' hoog op zijn prioriteitenlijst staan. Transparantie betekent onder meer openstaan voor participatie van al wie zich betrokken voelt bij IQWiG-onderzoeksprojecten, van individuele patiënten, artsen en wetenschappers tot beroepsorganisaties en de industrie. Daarvoor heeft het Instituut een formeel schema uitgewerkt voor stakeholderconsultatie.

De kern van deze consultatie ligt in de vrijgave van twee intermediaire rapporten vooraleer het eindrapport wordt opgesteld. Het gaat met name om het onderzoeksplan aan het begin van een project en een preliminair rapport met de onderzoeksresultaten. Op beide ogenblikken krijgen stakeholders een maand de tijd om schriftelijk te reageren. Daarbij moeten de stakeholders niet alleen zichzelf kenbaar maken, ze moeten ook hun mogelijke belangenconflicten vermelden en ermee instemmen dat hun reactie gepubliceerd wordt op de website van het IQWiG. Indien er onduidelijkheden zijn, organiseert het Instituut een mondelinge hoorzitting met de stakeholder. Hoewel de hoorzitting achter gesloten deuren verloopt, worden de minutes ervan publiek gemaakt.

Het Instituut publiceert ook telkens een update van het projectplan of het preliminaire rapport waarin het aangeeft op welke manier het heeft rekening gehouden met de stakeholdercommentaren. Vanzelfsprekend heeft een dergelijk geformaliseerd stakeholderoverleg wel een prijs, in mankracht en tijd. IQWiG is echter bereid om die prijs te betalen omdat door dit overleg de kwaliteit van de aanbevelingen verbetert en het draagvlak vergroot.

DE HAS - HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (FRANKRIJK) : EEN GEVALIDEERDE VERTEGENWOORDIGING VAN PATIËNTEN EN GEBRUIKERS

De Haute Autorité de Santé française (HAS) wil ook patiënten en gebruikers betrekken bij haar adviezen en aanbevelingen. Vooral patiëntenverenigingen worden hiervoor gevraagd. Ze zijn bij voorkeur officieel erkend, volgens een procedure die rekening houdt met hun representativiteit, hun transparantie, hun onafhankelijkheid en het respecteren van hun werkingsstatuten. De HAS beslist zelf welke patiënten- en gebruikersverenigingen zij uitnodigt om mee te werken aan studies.

De verenigingen kunnen op verschillende niveaus participeren. Ze kunnen zetelen in de verschillende commissies van de HAS, in een werkgroep over

Naast dit participatief proces legt het IQWiG ook bijzondere nadruk op informatie en communicatie. Het ziet zich als een 'wetenschappelijke bron' die toegankelijk moet zijn voor alle spelers in de gezondheidszorg, in het bijzonder patiënten én het algemene publiek. Daarom werd in 2006 de tweetalige website Informedhealthonline.org/Gesundheitsinformation.de opgezet die volledig gericht is op patiënten en (gezonde) consumenten.

een bepaald onderwerp, of hun mening geven over de aanstelling van externe deskundigen.

De deelnemende vertegenwoordigers van patiënten en gebruikers worden beschouwd als experts. Ze worden dus vergoed voor hun prestaties, zijn verplicht de confidentialiteit van de debatten te respecteren en moeten een verklaring van mogelijke belangenconflicten invullen vooraleer ze samenwerken met de HAS. Een Franse wet van 2009 verplicht de HAS om de donaties die door de gezondheidszorgindustrie aan de patiëntenverenigingen worden gegeven (en aan zorgverstrekkers in het algemeen) te publiceren. De aangegeven

bedragen kunnen worden geraadpleegd per bedrijf, per industriële groep, per vereniging en per federatie. In 2012 zal deze wet worden uitgebreid tot alle contracten die bestaan tussen stakeholders en de industrie.

Sinds kort publiceert de HAS eveneens 'informatiebrochures' voor patiënten met een langdurige

ziekte. Deze brochures worden samen met de betrokken patiëntenverenigingen opgesteld volgens een strikt kader en methodologie. Tegelijkertijd wordt ook een brochure voor de huisarts van deze patiënten gepubliceerd.

NICE (VERENIGD KONINKRIJK) HEEFT OOG VOOR STAKEHOLDERS ÉN BURGERS

Het Britse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zou NICE niet zijn als het ook op het vlak van 'stakeholder involvement' geen voortrekkersrol zou spelen. Het Instituut wordt immers internationaal erkend voor de manier waarop het zijn aanbevelingen en richtlijnen ontwikkelt. Zelf noemt NICE het "een rigoureuus proces gebaseerd op de best beschikbare evidentie, met inclusie van de visies van experts, patiënten, zorgverstrekkers en de industrie".

Net als het Duitse IQWiG ontwikkelde NICE een open en transparant systeem waarbij stakeholders commentaar en reactie kunnen geven op lopende projecten. Bovendien zetelen in de NICE-comités en NICE -werkgroepen naast experts van de National Health Service (NHS) ook vertegenwoordigers van patiënten- en beroepsorganisaties, van

de academische wereld en van de farmaceutische en medische apparatenindustrie. De NICE-website moedigt dan ook patiënten en hun vertegenwoordigers aan om actief te participeren in zijn werkprogramma. Uniek in Europa is de vorm van burgerconsultaties (Citizens Council) die NICE organiseert. Volgens het Instituut vereisen moeilijke beleidsbeslissingen immers een beoordeling op basis van wetenschappelijke argumenten (wetenschappelijke waardeoordeel) én op basis van wat goed is voor de samenleving (sociaal waardeoordeel). Voor dat laatste schakelt NICE regelmatig een panel van 30 'gewone' burgers in.

Hun ideeën, hun oordeel, hun perspectief vormen voor NICE de opinie van hen die echt het gezondheidssysteem betalen: het publiek. Het panel komt twee keer per jaar samen en produceerde

reeds 13 rapporten. Over een diversiteit aan onderwerpen, van ongelijkheid in de gezondheidszorg tot de veiligheid van de patiënt. Netelige kwestie worden daarbij niet uit de weg gegaan zoals 'moeten we een behandeling voorrang geven als die het leven van een kind met een jaar kan verlengen tegenover een even dure behandeling die eenzelfde effect heeft op zijn ouders of grootouders?'

De 30 burgers hebben in het verleden meermaals bewezen dat ze als vertegenwoordigers van 'het grote publiek' werkelijk in staat zijn om mee te be-raadslagen over heikele kwesties in de besluitvorming rond gezondheidszorg.



Het KCE en de gewesten en gemeenschappen

In het nieuwe regeerakkoord staat dat de gewesten en gemeenschappen ook een zitje in de Raad van Bestuur van het KCE zullen krijgen. Hoe zien de regionale ministers deze nieuwe bevoegdheid? Wij stelden de vraag aan Eliane Tillieux, Waals minister van Gezondheid, Sociale Actie en Gelijke Kansen, en aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Eliane Tillieux, Waals minister van Gezondheid, Sociale Actie en Gelijke Kansen

“ We vinden dit uiteraard zeer positief. Vordien waren we niet vertegenwoordigd bij het KCE. Daardoor gebeurde het soms dat de realiteit van het terrein onvoldoende was meegenomen in de studies. Die realiteit verschilt van regio tot regio. Deze nieuwe opening laat ons toe om de toekomstige studies beter te laten inspelen op de vragen en verwachtingen rond gezondheidszorg zoals ze in Wallonië leven.

Ik geef uit de grote KCE-thema's twee heel verschillende voorbeelden. Bij de studies over de programmering van de PET-scanners en over magnetische resonantie konden wij onze mening niet geven, terwijl we toch valabele argumenten hadden. Het is dus interessant dat wij voortaan aan dit soort debatten kunnen deelnemen. De technologieën worden steeds gesofisticeerder en duurder, en de politieke besluitvorming hierom zal steeds moeilijker verlopen. Het aantal mensen dat belang heeft bij sommige van die technologieën overstijgt zelfs het aantal inwoners van Wallonië. Ik denk bijvoorbeeld aan hadrontherapie.

Daarom is het ook belangrijk dat we de organen waar we overleg kunnen plegen, waar een dialoog mogelijk is, moeten behouden. Een voorbeeld hiervan is de interministeriële conferentie volksgezondheid.

Het KCE voert ook studies uit over de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg. Een onderwerp dat me na aan het hart ligt, is de stijging van de levensduur. Het ouderenenbeleid behoort vandaag grotendeels tot de bevoegdheden van de regio's, al zijn er ook beleidsaspecten die onder het federaal gezondheidszorgbeleid vallen.

Zo publiceerde het KCE onlangs een raming van het aantal rusthuisbedden dat de volgende 15 jaar in ons land zal nodig zijn. Wij willen graag het gebruik van residentiële opvang, waarbij alle zorg is inbegrepen, ombuigen naar een beleid dat mensen aanmoedigt om in hun leefomgeving te blijven. Daarnaast willen we ook zorgen voor alternatieve opvang.

In dat kader moeten we de toekomstige behoeften kennen, en dat vergt onderzoek. Het volstaat daarbij niet om middelen vrij te maken om

het aantal uren thuiszorg te verhogen, als er geen aanmoedigingsbeleid wordt gevoerd tot het volgen van een zorgopleiding. Het KCE kan ons een wetenschappelijk antwoord bieden op de vraag 'welk gekwalificeerd personeel zullen wij morgen nodig hebben?', los van de specifieke behoeften voor Wallonië, die door het 'Observatoire wallon de la santé' zullen worden bestudeerd.

Kortom, wij hebben er alle belang bij om plaatsen van dialoog te creëren en om punten van overeenkomst tussen de regionale entiteiten te vinden. Wij zullen samen de nodige middelen voorzien om bepaalde studies op federaal niveau uit te laten voeren over onderwerpen die iedereen aanbelangen. Als de belangen uiteenlopen, zal elke regio zijn verantwoordelijkheid nemen en zorgen voor financiering. Ik kijk alleszins uit naar dit nieuwe overlegplatform.»





Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

“Hoewel het KCE een federaal onderzoekscentrum is, is het voor mij zeker geen onbekende. Integendeel. Het relatief jonge centrum heeft zijn sporen al verdiend. Het heeft een stevige reputatie opgebouwd door zeer relevant studiewerk op een degelijke manier uit te voeren. Niet alleen voor bevoegdheden die behoren tot het federale gezondheidszorgbeleid, maar ook voor topics waarvoor de regio's bevoegd zijn. Ik denk onder meer aan het recente rapport over de toekomstige behoefte in de residentiële ouderenzorg (rapport 167, 2011). De resultaten van die studie vulden onze eigen berekeningen goed aan. Ook het rapport over transnationale patiëntenzorg (rapport 169, 2011) heb ik met veel belangstelling gelezen. De conclusies sluiten aan bij wat ik zelf al aanvoelde, namelijk dat het zorgbeleid voor buitenlandse patiënten nog verre van helder is. Kortom, voor mij zijn de KCE-rapporten een belangrijke informatiebron.

Maar er is meer. Soms hebben KCE-studies het Vlaams beleid ook echt mee vormgegeven. Ik denk bijvoorbeeld aan de talrijke rapporten over vaccinaties, maar ook over preventieve kankerscreening. In het rapport over darmkankerscreening (rapport 45, 2006) suggereerde het KCE om eerst een proefproject uit te voeren. In Vlaanderen hebben we dat advies gevolgd. Ondertussen is het proefproject succesvol afgerond

en hebben we beslist om vanaf 2014 een groot-schalige darmkankerscreening te organiseren voor heel de bevolking tussen 50 en 74 jaar.

Als ik terugkom op de suggestie dat Vlaanderen een zitje zal krijgen in de Raad van Bestuur van het Kenniscentrum, dan kader ik dat vooral in de bredere context van het op te richten 'Instituut voor de toekomst van de gezondheidszorg'. Binnen dit orgaan zal overleg wordt georganiseerd tussen de verschillende beleidsniveaus bevoegd voor volksgezondheid. De bedoeling is om gezamenlijke antwoorden te zoeken, ieder vanuit zijn eigen bevoegdheid, op de uitdagingen waarmee de gezondheidszorg in de toekomst zal worden geconfronteerd. Ik zie dit als een heel belangrijke passage in het federale regeerakkoord. Het zal ervoor zorgen dat het Belgische gezondheidsbeleid transparanter en gecoördineerder verloopt. Bovendien zullen belangrijke maatschappelijke keuzes in de diverse parlementen meer aandacht krijgen.

Ik ga ervan uit dat het Kenniscentrum wezenlijk zal bijdragen aan dit 'Instituut voor de toekomst van de gezondheidszorg' door het debat over maatschappelijke keuzes te documenteren en te onderbouwen met wetenschappelijke argumenten. In tweede instantie verwacht ik dat het nieuwe Instituut ook wil nagaan wat de impact is van duurzame investeringen in gezondheids-promotie en ziektepreventie. Niet alleen op de volksgezondheid en de kwaliteit van het leven, maar ook op het globale budget van de ziekte-verzekering. Dat zal geen gemakkelijke oefening zijn en daar zal het KCE een hele kluit aan hebben, maar ik verwacht dat een Kenniscentrum

met een dergelijke reputatie die uitdaging wel aankan.

Het betrekken van stakeholders, en in het bijzonder van patiënten, in meerdere fasen van de uitvoering van studies, kan ik toejuichen. Op Vlaams niveau proberen we oog te hebben voor de noden en verwachtingen van de patiënt-cliënt. Die verbinding tussen patiënt en cliënt vinden wij belangrijk vanwege de sterke koppeling tussen het luik gezondheid en welzijn. In de aanloop tot nieuw of gewijzigd beleid consulteren wij regelmatig patiënten en hun organisaties. In het bijzonder het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) speelt daarin een belangrijke rol, een organisatie die we overigens ook structureel ondersteunen. Toch stellen we nog heel vaak vast dat de vertegenwoordiging van patiënten moet versterkt worden opdat ze hun taak als nieuwe partner in het gezondheidszorgbeleid zouden aankunnen. Onlangs hebben we nog geholpen bij de oprichting van een platform voor familieleden van psychiatrische patiënten. Alleen op die manier krijgen ze voldoende stem in discussies met andere stakeholders in de gezondheidszorg.

Kortom, op alle niveaus in de ontwikkeling van de zorg moet het perspectief van de patiënt het centrale uitgangspunt zijn. Als we bijvoorbeeld samen met de sector van de ziekenhuizen kwaliteits- en 'outcome'-parameters ontwikkelen, dan willen we ook meten wat de patiënten zelf belangrijk vinden. We houden bij die metingen dan ook rekening met de input van patiëntenverenigingen. Want eerlijk, het zou toch onzinnig zijn om niet te luisteren naar de mensen voor wie we het hele systeem van de gezondheidszorg uiteindelijk hebben opgezet: de patiënten.”



GOOD CLINICAL PRACTICE

› ...ondersteunen en kaderen van de medische praktijk

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

Sinds 2010 besteedt het KCE veel aandacht aan het opzetten van een kwaliteitssysteem voor kankerzorg. In 2011 werd dit werk voortgezet door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en het geven van feedback aan de zorgverleners. Een Belgische primeur was de methode om de zorgkwaliteit bij rectumkanker te analyseren en de betrokken zorgverleners feedback te geven over hun processen en resultaten. Deze primeur ontwikkelde het KCE samen met de PROCARE-werkgroep. De methode is ook bruikbaar voor andere soorten kankers. In november 2011 organiseerde het KCE een symposium over dit onderwerp.

Daarnaast werden rapporten gemaakt over 2 veel voorkomende kankers bij vrouwen: de richtlijn voor de behandeling van borstkanker, die het KCE in 2010 ontwikkelde, werd aangepast aan de nieuwste klinische evoluties. Daarnaast werden er richtlijnen geschreven voor de screening van vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker, en voor de behandeling van baarmoederhalskanker. Met rapporten over de aanpak van dementie en osteoporose kwamen ook typische ouderdomsaandoeningen aan bod. Verder gaf het KCE advies over een optimaal gebruik van de vaccins tegen seizoensgriep.

Hierna vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2011 beëindigde op vlak van Good Clinical Practice. Op de website van het KCE (www.kce.fgov.be) vindt u de volledige versie van deze rapporten.



OPSPORING VAN BORSTKANKER OP MAAT VAN JE RISICO

Alle vrouwen in België tussen 50 en 69 jaar worden 1 maal om de 2 jaar door de overheid uitgenodigd voor een borstonderzoek met mammografie. Het KCE oordeelde in 2010 (rapport 129) dat het niet opportuun was om deze georganiseerde borstkankerscreening uit te breiden naar vrouwen vanaf 40 jaar.

Bij vrouwen met een verhoogd risico kan een vervroegde screening wel een optie zijn. Vooral vrouwen bij wie borstkanker in de familie voorkomt, lopen een groter risico om zelf borstkanker te krijgen, evenals vrouwen die op jonge leeftijd een bestraling van het bovenlichaam kregen en vrouwen met een verhoogde borstdensiteit, dus met zeer veel klierweefsel en weinig vetweefsel. Bij hen moet het risico individueel worden bepaald. Vervolgens moet er met de arts worden overlegd welke screeningsmethode zal worden gebruikt en hoe vaak dit onderzoek zal moeten gebeuren.

ECHOGRAFIE TEVEEL GEBRUIKT VOOR ALGEMENE SCREENING

Veel vrouwen laten zich screenen buiten het officiële programma om. Vaak wordt daarbij systematisch een echografie uitgevoerd, die meestal geen meerwaarde biedt en zorgt voor onnodige extra onderzoeken en ongerustheid. Daarom beveelt het KCE het systematisch koppelen van een echografie aan een mammografie bij algemene borstkankerscreening niet aan.

SCREENING BUITEN HET OFFICIËLE PROGRAMMA WEL AANBEVOLEN BIJ VERHOOGD RISICO

Vrouwen met een sterk verhoogd risico op borstkanker worden best jaarlijks vanaf jonge leeftijd opgevolgd. Hierbij kan een mammografie, MRI of, in bepaalde gevallen, echografie worden gebruikt, of een combinatie van deze methodes. Daarbij moet de patiënt voldoende op de hoogte gebracht worden van de beperkingen, voor- en nadelen van het borstkankeronderzoek en de genetische testen.

MAMMOGRAFIE GEÏNTERPRETEERD DOOR 2 RADIOLOGEN EEN MUST

Elke opsporingsmammografie moet afzonderlijk 'gelezen' worden door 2 radiologen. Het verhoogt de kwaliteit van het onderzoek. Deze dubbele lezing wordt systematisch gedaan bij mammografieën in het officiële screeningsprogramma.



In 2012 zal het KCE nagaan of het zin heeft om de georganiseerde borstkankerscreening uit te breiden naar vrouwen ouder dan 69.

Jo Robays, arts expert:

“Dit is een moeilijk en gevoelig probleem, waarbij ook grote financiële belangen op het spel staan. Het is belangrijk te beseffen dat borstkankeronderzoek ook schade kan toebrengen. Elke beslissing hierover moet in samenspraak tussen de betrokken vrouw en de arts gebeuren. Daarbij moet rekening gehouden worden met haar voorkeur en situatie. Hoe deze communicatie tussen arts en patiënt kan verbeterd worden, is het onderwerp van een volgend onderzoek. Ongetwijfeld zijn de ervaring en klinische competentie hier zeer belangrijk. Deze kunnen niet vervangen worden door een of andere gestandaardiseerde verzameling van richtlijnen.”

BAARMOEDERHALSKANKER EN BORSTKANKER: NIEUWE OF AANGEPASTE WETENSCHAPPELIJKE RICHTLIJNEN

Baarmoederhalskanker: ook aandacht voor kinderwens en seksualiteit

In 2008 (meest recente cijfers) werden er in ons land 643 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker vastgesteld en in datzelfde jaar stierven er 186 vrouwen aan de aandoening. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 54 jaar, maar de diagnose wordt ook gemaakt bij een aanzienlijk aantal jongere vrouwen die nog een kinderwens hebben.

Bij de ontwikkeling van een nieuwe kankerrichtlijn voor de diagnose, behandeling en opvolging van baarmoederhalskanker werd rekening gehouden met deze groep van jonge vrouwen met een nog on vervulde kinderwens. De richtlijn werd ontwikkeld in samenwerking met het College voor Oncologie.

BEHOUDEN VAN VRUCHTBAARHEID BIJ VROEGTIJDIGE DIAGNOSE

De standaardbehandeling bij vroegtijdige diagnose is het volledig wegnemen van de baarmoeder, de zogenaamde hysterectomie. Bij vrouwen met kinderwens kan de ingreep minder uitgebreid gebeuren zodat een eventuele zwangerschap nog mogelijk blijft. Verder bevat de richtlijn aanbevelingen voor de behandeling van baarmoederhalskanker tijdens de zwangerschap en heeft men aandacht voor de impact van de behandeling op het seksuele leven van de patiënte.

Een meer gevorderd stadium van baarmoederhalskanker wordt behandeld met chemotherapie en bestraling. In geval van uitzaaiingen wordt geprobeerd om door chemotherapie het leven te verlengen en de klachten te verlichten.

VOLGENDE STAP: IMPLEMENTATIE, OPSTELLEN VAN KWALITEITSINDICATOREN EN GEVEN VAN FEEDBACK

Het College voor Oncologie zal instaan voor publicatie en verspreiding van de richtlijn. In een volgende fase zullen er, in samenwerking met de Stichting Kankerregister, kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden, om te evalueren in hoever de richtlijn wordt

opgevolgd en om feedback aan de zorgverleners te geven. Dit alles zou in een integraal kwaliteitssysteem moeten worden gegoten, zoals omschreven op p 33 van dit jaarverslag.

IMPACT

Het rapport werd in oktober 2011 door de onderzoekers voorgesteld op het congres van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG). Clinici meldden ook in de medische pers dat "de richtlijnen zeer goed zijn opgesteld, up-to-date zijn, en perfect stroken met de richtlijnen van de verschillende internationale instanties, zoals de WHO."



Joan Vlayen, arts expert:

“Deze richtlijn was een eerste echte samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Of we tijd gewonnen hebben door samen te werken, is moeilijk te zeggen, maar de validatie van elkaars werk heeft zeker geleid tot een hogere kwaliteit van het eindproduct.”

Update richtlijn borstkanker: behandeling minder zwaar bij hormoongevoelige borstkanker door meer nauwkeurige diagnose

In het voorjaar van 2011 had de 12e internationale conferentie over borstkanker in Zwitserland plaats. De bevindingen op deze conferentie maakten een aanpassing van de bestaande richtlijn (rapport 143, 2010) noodzakelijk. In de nieuwe versie actualiseert het KCE de classificatie van de patiënten op basis van hun tumorprofiel en de daarmee samengaan- de behandeling.

Bepaalde borstkankers zijn hormoongevoelig, wat betekent dat de tumor groeit door toedoen van de eigen hormonen van de vrouw. Vandaag herkennen de nieuwste diagnosetechnieken dit soort tumoren waardoor minder vrouwen zware behandelingen als chemo- of radiotherapie moeten volgen. Een hormonetherapie, die de aanmaak van de natuurlijke hormonen belet, kan dan de groei van de tumor afremmen.

Bij vrouwen na de menopauze wordt de eigen hormoonproductie verhindert met geneesmiddelen. Bij andere vrouwen worden de eierstokken bestraald of verwijderd, zodat zij geen hormonen

meer aanmaken. Deze behandeling volstaat als de patiënte er gunstig op reageert en als ze geen hoog risico op herval heeft.

IMPACT

Naar aanleiding van de publicatie van het rapport werd door minister Onkelinx opnieuw gewezen op het belang van het kankeronderzoek, de regelmatige aanpassingen van de richtlijnen en de deelname door de doelgroep aan het officiële screeningsprogramma, dit om de patiënten een optimale behandeling te kunnen bieden.



Sabine Stordeur, senior HSR expert:

“De vraag om de patiënten in te delen volgens het profiel van de tumor kwam rechtstreeks van de clinici die lid zijn van de groep voor de Ontwikkeling van Richtlijnen. Zij drongen aan op een snelle aanpassing van de richtlijn, wat aantoont dat ze wel degelijk in de dagelijkse praktijk wordt gebruikt. Wanneer het moeilijk is om een diagnostische of therapeutische beslissing te nemen, of wanneer een patiënte vraagt om een ‘second opinion’, wordt de KCE-richtlijn, die de meest recente informatie van de wetenschappelijke literatuur samenvat, als referentie gebruikt.”



OP WEG NAAR EEN KWALITEITSSYSTEEM VOOR KANKERZORG

Van guidelines naar het geven van feedback

Kankerpatiënten moeten erop kunnen rekenen dat de zorgkwaliteit overal van een gelijkwaardig niveau is, naar welke specialist of ziekenhuis zij ook gaan. Uit KCE-studies over rectum- (rapport 81, 2008) en borst- en teelbalkanker (rapporten vol 149 en 150, 2010) blijkt dat er nog ruimte voor verbetering is, en dat er tussen de ziekenhuizen mogelijk een kwaliteitsverschil bestaat.

Om deze verschillen te verminderen en de uitkomsten voor de patiënten te verbeteren, is een kwaliteitssysteem noodzakelijk. De essentiële elementen daarvoor zijn vandaag aanwezig in België, maar een betere integratie en coördinatie tussen de verschillende actoren is nodig.

ONTWIKKELEN VAN KLINISCHE PRAKTIJKRICHTLIJNEN EN KWALITEITSINDICATOREN

Klinische praktijkrichtlijnen zijn een eerste noodzakelijk instrument voor een kwaliteitssysteem. Hierdoor kunnen zorgverleners met volledige kennis van zaken kiezen tussen de verschillende behandelopties. Zo ontwikkelde het KCE, samen met het College voor Oncologie en de Stichting Kankerregister, al richtlijnen en kwaliteitsindicatoren voor rectum-, borst- en teelbalkanker.

Met behulp van de daarmee samengaande kwaliteitsindicatoren (bv. correct gebruik van de aanbevolen behandeling, overleving op 5 jaar, herval, ...) kan men nagaan of de zorgverleners ook effectief de praktijkrichtlijnen opvolgen en het beoogde resultaat behalen. In de toekomst zal dit ook voor andere soorten kanker gebeuren.

Joan Vlayen

“ Een mooi voorbeeld van een kwaliteitssysteem voor kankerzorg vinden we in Nederland. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) integreert de meeste voorwaarden die we in ons rapport opgesomd hebben. Met 400 medewerkers beschikken ze over een breed opgezette equipe om deze taak te vervullen. Als we een gelijkaardig kwaliteitssysteem in België willen implementeren, zal hiervoor het nodige personeel moeten voorzien worden.”



GEVEN VAN FEEDBACK

Feedback geven aan zorgverleners over hun eigen resultaten op basis van de kwaliteitsmetingen is essentieel voor een duurzaam kwaliteitssysteem. Een dergelijke individuele feedback is echter zeldzaam in België en de ervaringen ermee zijn nog schaars. Cruciaal is vooral dat, wanneer feedback wordt gegeven, er ook echt iets mee wordt gedaan, en dat de zorgverleners bijsturen of bijgestuurd worden waar nodig. Beleidsmakers kunnen bijvoorbeeld belonende of sanctionerende maatregelen nemen. Dit gebeurt vandaag tot op zekere hoogte al via de inspectie en erkenning van ziekenhuizen en diensten (bv. van borstklinieken).

VERZAMELEN EN ANALYSEREN VAN GEGEVENS

Om de kwaliteit van de kankerzorg te kunnen meten en opvolgen zijn betrouwbare gegevens nodig. Het Kankerregister, dat een nationale databank van alle kankergevallen beheert, speelt hierbij een onmisbare rol.

Een Belgische primeur: het PROCARE-project

Een Belgische primeur in deze context was het PROCARE-project (PROject on CAncer of the REctum) voor de behandeling van rectumkanker. Darm- en rectumkanker behoren tot de meest voorkomende kankers in België.

In 2003 werd door enkele Belgische darmchirurgen het PROCARE-project opgericht om de zorgkwaliteit voor rectumkankerpatiënten te verbeteren en te harmoniseren. Intussen is de groep uitgebreid met een groot aantal zorgverleners, ook niet-chirurgen (oncologen, radiotherapeuten...). Het doel van dit pionierswerk is om de verschillen tussen de zorgverleners en ziekenhuizen m.b.t. diagnose en behandeling van rectumkanker te verkleinen en om de uitkomsten voor de patiënten te verbeteren.

Stat-Gent Crescendo (Universiteit Gent) ontwikkelde samen met het KCE en de PROCARE-werkgroep een methode om de zorgkwaliteit bij rectumkanker te analyseren en de betrokken zorgverleners feedback te geven over hun processen en resultaten. De artsen van de PROCARE-groep stelden de anonieme gegevens ter beschikking van 3300 patiënten uit 79 Belgische ziekenhuizen. Bij de beoordeling werd o.m. rekening gehouden met het verschil in stadium waarin de tumor zich bevindt. Alleen al hierdoor kunnen de resultaten verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Daarnaast werd ook getracht de grote hoeveelheid aan kwaliteitsinformatie te bundelen in enkele samenvattende indicatoren.

De inspanningen die de voorbije jaren werden geleverd om de chirurgie te standaardiseren blijken succesvol te zijn. Op het gebied van diagnose en weefselonderzoek bestaan er wel nog veel verschillen tussen ziekenhuizen. De ontwikkelde methode van kwaliteitsevaluatie van rectumkanker is ook bruikbaar voor andere soorten kankers.

France Vrijens, expert statisticus:

“In dit rapport wordt een innoverende methodologie toegepast om de zorgkwaliteit van de behandeling van kanker in kaart te brengen. De kwaliteitsindicatoren worden ingedeeld per zorgdomein (chirurgie, radiotherapie, pathologie,...), waardoor het multidisciplinaire karakter van de behandeling wordt benadrukt. Dankzij deze feedback kunnen de zorgverleners zichzelf gemakkelijk evalueren en vergelijken met hun collega's. De vraag die hier onvermijdelijk opduikt is of deze resultaten toegankelijk moeten zijn voor andere geïnteresseerden, in de eerste plaats de (toekomstige) patiënten. Het is een belangrijk debat dat moet worden gevoerd in overleg met zorgverleners en patiënten.”

SYMPOSIUM EN VERDERE IMPACT

In november 2011 organiseerde het KCE een symposium over dit onderwerp waarbij de onderzoekers een aantal belangrijke etappes van het project overliepen. Er werd eveneens een overzicht gegeven van de manier waarop in Nederland kwaliteitsystemen in de oncologie worden opgezet. Achteraf reageerden vertegenwoordigers van de belangrijkste Belgische stakeholders. Voor de presentaties, zie www.kce.fgov.be/nl/past-events

Het KCE werd ook uitgenodigd op het rondetafelgesprek tijdens de 'Belgian Breast Meeting' die zal doorgaan in oktober 2012. Op deze meeting zullen alle specialismen die betrokken zijn bij de behandeling van borstkanker vertegenwoordigd zijn.



DEMENTIE: VIER WERKZAME NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

Het KCE vestigde al in 2009 (rapport 111) de aandacht op beperkingen en gevaren van geneesmiddelen bij alzheimerpatiënten. Dit rapport bekijkt nu meer in detail de werkzaamheid van 30 interventies zonder geneesmiddelen, die gericht zijn op het helpen van mensen met dementie en hun verzorgers.

Voor vier van hen vonden de onderzoekers voldoende betrouwbare studies die wijzen op werkzaamheid. De meeste mensen met dementie worden thuis verzorgd. De belangrijkste verzorger is vaak een familielid. Vooral het **opleiden en psychosociaal ondersteunen van de mantelzorger** blijkt een positief effect te hebben op de demente en zijn omgeving. De combinatie van verschillende soorten van ondersteuning (telefonisch advies, adviesessies, enz.) versterkt nog dit positieve effect. Hierdoor vermindert de kans op opname in een instelling, of duurt het langer voordat een opname nodig is.

Aangepaste **opleidingen aan zorgverleners** in instellingen verminderen het gebruik van dwangmaatregelen. **Lichaamsbeweging**, zoals wandelen, zwemmen of fietsen en **stimulering van de cognitieve functies door** bv. woordspelletjes of het samen oplossen van problemen hebben, alleszins op korte termijn, een aangetoond positief effect op de persoon met dementie.

Voorwaarde is dat deze behandelingen aangepast zijn aan de demente persoon en zijn omgeving en dat

ze regelmatig opgevolgd worden door professionele zorgverleners. Voor andere interventies, zoals licht-, muziek-en aromatherapie, snoezelen, massage, acupunctuur, aangepaste voeding, enz. waren er onvoldoende wetenschappelijke gegevens om conclusies te kunnen trekken.



Dominique Paulus, senior arts expert:

“Deze studie was hard nodig. De familieleden en de zorgverleners worden van het ene op het andere moment geconfronteerd met steeds erger wordende symptomen, terwijl geneesmiddelen tegen dementie weinig of geen oplossing bieden. Het aanbod van niet-medicamenteuze therapieën is groot, maar hun werkzaamheid is nog verre van bewezen. Daarom moeten er vooral energie en middelen worden geïnvesteerd in behandelingen met een aangetoonde meerwaarde.”



MEDICATIE OM BREUKEN DOOR BOTONTKALKING TE VOORKOMEN: VOOR TE BEHOUDEN VOOR PATIËNTEN MET HOOGSTE RISICO

Osteoporose of botontkalking is een aandoening van het beendergestel waardoor de botten brozer worden en gemakkelijker breken. In België breken jaarlijks 15.000 personen ouder dan 50 hun heup, maar er worden ook veel breuken van de pols, de schouder en de wervels vastgesteld. Het totaal aantal breuken neemt ook toe: tussen 2002 en 2008 met 5%. Deze breuken tasten in belangrijke mate de levenskwaliteit van de oudere bevolking aan, en dragen soms bij tot hun overlijden. Hun verzorging leidt ook tot hoge kosten voor het gezondheidszorgsysteem.

MEDICATIE VOORAL OM WERVELBREUKEN TE VOORKOMEN, MOGELIJK RISICO OP ERNSTIGE COMPLICATIES

Een aangepaste levensstijl met lichaamsbeweging en voeding met voldoende calcium en vitamine D kunnen het risico tot op zekere hoogte beperken. Daarnaast bestaan er geneesmiddelen die het bot versterken. Ze verminderen het risico op wervelbreuken, maar helpen minder goed breuken op andere plaatsen van het lichaam te voorkomen. Anderzijds kunnen ze zeldzame, maar ernstige complicaties veroorzaken, zoals hartproblemen, of een ernstige aantasting van het kaakbeen (necrose). De personen die een matig risico op breuken lopen nemen daarom beter geen medicatie. Het voordeel dat deze biedt weegt niet op tegen de bijwerkingen.

HOE EEN VERHOOGD RISICO OPSPOREN?

Er bestaan vandaag vragenlijsten waarmee het individueel risico op breuken voor de volgende 10 jaar kan ingeschat worden. Aan de hand van de vragenlijst kan nagegaan worden of er bepaalde risicofactoren aanwezig zijn. Een voorbeeld hiervan is de FRAX vragenlijst : <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=18>. Vrouwen op hoge leeftijd en vooral mensen met een eerdere broosheidsfractuur lopen een hoger risico. Andere risicofactoren zijn roken, het dagelijks drinken van 3 of meer glazen alcohol, het nemen van cortisone, een familiale voorgeschiedenis, ondergewicht en reumatoïde artritis. Een eerder opgelopen broosheidsbreuk is op zich wel een voldoende reden om een behandeling op te starten, en uiteindelijk wordt de medicatie het beste voorbehouden voor deze personen.

GEBRUIK DOOR SLECHTS 1 OP 5 PATIËNTEN MET EERDERE BROOSHEIDSFRACTUUR

Toch blijkt juist van deze groep maar 1 op 5 patiënten een behandeling met medicatie te volgen. Bovendien is het moeilijk om de behandeling jarenlang vol te houden: een jaar na de breuk was meer dan de helft van de gebruikers met de behandeling gestopt. Dit zou kunnen verholpen worden door de medicatie om de 6 maanden of om het jaar in te spuiten, maar omdat deze injecteerbare geneesmiddelen vrij

recent zijn, is de verhouding risico-voordeel nog niet goed gekend.

een instelling binnen het RIZIV die de kwaliteit van de zorgverlening promoot en initiatieven ondersteunt ter bevordering van de kwaliteit.

IMPACT

Het rapport werd voorgesteld aan en besproken met de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP),

Dominique Roberfroid, arts expert:

“ Dit rapport is op 2 niveaus een schoolvoorbeeld van de afstand die kan bestaan tussen de wereld van de wetenschap en de klinische praktijk.

Eerst en vooral is de werkzaamheid van geneesmiddelen voor de preventie van broosheidsbreuken vooral aangetoond bij secundaire preventie, dus bij personen die minstens al één breuk van dit type hebben gehad. Hun nut bij primaire preventie is slechts beperkt bewezen. Vreemd genoeg stellen we vast dat slechts een minderheid van de patiënten die werden gehospitaliseerd voor een broosheidsfractuur deze geneesmiddelen effectief toegediend krijgt.

Verder bestaan er vandaag algoritmen om het risico op een broosheidsfractuur voor de volgende 10 jaar in te schatten. Jammer genoeg werden deze algoritmen niet toegepast in de studies naar de werkzaamheid van de geneesmiddelen. Daardoor kennen we vandaag de werkzaamheid van de geneesmiddelen die het individuele risico op breuken moeten verminderen niet.



MEER CHRONISCH ZIEKEN VACCINEREN TEGEN SEIZOENSGRIEP IS BESTE AANPAK OM AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES TE VERMINDEREN

Seizoensgriep komt bijna elke winter voor. Ze verschilt van de zogenaamde griep pandemieën, zoals de H1N1 griep in 2009, die veeleer sporadisch zijn. Tot nu toe was het aantal beschikbare griepvaccins beperkt. Daarom krijgen mensen met een hoger risico op complicaties en overlijden prioriteit bij griepvaccinatie: 65-plussers, personen in instellingen en chronisch zieken. Andere groepen voor wie vaccinatie wordt aanbevolen en terugbetaald zijn zorgverleners, zwangere vrouwen, mensen tussen 50 en 65 jaar oud en pluimvee- en varkenskwekers en hun familieleden. De interministeriële conferentie over gezondheid vroeg het KCE deze voorrangsregeling te bekijken, om zo het gebruik van de beschikbare vaccins verder te optimaliseren. De onderzoekers werkten een aantal hypothesen uit. De bevolkingsgroep die voorrang zou moeten krijgen, verschilt in functie van wat de beleidsmakers willen bereiken.

VERMINDEREN VAN HET GLOBAAL AANTAL GRIEPGEVALLEN: VOORAL VACCINEREN

VAN VOLWASSENEN JONGER DAN 65

Als 20% meer gezonde volwassenen tussen 50 en 65 jaar zouden worden gevaccineerd, zou dit ongeveer 4000 ambulante griepgevallen helpen voorkomen. Hiervoor zouden wel meer

dan 300.000 vaccins nodig zijn. Slechts 22 ziekenhuisopnames en geen enkel overlijden zou worden vermeden. Deze raming is bovendien onzeker, door de onvolledige patiëntengegevens en de virussen die kunnen wijzigen.

VERMINDEREN VAN AANTAL ZIEKENHUISOPNAMES: VOORAL VACCINEREN VAN CHRONISCH ZIEKEN

Het aantal vaccinaties van chronisch zieken ligt momenteel laag: volgens de gezondheidsenquête van het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) werd in 2008 slechts 20% van de chronisch zieken jonger dan 65 jaar tegen griep gevaccineerd. Nochtans zijn deze chronisch zieken, de jongvolwassenen inbegrepen, degenen die het meeste risico lopen op een ziekenhuisopname voor griep of een longontsteking. Een vaccinatie is een zeer efficiënte oplossing om dit te voorkomen. Een stijging van het aantal vaccinaties met 20% zou ongeveer 400 opnames en 1 tot 15 sterfgevallen helpen vermijden.

HOOG VACCINATIEPEIL BIJ 75-PLUSSERS BEHOUDEN OF ZELFS NOG OPDRIJVEN

Ook voor de mensen van 75 jaar en ouder helpt het vaccin om ziekenhuisopname te voorkomen. Van hen wordt reeds meer dan 70% gevaccineerd, wat al een goed resultaat is. Het KCE beveelt aan om het vaccinatie niveau van deze groep minstens op dit peil te houden, of zelfs nog te verhogen. Toch is het ondui-

Germaine Hanquet, arts expert:

“Om een beter zicht te krijgen op de echte impact op de bevolking, evenals op de effectiviteit van vaccinatiestrategieën, hebben we in samenwerking met talrijke instituten alle in België beschikbare gegevens verzameld. Uit het onderzoek blijkt dat we vooral meer chronisch zieken moeten vaccineren. Vooral zij worden gehospitaliseerd en sterven door griep. In het volgende deel van deze studie zullen we andere strategieën uittesten, waaronder het gebruik van recentere en meer doeltreffende vaccins. Wij waren namelijk verrast door de lage doeltreffendheid van de huidige vaccins, wat de effectiviteit van de vaccinatie beperkt, vooral dan voor de ouderen.”

delijk of het meer vaccineren van ouderen ook het aantal overlijdens zou verminderen. Zodra dit beter kan worden ingeschat moet het KCE misschien zijn conclusies herzien. In een volgend deel van de studie zal het KCE de kosten-batenverhouding van de vaccins, de onrechtstreekse effecten en de invloed van andere soorten griepvaccins onderzoeken.



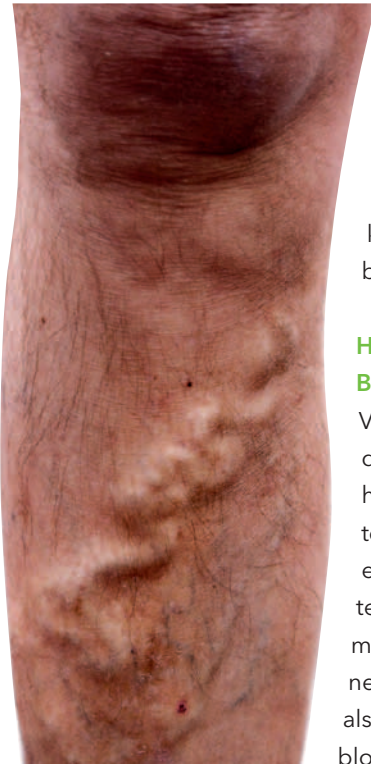
NIEUWE BEHANDELINGEN VAN SPATADERS: PATIËNTEN SNELLER OP DE BEEN

Spataders zijn verzwakte en uitgezette aders die vaak in de benen dicht onder de huid voorkomen. Ze zien eruit als blauwkleurige, kronkelende verdikkingen. Spataders ontstaan door een aantasting van de aderswand en door slecht functionerende aderskleppen. Die kleppen beletten normaal dat het bloed, dat naar het hart wordt gestuwd, terugvloeit. Spataders zijn niet alleen niet fraai om te zien, ze kunnen ook pijnlijke en opgezette benen veroorzaken. Dit gebeurt

vooral wanneer iemand vaak en lang moet blijven rechtaan. Soms leiden ze tot zweren en ontstekingen (tromboflebitis).

HOE DE DIAGNOSE BEVESTIGEN?

Voor het stellen van de diagnose beveelt het KCE slechts één techniek aan: de echo-doppler. Deze techniek geeft door middel van ultrasonen zowel een beeld als een meting van de bloedstroom.



WELKE BEHANDELINGEN WORDEN MOMENTEEL AANGEBODEN?

Voorgestelde behandelingen zijn o.a. gewichtsverlies, het hoger leggen van de benen, het vermijden van langdurig rechtaan, lichaams oefeningen, het dragen van elastische kousen (compressie) en medicatie. De onderzoekers stelden vast dat er vandaag geen wetenschappelijke gegevens van goede kwaliteit bestaan over deze behandelingen. Alleen voor steunkousen tonen enkele studies aan dat ze de symptomen kunnen verlichten. Spataders in de benen kunnen ook operatief worden verwijderd door een klassieke ingreep, de zogenaamde 'stripping'. Er bestaan vandaag ook nieuwere, mindere invasieve methoden waarbij algemene narcose kan worden vermeden, ongetwijfeld een voordeel. De ader wordt daarbij via een katheter met laser of radiofrequentie van binnenuit dichtgeschroeid, of verschrompelt na de inspuiting van een vloeistof of schuim (sclerotherapie).

NIEUWE TECHNIEKEN: EVEN DOELTREFFEND, MAAR ER ZIJN NOG TWIJFELS

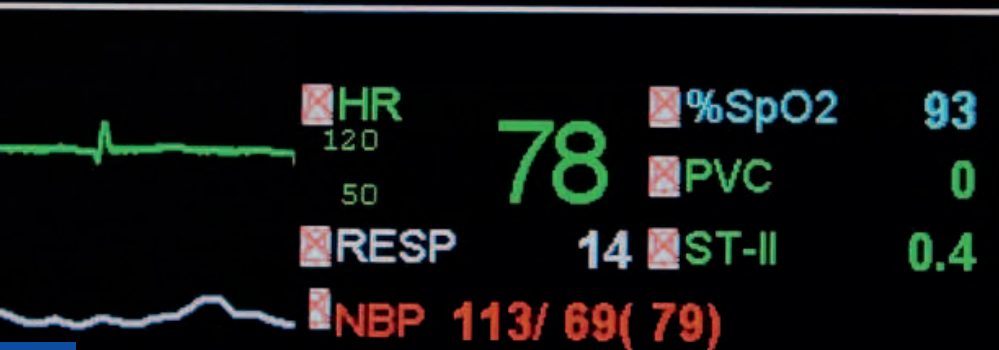
Het KCE bekeek de doeltreffendheid en de veiligheid van deze technieken. Ze blijken niet minder doeltreffend te zijn dan de klassieke ingreep en beter te zijn voor de levenskwaliteit van de patiënt. Over de neveneffecten bestaan er wel nog weinig wetenschappelijke studies, vooral dan voor de inspuitingen met schuim.

Er zijn ook nog twijfels over de resultaten op lange termijn. Het KCE raadt daarom aan deze ingrepen terug te betalen met een registratie van de patiënten om zo de lange termijneffecten van deze nieuwe behandelingen op te volgen.

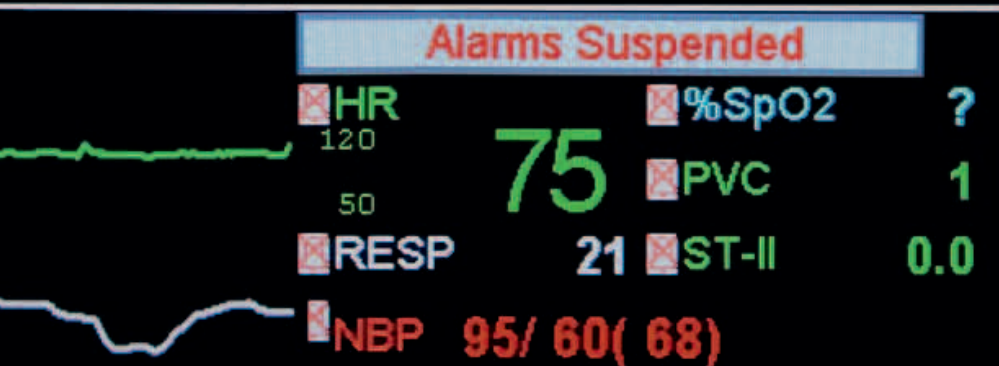
Dominique Paulus, senior arts expert:

« Stripping », de chirurgische techniek die al tientallen jaren wordt toegepast, lijkt terrein te verliezen. Het is verleidelijk om over te stappen naar nieuwe, minder invasieve technieken, maar enige voorzichtigheid blijft toch nog op zijn plaats. Want wat is hun werkzaamheid op lange termijn? En wat zijn de eventuele risico's? Het is een domein waarin alles voortdurend evolueert. Daarom zouden we graag een paar jaar vooruit kunnen kijken...





40



HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

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

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

In 2011 bestreken de HTA-studies van het KCE heel uiteenlopende domeinen: van het voorkomen van pneumokokkeninfecties bij kinderen, het opsporen en/of behandelen van hepatitis B en C, over het beoordelen van zuurstoftherapie thuis tot percutane aortakle vervanging.

Hierna vindt u een overzicht van de 5 HTA-studies die het KCE in 2011 beëindigde. Op de website van het KCE (www.kce.fgov.be) vindt u de volledige versie van deze rapporten.



AORTAKLEPVERVANGING VIA DE LIES: PLEIDOOI VOOR EEN ZEER SELECTIEVE TERUGBETALING

De aortaklep voorkomt dat er bloed terugvloeit van de aorta naar de hartkamer. Door ouderdom kan die hartklep verkalken en vernauwen ('aortaklepstenose'). Het is de meest voorkomende hartklepaandoening bij ouderen. De klassieke behandeling is het chirurgisch vervangen van de klep door een prothese, wat zeer goede resultaten geeft.

Voor bepaalde patiënten, zoals fragiele ouderen, kan een openhartoperatie echter te riskant of zelfs onmogelijk zijn. Daar komt dan de percutane aortaklepvervanging (TAVI-Transcatheter Aortic Valve Insertion) om de hoek kijken. Bij deze methode wordt de nieuwe hartklep via een grote slagader van de lies naar het hart geschoven. Kostprijs: 18.000 € per stuk, zes maal zoveel als de klassieke kunstklep, terwijl de totale kost van de ingreep bijna het dubbele bedraagt van die van de klassieke operatie.

In 2008 adviseerde het KCE om deze ingreep niet terug te betalen. Er waren twijfels over de veiligheid: de toen beschikbare gegevens suggereerden een hogere sterfte na de ingreep in vergelijking met een openhartoperatie. Bovendien is de ingreep bijna tweemaal zo duur. De ziekteverzekering volgde het advies van het KCE. Dit zorgde voor heftige reacties in de pers.

Onlangs werden de resultaten van een recente Amerikaanse klinische studie bekendgemaakt.

Op basis hiervan adviseert het KCE nu om de ingreep terug te betalen voor een beperkte, goed afgelijnde groep patiënten. Het gaat om mensen bij wie de klassieke operatie onmogelijk is om anatomische redenen, omdat ze bv. littekens hebben door vroegere bestraling in de hartstreek of na vorige hartoperaties. Het gaat jaarlijks om 25 à 30 mensen, ongeveer 10% van alle patiënten die vandaag in België een percutane hartklep ingeplant krijgt.

TAVI wordt beter niet uitgevoerd bij patiënten die nog de klassieke operatie kunnen ondergaan, zelfs als ze daarbij een hoog operatierisico lopen. Voor deze groep biedt TAVI geen betere overleving, terwijl de kostprijs veel hoger is en de patiënten dubbel zoveel risico lopen op een beroerte. Ook bij mensen die te ziek zijn om nog een substantieel voordeel te kunnen halen uit een TAVI-ingreep, beveelt het KCE de terugbetaling niet aan. Zelfs na een succesvolle TAVI-ingreep blijven hun levensverwachting en levenskwaliteit erg beperkt.

IMPACT

Ook dit tweede rapport over TAVI zorgde voor heftige debatten tussen voor-en tegenstanders van de ingreep. Op basis van de studie zal het RIZIV een voorstel uitwerken tot terugbetaling onder zeer strikte en beperkte voorwaarden.



Hans Van Brabandt, arts expert:

“ Het is niet omdat het technisch mogelijk is een bepaalde ingreep bij een patiënt uit te voeren, dat we dat ook moeten doen. De vraag die zich stelt is of de patiënt er ook echt beter van wordt.”

STIJGING KOSTEN ZUURSTOFTHERAPIE DOET BUDGET GEZONDHEIDSZORG NAAR ADEM HAPPEN

Personen met chronisch longlijden kunnen soms thuis behoefte hebben aan extra toediening van zuurstof. De zuurstof wordt als gas of vloeistof in een tank of fles opgeslagen, of wordt door een zuurstofconcentrator uit de lucht gehaald, en wordt via slangetjes en buisjes aan de patiënt toegediend. Elk systeem bestaat ook in draagbare vorm, zodat de patiënt ook buitenhuis kan behandeld worden.

In België kan zulke zuurstoftherapie zonder enige beperking door elke arts worden voorgeschreven, en de laatste jaren ziet men een fikse stijging van de uitgaven. Bij de organisatie van de therapie zijn verschillende beleidsinstanties en privé- en beroepsorganisaties betrokken, en een globale visie ontbreekt.

Het KCE pleit voor het herbekijken van de prijzen en voor de minst dure methodes om zuurstof toe te dienen, vermits ze toch een gelijkwaardig medisch effect hebben. De Belgische beleidsmakers zouden zich kunnen laten inspireren door Nederland.

Daar werd voor de verschillende componenten (zuurstofproductie, levering aan huis, aansluiten van de toestellen, enz) een markt gecreëerd waar leveranciers met elkaar concurreren. Ter illustratie: de jaarlijkse kost voor zuurstoftherapie thuis bedraagt in Nederland, met 16 miljoen inwoners, nog geen 26 miljoen €. In België is dit 42 miljoen €.

Verder wordt de langdurige therapie best voorbehouden voor patiënten bij wie het wetenschappelijk bewezen is dat ze er baat bij hebben. Mensen met zeer ernstige ademnood door COPD, een verzamelaar voor chronische bronchitis en longemfyseem, hebben baat bij zuurstoftherapie. Het dagelijks meer dan 15 uur toedienen van zuurstof verlengt hun leven. Daarnaast kunnen ze zich een beetje verder verplaatsen en zich ietwat langer inspinnen.

De therapie heeft geen invloed op de levensduur van patiënten die lijden aan mucoviscidose, hartfalen en bepaalde (interstitiële) longziekten. Ze hebben door de therapie wel minder last van ademnood.



HEPATITIS B EN C: HOE OPSPOREN EN BEHANDELEN?

Hepatitis B: antivirale medicatie vooral aanbevolen bij gevorderde ziekte

Chronische hepatitis B is een langdurige ontsteking van de lever die wordt veroorzaakt door het hepatitis B virus. De meeste personen met chronische hepatitis B werden geboren in het buitenland en besmet tijdens de geboorte of kort erna. In België zijn nieuwe besmettingen zeldzaam omdat veel Belgen tegen hepatitis B zijn gevaccineerd.

Iemand die de infectie heeft opgelopen, kan gedurende lange tijd weinig of geen klachten hebben, maar op termijn is er een risico op levercirrose en leverkanker. Het is momenteel niet eenvoudig te bepalen bij wie en wanneer dit zal gebeuren.

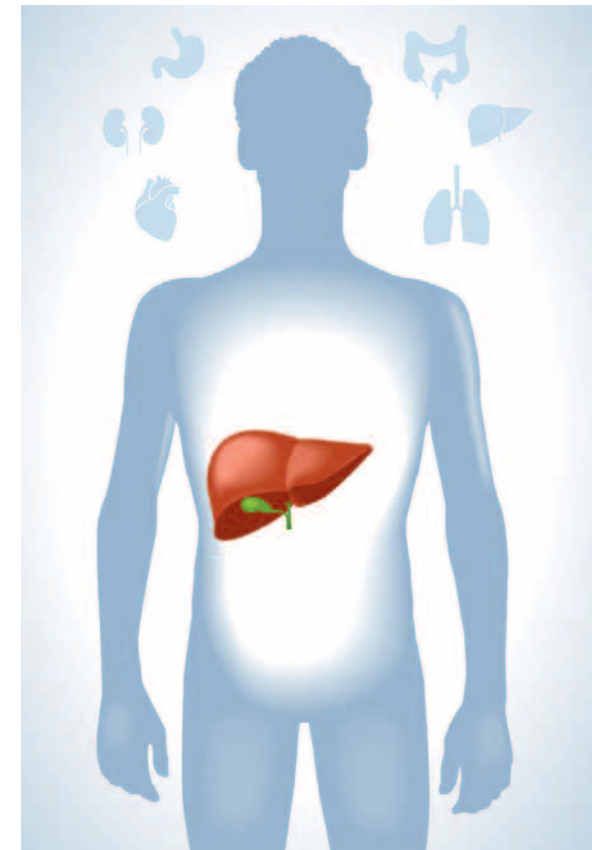
In België worden er ongeveer 1600 patiënten met chronische hepatitis B door een leverspecialist opgevolgd. Daarvan hebben er 400 een levercirrose ontwikkeld. Ongeveer de helft van de patiënten komt uit een land buiten Europa, waar hepatitis B nog meer voorkomt.

De laatste jaren kwamen er nieuwe virusremmers (tenofovir en entecavir) op de markt, die volledig door de ziekteverzekering worden terugbetaald. Zij kunnen het virus langduriger onderdrukken dan de vroegere geneesmiddelen. In dit tweede deel over hepatitis B onderzocht het KCE hun kosteneffectiviteit. Het KCE berekende dat een behandeling jaarlijks zowat 5000 euro per patiënt kost. De medicatie moet meestal levenslang worden genomen. Het KCE baseerde zijn berekeningen op een origineel onderzoek naar het ziekteverloop en de ziektekosten bij meer dan 500 patiënten.

De conclusie is dat het behandelen van een meer gevorderd ziektestadium, in dit geval levercirrose, de hoogste gezondheidswinst per gespendeerde euro oplevert.

Het KCE pleit ook voor verder onderzoek naar methodes voor het identificeren van patiënten met een

duidelijk verhoogd risico op levercirrose, en naar de langdurige effecten van de antivirale behandeling op het ontstaan van leverkanker.



Frank Hulstaert, senior arts expert:

“Op basis van nieuwe gegevens stelt het KCE dat een antivirale behandeling voor hepatitis B best niet bij iedereen zo vlug mogelijk gestart wordt. Deze bevindingen verschillen grondig van de meeste modellen die vooral gebaseerd zijn op veronderstellingen, en niet op feiten. Spijtig genoeg blijft het ook vandaag makkelijker zulke ‘luchtfietserij’ te publiceren in plaats van een realiteit die niet zo rooskleurig is op gebied van kosteneffectiviteit.”

Hepatitis C: wie testen?

Het hepatitis C virus, dat pas in 1989 werd ontdekt, wordt overgedragen via besmet bloed. Net zoals bij hepatitis B wordt de besmetting vaak chronisch zonder dat de besmette persoon er veel hinder van ondervindt. Na een aantal, maar in sommige gevallen zelfs tientallen jaren, kan zich wel een levercirrose of zelfs leverkanker ontwikkelen. Dit risico vergroot door o.a. alcohol- of cannabisgebruik.

Jaarlijks worden ongeveer 2000 nieuwe gevallen van chronische hepatitis C vastgesteld. Meer dan 80% van deze nieuwe besmettingen gebeuren bij drugsgebruikers, via besmette naalden of ander materiaal dat gedeeld wordt. Ook hiv-positieve mannen die seks hebben met mannen vormen een risicogroep.

Frank Hulstaert, senior arts expert:

“Wat 10 jaar geleden nog als onmogelijk werd aanzien is nu werkelijkheid aan het worden: elimineren van het hepatitis C virus met een pilletje dat goed verdragen wordt. Verder is het opmerkelijk dat in België meer dan de helft van de volwassenen op hepatitis C getest werd buiten enig officieel screeningsprogramma.”



Ook medische ingrepen of onderzoeken kunnen soms tot besmetting leiden.

Preventieve vaccinatie tegen hepatitis C is nog niet mogelijk, maar er bestaat wel een succesvolle behandeling. Minder dan de helft van de patiënten start ze ook op, wegens de bijwerkingen, zoals depressie en bloedarmoede, en de lange duur van de behandeling (6 maanden tot een jaar).

Het KCE beveelt een algemene opsporing van het virus niet aan, want de buitenlandse wetenschappelijke onderzoeken bieden geen eenduidig antwoord

op de vraag of een algemene screening doeltreffend en kosteneffectief is. Het testen van de risicogroepen kan wel overwogen worden. Preventieve maatregelen bij drugsgebruikers om besmetting te voorkomen, zoals het inruilen van gebruikte spuiten (spuitenruil) en het verstrekken van vervangende middelen, zoals methadon, blijken vooral hiv-infectie te voorkomen. Hun effect op hepatitis C is minder duidelijk.

Hopelijk zijn er binnen een 5-tal jaar geneesmiddelen met minder bijwerkingen beschikbaar. Dit zal voor meer patiënten de deur openen naar een behandeling.



TWEE NIEUWE PNEUMOKOKKENVACCINS VOOR JONGE KINDEREN BELOVEN BETERE BESCHERMING TEGEN LONG- EN HERSENVLIESONTSTEKING

De pneumokokkenbacterie is de belangrijkste oorzaak van long- en oorontstekingen. Daarnaast veroorzaakt de bacterie ook minder vaak voorkomende invasieve pneumokokkenziekten (IPD). Dit zijn aandoeningen, waaronder hersenvliesontsteking en bloedvergiftiging, die levensbedreigend kunnen zijn.

Oorontstekingen komen vooral bij jonge kinderen voor, terwijl IPD naast jonge kinderen vooral oudere

volwassenen treft. Er bestaan meer dan 90 varianten van de pneumokok ('serotypes'), die elk in verschillende mate de verschillende aandoeningen kunnen veroorzaken. De huidige vaccins zijn gericht op een aantal specifieke serotypes, die vooral de meest ernstige ziekten veroorzaken.

In 2005 waren er in België nog meer dan 1400 gevallen van invasieve ziekten, met 53 sterfgevallen. Daarnaast meldden de huisartsen 21.000 oor- en 4300 longontstekingen, waarvan bijna de helft werd veroorzaakt door pneumokokken. Vanaf 2007 werd beslist om het PCV7 vaccin, dat 7 types dekt, op te nemen in het vaccinatieprogramma. Ruim 80% van de baby's in België werd op die manier gevaccineerd.



In 2009 kwamen 2 nieuwe pneumokokkenvaccins op de markt: PCV 10 en PCV13. Naast de 7 serotypes van het PCV7-vaccin dekken deze vaccins ook andere types die een groot aantal van de invasieve aandoeningen veroorzaken. De nieuwe vaccins bieden dus een hogere bescherming dan het huidige PCV7-vaccin. Het is dus medisch aan te raden om het huidige vaccin te vervangen en een van de 2 nieuwe op te nemen in het vaccinatieprogramma. De onderzoekers van de Universiteit Antwerpen stelden dat de uiteindelijke keuze afhangt van hun kostprijs en de voorkeur van de beleidsmaker. Als hij vooral eerder zeldzame, maar ernstige aandoeningen

wil voorkomen, is PCV13 de meest wenselijke optie. Als hij vooral bij veel kinderen milde aandoeningen als oorontsteking wil voorkomen, lijkt de voorkeur naar PCV10 te gaan. Het KCE beveelt aan om een aanbestedingsprocedure uit te schrijven om betere prijzen te verkrijgen. Het huidige schema van 3 vaccinatiedosissen wordt best behouden, er wordt best geen extra 4e dosis toegediend.

Germaine Hanquet, arts expert:

“ In deze studie moesten we rekening houden met de prioriteiten van de beleidsmakers, in dit geval de gemeenschappen en gewesten. Zij wilden een vaccin dat beschermt tegen ernstige aandoeningen en overlijden. Wij hebben onze methodologie hierop afgestemd en hebben een analyse gemaakt van de impact op de invasieve aandoeningen aan de ene kant, en op de oorontstekingen en de minder ernstige longontstekingen aan de andere kant.”





HEALTH SERVICES RESEARCH

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

Hoe wordt de Belgische gezondheidszorg het best georganiseerd en gefinancierd? Hoe houden we die gezondheidszorg betaalbaar en toegankelijk? Welke doelen heeft de Belgische gezondheidszorg en worden deze bereikt? Het zijn vragen waarop het KCE een antwoord zoekt in het HSR-onderzoeksluik.

In 2011 maakte het KCE 2 rapporten specifiek over en voor huisartsen: het bekeek hoe we burn-out bij huisartsen kunnen voorkomen en aanpakken, en stelde alternatieven voor om de bestaande wachtdiensten te organiseren. Verder werd ook de reeks over alternatieve therapieën verdergezet: na osteopathie en chiropraxie waren homeopathie en acupunctuur aan de beurt. Andere studies gingen over de impact van buitenlandse patiënten op de gezondheidszorg, de hoogrisico medische hulpmiddelen ('medical devices'), de hospitalisatieverzekering voor chronisch zieken en gehandicapten, en het aantal rusthuizenbedden dat zal nodig zijn om aan de toekomstige behoeften te voldoen.

Hierna vindt u een overzicht van de studies die het KCE in 2011 beëindigde in het domein van Health Services Research. Op de website van het KCE (www.kce.fgov.be) vindt u de volledige versie van deze rapporten.



HUISARTSEN: BURN-OUT EN ORGANISATIE VAN WACHTDIENSTEN

Burn-out: hoe voorkomen en aanpakken?

Er bestaan geen betrouwbare wetenschappelijke gegevens over het aantal Belgische huisartsen dat met professionele uitputting of burn-out kampt, wel ramingen. In 2005 zou 1 op 10 Belgische huisartsen aan burn-out lijden, schat de 'Fédération des maisons médicales'. Het is wel zeker dat er bij de huisartsen een malaise heerst, en burn-out baart zowel in België als in het buitenland grote zorgen. Huisartsen staan vaak onder hoge werkdruk, en de patiënten zijn veeleisender geworden. Artsen zijn ook niet snel geneigd om zelf een arts te raadplegen. Burn-out tast niet alleen de gezondheid van de arts aan, maar bedreigt ook onrechtstreeks die van zijn patiënten.

In België bestaat er vandaag geen enkel specifiek programma voor de globale aanpak van burn-out bij huisartsen, in tegenstelling tot andere landen, zoals Canada en Spanje. Er zijn wel alleenstaande initiatieven, maar deze volstaan niet, hoe goed ze ook bedoeld zijn. Een globale aanpak, van gezondheidspromotie, preventie tot behandeling en opvolging is noodzakelijk.

ACTIEPUNTEN VOOR EEN GLOBALE AANPAK,...

Het KCE stelde samen met onderzoekers van de ULB en de VUB een lijst met actiepunten op voor deze globale aanpak. Zo zou elke huisarts zelf een eigen huisarts moeten hebben, of de mogelijkheid heb-

ben om zich aan te sluiten bij een programma voor gezondheidspreventie, te vergelijken met het model van de arbeidsgeneeskunde. Andere maatregelen hebben o.a. betrekking op een betere sociale bescherming, het zelf meer controle krijgen over de beroepsactiviteiten, het krijgen van meer erkenning en het vermijden van overbelasting.

... AFGETOETST MET ALLE BETROKKENEN

De actiepunten zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, interviews met huisartsen die aan burn-out leden of geleden hadden en de bestaande buitenlandse en Belgische ervaringen. De aanbevelingen werden voorgelegd aan en bijgestuurd door een reflectiegroep van 59 huisartsen en vervolgens gevalideerd door een panel van belanghebbenden (beroepsverenigingen van artsen, universiteiten, enz.) en experts.

De volgende stap is het implementeren van de verschillende pistes. Dit kan alleen gebeuren door de belangrijkste actoren zelf mee te betrekken, en dan vooral de artsen zelf, de medische faculteiten en de beleidsmakers.

IMPACT

Het rapport werd in het najaar van 2011 door het onderzoeksteam, samen met huisartsenverenigingen

Domus Medica en SSMG, voorgesteld aan de pers. Het rapport leidde in diverse huisartsenkringen en -syndicaten tot rondetafelgesprekken over het onderwerp. Het rapport werd in februari 2012 ook besproken door de werkgroep 'Wachtdiensten' van de Federale Raad voor de Huisartsenkringen.

Daarnaast dient het rapport bij de FODs Volksgezondheid en Werk als referentie voor een mogelijk toekomstig project: het voorkomen en aanpakken van burn-out bij verpleegkundigen en artsen in ziekenhuizen. Zowel dit rapport, als het rapport over de wachtdiensten van huisartsen (zie verder), kregen een grote weerklank in de pers.

Laurence Kohn, expert sociologische analyse:

“Dankzij dit project kon ik kennismaken met de problemen en de schoonheid van de huisartsenpraktijk. Ik ben er trots op dat ik heb kunnen deelnemen aan een rapport dat de levenskwaliteit van een volledige beroepsgroep en indirect de zorgkwaliteit van de patiënten wil verbeteren.”



Alternatieven voor wachtdiensten nader bekeken

De wachtdiensten van huisartsen, zoals we die nu nog kennen, komen in het gedrang. Er zijn, vooral in de landelijke regio's, onvoldoende huisartsen om ook 's nachts en in het weekend zorg te garanderen. Sommige huisartsen ervaren de wachtdiensten bovendien als belastend, en voelen zich soms onveilig. Op vraag van de huisartsenkringen, die momenteel de wachtdiensten organiseren, bekeek het KCE de mogelijke alternatieven.

UNIEK OPROEPNUMMER VERALGEMENEN

In ons land wordt er al sinds 2009 in bepaalde regio's een uniek oproepnummer 1733 gebruikt dat wordt beantwoord door specifiek opgeleid personeel. Het KCE beveelt aan om dit uniek nummer overal toe te passen en te financieren. Een juridische oplossing moet dan wel worden uitgewerkt, o.a. om de aansprakelijkheid van de medewerkers die de triage uitvoeren, te regelen.

ANDERE WAARDEVOLLE, REEDS GETESTE ALTERNATIEVEN

Om het aantal huisartsen van wacht te verminderen tijdens de nachten (tussen 22-23u en 7u 's morgens) hebben sommige kringen al **wachtdienstgebieden samengevoegd**. Het vereist wel een aanpassing van de wetgeving, die vandaag nog 1 arts van wacht per 30.000 inwoners vereist.

Andere kringen schakelen hun nachtelijke oproepen door naar de **lokale ziekenhuizen**, waarbij een huisbezoek door een huisarts nog mogelijk is, indien

nodig. Soms worden **wachtposten** opgericht in een apart gebouw, bemand om beurten door de huisartsen van de regio. Het KCE pleit voor een geografische spreiding in het voordeel van de regio's die niet over een nabijgelegen ziekenhuis beschikken, en een financiering die rekening houdt met de activiteit van de wachtpost (o.a. openingsuren) en de bevolkingsdichtheid.

Sommige kringen nemen artsen in dienst die de wachtdiensten, o.a. in wachtposten, voor hun rekening nemen. Artsen die alleen patiënten behandelen tijdens de wachtdienst komen vandaag soms in de problemen om te voldoen aan al de voorwaarden voor erkenning. Voor deze **'wachtdienstartsen'** wordt er daarom best een eigen wettelijk statuut ontwikkeld.

GETEST IN ANDERE LANDEN: CONSULTATIES DOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN TELEFONISCHE CONSULTATIES

In andere Europese landen voeren verpleegkundigen, vaak onder toezicht van een arts, wachtdiensten uit, of gebeurt de consultatie per telefoon met een arts of verpleegkundige. Als deze oplossing ooit in België zou worden ingevoerd, zouden hiervoor richtlijnen moeten worden ontwikkeld die dienen als leidraad voor de arts (of verpleegkundige). Bij consultaties door verpleegkundigen zouden hun kwalificaties en bevoegdheden duidelijk in de wetgeving omschreven moeten worden. Het KCE beveelt de verderzetting van de bestaande initiatieven aan, apart of gecombineerd, evenals de invoering van buitenlandse oplossingen. Elk initiatief zou

moeten worden genomen in overleg met de zorgverleners en rekening houdend met de behoeften van de patiënten.

IMPACT

Het rapport, dat einde december 2011 werd gepubliceerd, bracht al heel wat discussie bij de huisartsen op gang. Het staat op de agenda van de volgende EurOOHnet (European Research Network for out-of-hours primary health care) meeting in mei 2012. Het KCE betreurt wel dat in de pers vooral de nadruk werd gelegd op de consultaties per telefoon, terwijl het rapport toch een heel divers palet aan oplossingen aanreikt.



Dominique Paulus, senior arts expert:

“Bij deze studie werd een analyse gemaakt van zowel statistische, juridische, economische als van literatuurgegevens m.b.t de organisatie van eerstelijns wachtdiensten. Een unieke combinatie! Het rapport kwam tot stand dankzij een multidisciplinair KCE-team, en de samenwerking met het terrein, juristen van de FOD Volksgezondheid en medewerkers van het RIZIV. Resultaat: een volledig overzicht van de problematiek die de toekomstige keuzes van de beleidsmakers en de huisartsenkringen zal helpen verduidelijken.”

NIET-CONVENTIONELE GENEESWIJZEN: ACUPUNCTUUR EN HOMEOPATHIE AAN DE BEURT



Meer dan 1 op 3 Belgen raadpleegt minstens 1 keer in zijn leven een osteopaat, chiropractor, homeopaat of acupuncturist. In het kader van de verdere uitvoering van de wet Colla vroeg de minister van Volksgezondheid het KCE een stand van zaken op te maken van deze 4 populaire niet-conventionele geneeswijzen. In een eerste rapport (rapport 148, 2010) bestudeerde het KCE osteopathie en chiropraxie. In 2011 waren acupunctuur en homeopathie aan de beurt.

WAT IS DE WET COLLA?

De wet Colla werd afgekondigd in 1999 maar is nog niet volledig in werking. Deze wet voorziet naast de registratie van 4 niet-conventionele geneeswijzen, (chiropraxie, osteopathie, acupunctuur en homeopathie) ook de registratie van alle betrokken therapeuten. Op die manier wordt aan de patiënten een officiële garantie op kwaliteit en veiligheid geboden.

Acupunctuur: houdt het steek?

In 2009 bezocht 3% van de volwassen Belgen een acupuncturist, vaak gecombineerd met osteopathie en/of homeopathie. De patiënten kampten vooral met chronische aandoeningen die vaak te maken hadden met stress: nekpijn, pijn in de onderrug, hoofdpijn en slapeloosheid. Het zijn problemen waarvoor de klassieke geneeskunde oplossingen biedt met een beperkte bewezen doeltreffendheid. Alleen de symptomen worden bestreden, en soms geeft de behandeling bijwerkingen.

De meeste patiënten verwerpen de klassieke geneeskunde niet. Ze gebruiken de alternatieve therapieën als bijkomende behandeling. Ruim 70% van de artsen-acupuncturisten combineert trouwens acupunctuur met klassieke geneeskunde.

BEPERKT BEWIJS VAN DOELTREFFENDHEID

Het kleine aantal betrouwbare wetenschappelijke studies toont aan dat acupunctuur de pijn voor korte tijd beperkt verlicht, onder andere bij lage rugpijn.

Er is een vermoeden dat het placebo-effect bij acupunctuur een grote rol speelt, vooral als de patiënt grote verwachtingen heeft van de behandeling. Voor andere klachten is niet bewezen dat acupunctuur werkt. Daarom beveelt het KCE de terugbetaling door de ziekteverzekering niet aan. Veel ondervraagde patiënten erkenden trouwens dat de behandeling niet altijd doeltreffend is. Toch is de tevredenheid van de meeste patiënten vrij hoog, maar deze heeft eerder betrekking op de goede relatie met de therapeut en het relaxerende effect, dan op het resultaat van de behandeling.

VEILIGHEID PATIËNT ONVOLDENDE GEWAARBORGD

De opleiding tot acupuncturist legt het accent op de traditionele Chinese geneeskunde die geen enkele wetenschappelijke basis heeft. Het stellen van een conventionele medische diagnose wordt niet aangeleerd. Het risico is dat niet-artsen therapeuten daardoor een foute diagnose stellen of dat hun patiënten te laat starten met een essentiële klassieke behandeling.

Omdat enkel artsen de bevoegdheid hebben om een diagnose te stellen pleit het KCE ervoor om acupunctuur alleen toe te laten onder voorschrift van een arts. De praktijk van acupunctuur zou ook moeten worden beperkt tot artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en vroedvrouwen.

De meeste acupuncturisten volgen hun opleiding in België. Geen enkele school is vandaag officieel erkend, en geen enkele opleiding wordt gecontroleerd door een officiële Belgische instantie. In het belang van de veiligheid van de patiënten beveelt het KCE een controle en de erkenning van de opleidingen aan, en vraagt het meer aandacht voor het herkennen van symptomen in de opleiding.

Homeopathie: geen bewijs dat het werkt en toch veel gebruikt

In 2009 raadpleegde 6 Belgen op 100 een homeopaat. De redenen waren divers : rug-of nekpijn, allergie, vermoeidheid, problemen met het ademhalingsstelsel, angst en depressie... De patiënten, die van alle leeftijden zijn, verwachten van hun homeopaat een meer natuurlijke, geïndividualiseerde behandeling, met minder bijwerkingen. Ze verwerpen doorgaans de klassieke geneeskunde niet, maar gebruiken homeopathie als aanvulling.

De ziekteverzekering betaalt homeopathie niet terug, maar de consultatie kan wel als een 'klassieke' consultatie worden terugbetaald. Tenminste als de homeopaat een arts is. Sommige ziekenfondsen komen wel onder bepaalde voorwaarden tussen, in het kader van hun aanvullende verzekering.

GEEN BEWIJS DAT HOMEOPATHIE WERKT, PLACEBO-EFFECT SPELT BELANGRIJKE ROL

Het KCE bestudeerde de internationale wetenschappelijke literatuur over homeopathie voor o.a. slape-

Laurence Kohn, expert sociologische analyse:

“ Bij de uitvoering van het project stooten we op een diversiteit aan opvattingen, sommige traditioneel, andere exotisch of medisch, maar altijd boeiend!”

loosheid, allergische neusverkoudheid, lage rugpijn, chronische vermoeidheid, dementie, astma, bedplassen, depressie, angst, opvliegers, ADHD,...

De onderzoekers konden geen overtuigend bewijs vinden dat homeopathie werkt. Eventuele positieve effecten van een homeopathische behandeling kunnen worden verklaard door het 'placebo-effect'. Om die reden beveelt het KCE de ziekteverzekering aan om homeopathie niet terug te betalen.

GEEN BIJWERKINGEN, WEL UITOEFENING HOMEOPATHIE BEPERKEN TOT ARTSEN

Homeopathie heeft overtuigde aanhangers. Het feit dat vele patiënten tevreden zijn, betekent echter niet dat homeopathische middelen beter werken dan pakweg gedestilleerd water. Ze blijken wel geen bijwerkingen te veroorzaken, en zijn dus op zich niet gevaarlijk. Dit geldt niet noodzakelijk voor andere 'natuurlijke' middelen, die vaak onder de brede waaier van homeopathie worden aangeboden.

Anderzijds is het belangrijk dat de homeopaat een juiste diagnose kan stellen. Zoniet bestaat er een risico dat een noodzakelijke klassieke behandeling te laat of niet wordt opgestart. Om die reden pleit het KCE ervoor om alleen artsen toelating te geven homeopathie te beoefenen.

IMPACT

Het rapport werd gepresenteerd aan de kamer homeopathie, die in het kader van de wet Colla werd opgericht. Als reactie op dit rapport publiceerde de 'Liga Medicorum Homeopathica Internationalis' een 'tegen-rapport', waarin ze de KCE-methodologie en de selectie van wetenschappelijke artikels in vraag stelt. Beide rapporten over niet-conventionele geneeskunde konden, zoals het rapport over osteopathie en chiropraxie, rekenen op een massale persbelangstelling, die tot op vandaag aanhoudt.

Laurence Kohn, expert sociologische analyse:

“ De conclusies over de niet-werkzaamheid van homeopathie bevestigen wat vele anderen voor ons al hadden aangetoond. Toch wakkerde dit rapport opnieuw het debat aan. Bij de aanhangers van homeopathie is 'evidence-based medicine' niet de meest populaire benadering. Toch hopen we dat we het debat hebben opengetrokken, en dat we met onze multidisciplinaire en nauwgezette aanpak de minister en de burger meer duidelijkheid hebben gebracht over dit onderwerp.”

NIEUWE IMPLANTATEN EN ANDERE HOOGRISICO MEDISCHE HULPMIDDELEN: GEEN GARANTIE DAT NIEUW ALTIJD BETER IS

Medische hulpmiddelen - 'medical devices' - zijn spuiten en naalden, maar ook pacemakers, stents en prothesen. We spreken van hoogrisico hulpmiddelen als ze voor de patiënt een risico vormen, omdat ze bijvoorbeeld worden ingeplant.

EUROPEES CE-LABEL GEEN GARANTIE VOOR KLINISCHE WERKZAAMHEID

Velen gaan ervan uit dat hoogrisico medische hulpmiddelen, voordat ze in Europa op de markt worden gebracht, eerst getest worden in klinische studies die vergelijkbaar zijn met deze voor geneesmiddelen. Er is echter een fundamenteel verschil. Om een CE-label van de Europese Unie, en dus markttoegang te krijgen, moeten fabrikanten in Europa niet bewijzen dat hun product klinisch werkzaam is, dus dat de patiënt er klinisch beter van wordt. Dit soort bewijs wordt normaal geleverd door een vergelijkend onderzoek van hoge kwaliteit (gecontroleerde gerandomiseerde klinische studie). In de VS is zulke klinische studie wel vereist en daarom duurt het langer vooraleer deze producten daar mogen verkocht worden. Bovendien publiceren de fabrikanten de weinige klinische re-

sultaten meestal ook niet. De Europese patiënt heeft dus wel een vluggere toegang tot nieuwe technologie, maar zonder bewijs van klinische werkzaamheid, en soms met ernstige risico's tot gevolg.

GEEN RECHTSTREEKSE CONTROLE DOOR EUROPA OF LIDSTATEN

De evaluatie van het hulpmiddel wordt slechts 1 keer uitgevoerd voor de volledige Europese markt en gebeurt niet door de Europese instanties of hun lidstaten zelf. Het CE-label wordt door de fabrikant zelf aangebracht. Een van de ongeveer 80 keuringsinstituten of 'Aangemelde Instanties' (Notified Bodies) controleert dan of de Europese richtlijnen werden opgevolgd. Deze Aangemelde Instanties worden vrij door de fabrikant gekozen, en sommigen zijn minder streng. In België worden deze Aangemelde Instanties gecontroleerd door het FAGG, beter gekend als het Geneesmiddelenagentschap.

NIEUWE EUROPESE RICHTLIJN IN ONTWIKKELING

In Europa is een strengere en meer gestandaardiseerde controle nodig. Er dringt zich minstens een

verbetering van het bestaande systeem op, of, misschien nog beter, een centralisa-

tie van de goedkeuring op Europees niveau. Het publiceren van de studieresultaten is daarbij ook essentieel. Bij de herwerking van de Europese Richtlijnen kan daar best rekening mee gehouden worden.

MAATREGELEN IN AFWACHTING VAN NIEUWE RICHTLIJN

In afwachting van een herwerkte richtlijn inzake medische hulpmiddelen, moet het risico voor de patiënt zoveel mogelijk worden beperkt. Het gebruik van nieuwe hoogrisico hulpmiddelen waarover nog niet veel studieresultaten bekend zijn, moet worden voorbehouden voor ziekenhuizen met de nodige expertise, en gebeurt best in het kader van studies van hoge kwaliteit. Daarnaast blijft het noodzakelijk om complicaties die zeldzaam zijn of die zich pas op langere termijn manifesteren actief op te sporen, ook ver na de marktintroductie.

IMPACT

We kunnen de impact van het rapport op Europees niveau alleen inschatten wanneer de richtlijn definitief herwerkt is. Op Belgisch niveau proberen we het item op de agenda te brengen van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, een overheidsinstelling die advies geeft over onderzoeksproblemen op het gebied van biologie, geneeskunde en gezondheidszorg.



Frank Hulstaert, senior arts expert:

“ Het is onbegrijpelijk dat er in Europa vandaag nog steeds een enorme kloof gaapt tussen de wereld van de 'medical devices' en die van de geneesmiddelen. De regelgeving voor 'medical devices' loopt nog steeds een paar decennia achter op die voor geneesmiddelen. Maar ook voor geneesmiddelen is de regelgeving in Europa pas echt aangepakt als er zich een ernstig veiligheidsprobleem voordeed (thalidomide/Softanon).”

RECHT OP HOSPITALISATIEVERZEKERING VOOR CHRONISCH ZIEKEN EN GEHANDICAPTEN: GEEN REDEN OM BESCHERMING STOP TE ZETTEN

Sinds 2007 (wet Verwilghen) hebben chronisch zieken en gehandicapten jonger dan 65 jaar het recht om een hospitalisatieverzekering af te sluiten bij een private verzekeraar. De verzekeraar mag wel alle medische kosten die verbonden zijn aan de chronische ziekte of handicap contractueel uitsluiten van de dekking. Vooraleer de maatregel te verlengen tot na juni 2012 vroeg de wetgever het KCE om een evaluatie uit te voeren.

WEINIG PROBLEMEN MET HOSPITALISATIEVERZEKERING

De onderzoekers ondervroegen ongeveer 750 personen, waaronder bijna 300 chronisch zieken en gehandicapten. Er werden weinig problemen gemeld. 15% van de chronisch zieken of gehandicapten had een private verzekering. Slechts 2% van alle respondenten had geen hospitalisatieverzekering door een weigering in het verleden of uit schrik om geweigerd te worden. Hoewel we niet weten wat de situatie voor de wet was (juli 2007), kan het KCE niet uitsluiten dat een aantal chronisch zieken en gehandicapten dankzij de wet een hospitalisatieverzekering heeft kunnen afsluiten. De studie biedt alleszins geen sterke argumenten om deze bescherming nu zonder meer af te schaffen.

TOEGANG VOOR IEDEREEN JONGER DAN 65

Er is wel nog ruimte voor verbetering. Momenteel wordt nergens omschreven wat een chronische ziekte of handicap is. Dit zorgt voor discussies.

KCE-rapport 166: Recht op een hospitalisatieverzekering voor mensen met een chronische ziekte of handicap. In samenwerking met Assuralia en patiëntenverenigingen.

Kan bijvoorbeeld een genezen kankerpatiënt door de verzekeraar als een chronisch zieke worden beschouwd? Daarom zou iedereen jonger dan 65 een hospitalisatieverzekering moeten kunnen afsluiten, met het recht van de verzekeraar om de kosten i.v.m. bepaalde, reeds bestaande aandoeningen uit te sluiten.

NIET ALLEEN PREMIE, MAAR OOK ANDERE VOORWAARDEN VASTLEGGEN EN TRANSPARANTER MAKEN

De verzekeraars mogen aan chronisch zieken en gehandicapten geen hogere premie vragen, maar zijn wel vrij in het bepalen van de omvang van de dekking, de vrijstelling, enz. Hiervoor zouden ook wettelijke minimumvoorwaarden moeten worden vastgelegd. Het KCE pleit ook voor meer transparantie m.b.t. deze voorwaarden.

MEER PUBLICITEIT OVER DE BESCHERMING NODIG

Uit het onderzoek bleek dat de bescherming door de wet Verwilghen slecht gekend is. De bevolking zou via verschillende informatiekanaalen beter moeten worden geïnformeerd over het bestaan van het recht op een hospitalisatieverzekering. Daar is een rol weggelegd voor o.m. de mutualiteiten en patiëntenverenigingen.

IMPACT

De minister van Economie, Johan Vande Lanotte, heeft in de Kamercommissie voor het Bedrijfsleven van 31 januari 2012 aangekondigd dat hij zich kan vinden in de aanbevelingen van het KCE. Hij zal aan de Ministerraad een voorstel van besluit voorleggen om de maatregel voor onbepaalde tijd te verlengen.

Carine Van de Voorde, senior expert economische analyse:

“De transparantie van de spaarrekeningen ligt momenteel onder vuur. Om de consument beter te beschermen, stelt de huidige minister van Economie en Consumentenzaken voor dat elke spaarrekening één rentevoet heeft die zowel basistarief als getrouwheidspremie omvat. Ook de markt van hospitalisatieverzekeringen is weinig transparant. Het recht op een hospitalisatieverzekering is weinig bekend bij de mensen waarvoor dit recht is ingevoerd, namelijk mensen met een chronische ziekte of handicap. Een ‘type-contract hospitalisatieverzekering’ waarin de premies, de inhoud en omvang van dekking en de algemene contractvoorwaarden zijn opgenomen, laat de patiënt toe om een geïnformeerde keuze te maken, vergelijkbaar met de keuze tussen spaarrekeningen op basis van de rentevoet.”



AANTAL BUITENLANDSE PATIËNTEN IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN STIJGT, MAAR BLIJFT BEPERKT

Steeds meer mensen reizen naar een ander land om daar een geplande medische behandeling te volgen. Het KCE schat dat er in 2008 bijna 23.000 buitenlandse patiënten werden opgenomen in Belgische ziekenhuizen. Dit aantal vertegenwoordigt nog geen 1,5 % van het totaal aantal ziekenhuisopnames, maar er is wel een continue stijging merkbaar van 60% op 5 jaar tijd (2004-2008). Voor dagopnames is de toename vergelijkbaar.

VOORAL PATIËNTEN UIT NEDERLAND EN FRANKRIJK

Het overgrote deel van de buitenlandse patiënten komt uit andere landen van de Europese Unie, en vooral dan uit Nederland en Frankrijk.

VOORAL HOSPITALISATIES VOOR INGREPEN AAN WERVELKOLOM EN LEDEMATEN EN VOOR PLAATSEN VAN HEUPPROTHESE

De meeste buitenlandse patiënten laten zich gepland in een Belgisch ziekenhuis opnemen voor ingrepen aan de wervelkolom en aan de ledematen, en voor het plaatsen van een heupprothese. Dit alles samen is goed voor een vierde van alle verblijven. Bij klassieke hospitalisaties staan behandelingen tegen zwaarlijvigheid en het verwijderen van vernauwde slagaders op de 2e en 3e plaats. Dagopnames gebeuren vooral voor vruchtbaarheidsbehandelingen, genetische counseling en chemotherapie. De graad van ernst van de aandoening is bij de buitenlandse patiënten gemiddeld lager dan bij de Belgische patiënten.

RISICO OP FINANCIËLE PROBLEMEN BIJ ZIEKENHUIZEN

Door de complexe Belgische ziekenhuisfinanciering is het vandaag voor Belgische ziekenhuizen financieel niet interessant om grote aantallen buitenlandse patiënten aan te trekken, tenzij om de leegstaande bedden te bezetten. Een toename van buitenlandse patiënten zou de ziekenhuissector in financiële problemen kunnen brengen. Daarom stelt het KCE alternatieve mechanismen voor, zoals een apart budget voor buitenlandse patiënten, of een forfaitaire prijs per aandoening.

NOG GEEN WACHTLIJSTEN, MAAR BEST OPVOLGEN

Tot nu toe hebben de ziekenhuizen nog geen melding gemaakt van het bestaan van wachtlijsten, maar ze volgen dit ook niet echt op. Blijkbaar bezetten de buitenlandse patiënten tot nu toe vooral de leegstaande bedden. Toch wordt er best een opvolgingssysteem opgezet in regio's waar de stromen van patiënten plots aanzienlijk toenemen. Deze taak zou kunnen worden uitgevoerd door het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit, dat sinds kort operationeel is.

IMPACT

Het rapport vormde de aanleiding voor de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en de mutualiteiten om overleg te plegen rond de problematiek.



Irm Vinck, expert juriste:

“ De Richtlijn van 9 maart 2011 betreffende patiëntenmobiliteit regelt de grensoverschrijdende gezondheidszorg binnen Europa en wil daarmee vooral de rechtspositie van de EU-burger verbeteren. Zo bevestigt de Richtlijn het principe van terugbetaalbaarheid van een medische behandeling in een ander EU-land door de sociale zekerheid. Daarnaast formuleert ze een aantal ‘nieuwe’ patiëntenrechten en stimuleert ze meer gestructureerde samenwerking tussen de lidstaten. De EU-lidstaten moeten de Richtlijn uiterlijk tegen 25 oktober 2013 omzetten in nationale wetgeving.”

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BIJ KINDEREN EN JONGEREN: EEN EERSTE VERKENNENDE FASE

Psychische problemen bij kinderen en jongeren zijn niet zo zeldzaam. De WGO (Wereldgezondheidsorganisatie) schat dat ze voorkomen bij ongeveer 1 op 5 westerse kinderen en jongeren, en dat ongeveer 5% van hen klinische tussenkomst nodig heeft.

Zorg voor deze leeftijdsgroep moet vaak over de grenzen van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heen gebeuren, bijvoorbeeld door de huisarts of kinderarts. Bovendien komen veel problemen voor het eerst aan het licht buiten de zorgsector, zoals op school. De zogenaamde 'belendende sectoren', zoals welzijnswerk, justitie, gehandicaptenzorg, onderwijs moeten dan ook betrokken worden bij de GGZ.

In België leeft er een breed verspreide perceptie dat het opvangnet voor kinderen en jongeren met psychische problemen tekortschiet, of dat het minstens aan een grondige herziening toe is. Toch zijn er vele initiatieven die trachten om het probleem het hoofd te bieden. Maar welke lessen kunnen eruit worden getrokken? De FOD Volksgezondheid vroeg het KCE aanbevelingen te formuleren voor een doelmatige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor kinderen en adolescenten.

In een eerste fase zocht het KCE naar goede evidence in de wetenschappelijk literatuur om bepaalde organisatievormen aan te bevelen. Het ging ook kijken hoe andere westerse landen (Nederland, Canada en Engeland) deze uitdaging aanpakken.

Het rapport brengt alleen de beschikbare informatie bij elkaar, maar formuleert nog geen voorstellen voor de Belgische zorgorganisatie. Bij de interpretatie en het formuleren van voorstellen voor hervorming zullen de Belgische stakeholders betrokken worden. Het resultaat hiervan zal beschreven worden in een tweede rapport, dat zal worden gepubliceerd in de eerste helft van 2012.

Marijke Eyssen, arts expert:

“De literatuur over organisatiemodellen binnen GGZ voor kinderen en jeugd is weinig richtinggevend voor beleidsmakers. De twee belangrijkste modellen geven alleen de grote beleidslijnen aan. De gevoerde hervormingen gaan in de praktijk uit van theoretische denkkaders, die gebaseerd zijn op een aantal maatschappelijke waarden, en die in belangrijke mate overlappen in de bestudeerde landen. Bij het praktisch realiseren van deze denkkaders ondervindt men echter in alle onderzochte landen talrijke moeilijkheden, en over het daadwerkelijke resultaat van de gevoerde hervormingen zijn er meestal weinig harde gegevens.”





RUSTHUIZEN GAAN KOMENDE JAREN BEST NIET OP RUST

Over 15 jaar is 1 op 5 Belgen ouder dan 65 jaar, en bijna 3% van de bevolking ouder dan 85. Door de vergrijzing van de Belgische bevolking zal het aantal ouderen dat thuis of in een instelling zorg nodig heeft, aanzienlijk toenemen.

In 2011 werd de organisatie van de langdurige zorg voor de ouderen verspreid over het federale, gewestelijke en gemeentelijke niveau. Sinds 1997 werden er 3 protocolovereenkomsten afgesloten tussen de federale overheid en de gewesten. Het doel was om geleidelijk bedden voor minder afhankelijke bewoners te vervangen door bedden voor zeer afhankelijke bewoners. Tegelijk werd er een moratorium ingesteld op de uitbreiding van het aantal bedden in residentiële structuren, om de uitgaven onder controle te houden. Het moratorium verstreek op 1 oktober 2011, en nieuwe voorstellen moesten worden geformuleerd voor de toekomst.

PROJECTIEMODEL

De FOD Volksgezondheid vroeg het KCE om een wetenschappelijk onderbouwd projectiemodel te ontwikkelen, om op die manier te kunnen inschatten hoeveel residentiële plaatsen er voor ouderen in woonzorgcentra en in rust- en verzorgingstehuizen nodig zullen zijn de volgende 10 à 15 jaar. Dankzij de samenwerking met het Federaal Planbureau kon het KCE beroep doen op de nodige knowhow voor dit type studies.

JAARLIJKS 1600 TOT 3500 NIEUWE PLAATSEN NODIG

Op dit moment verblijven er bijna 125.000 65-plussers in een rusthuis. Het projectiemodel schat dat er in 2025 149.000 tot 177.000 bedden zullen nodig zijn. Jaarlijks komt dit neer op 1600 tot 3500 nieuwe plaatsen.

RESIDENTIËLE ALTERNATIEVEN EN THUISZORG KAN STIJGENDE VRAAG GEDEELTELIJK OPVANGEN

De groeiende behoefte aan zorg op lange termijn zou gedeeltelijk kunnen worden opgevangen door meer thuiszorg aan te bieden. Maar zelfs als de thuiszorg met de helft zou toenemen, hebben over 15 jaar nog steeds 149.000 ouderen residentiële zorg nodig. Dat komt overeen met een jaarlijkse toename van 1600 bedden.

NA 2025 ZAL DE VRAAG NOG MEER TOENEMEN

De vraag naar meer langdurige ouderenzorg zal niet stoppen in 2025. De komende 15 tot 20 jaar moeten worden beschouwd als een soort 'inlooperperiode', met een matige stijging van de vraag. Na 2025 bereiken de eerste babyboomers de leeftijd van 80 jaar. Vanaf dan begint er een periode waarin de behoefte nog veel sterker zal toenemen.

IMPACT

Rekening houdend met de bestaande toestand en in afwachting van de resultaten van de KCE-studie werd reeds overeengekomen om het moratorium te verlengen, maar tegelijkertijd met 1233 eenheden uit te breiden. Die uitbreiding zal van toepassing zijn tot

31 december 2012. Het is mogelijk dat het vierde protocolakkoord, op basis van de resultaten van deze KCE-studie, andere criteria zal voorzien dan degene die in de voorgaande akkoorden waren vooropgesteld (Belgisch Staatsblad, 09.11.2011).

Sabine Stordeur: senior HSR expert:

“ Het bouwen van projectiemodellen vraagt een zeer specifieke expertise die we bij het Federaal Planbureau vonden. Deze partner stond ons bij het uitvoeren van dit onderzoeksproject met de juiste knowhow bij. Dankzij hun deskundige inbreng, en via het combineren van talrijke beschikbare data, konden wij u een state-of-the-art model voorleggen. Het poogt op de gestelde vragen een antwoord te geven, met inbegrip van het mogelijke effect van enkele hypothetische alternatieve scenario's. Wij hopen zo ons steentje te hebben bijgedragen tot een evidence-based beleid voor de ouderenzorg in de komende decennia.”



FINANCIËEL OVERZICHT

BALANS				
ACTIVA			PASSIVA	
	2010	2011	2010	2011
VASTE ACTIVA	568 688	557 778	EIGEN VERMOGEN	8 142 168
Immateriële vaste activa			Overgedragen winst	8 142 168
Plannen en studies				6 272 053
Concessies, licenties	32 882	58 125		
Materiële vaste activa			SCHULDEN	2 136 079
Gebouwen	407 188	356 290		2 867 062
Uitrusting en kantoorat.	26 652	17 400	Schulden op meer dan één jaar	
Informaticamateriaal	101 965	125 963	Leningen	356 290
Financiële vaste activa				305 391
			Schulden op ten hoogste één jaar	
VLOTTENDE ACTIVA	9 709 559	8 581 337	Schulden die binnen het jaar vervallen	50 899
Schuldvorderingen op ten hoogste één jaar			Leveranciers	125 729
Te innen opbrengsten			Te ontvangen facturen	1 024 460
				1 513 180
			Schulden m.b.t. bezold.en soc lasten	
Liquide middelen			Voorheffing	139 180
De Post	9 457 363	8 293 588	RSZ	185 372
Standaardkassen	302	460	Bezoldigingen	
			Diverse inhoudingen op netto	
			Provisie vakantiegeld	220 000
			Groepsverzekering	225 000
Overlopende rekeningen			Andere sociale schulden	33 500
Over te dragen kosten	251 894	287 289	Overige schulden	
			Betalingen onderweg	650
				2360
TOTAAL ACTIVA	10 278 247	9 139 115	TOTAAL PASSIVA	10 278 247
				9 139 115

RESULTAATREKENINGEN			
	2010	2011	
BEDRIJFSOPBRENGSTEN	9 171 613	9 112 406	
74 Andere bedrijfsopbrengsten			
Subsidies	9 161 473	9 102 854	
Recuperatie maaltijdcheques	10 140	9 553	
Varia			
BEDRIJFSKOSTEN	7 248 612	7 668 233	
61 Diensten en diverse goederen			
Studies in onderaanneming	1 050 673	1 224 120	
Lokalen en materieel	663 996	562 759	
Bureelkosten en benodigdheden			
documentatie	89 475	105 050	
communicatie	11 277	20 768	
andere bureelkosten en benodigdheden	112 589	105 868	
Externe diensten			
consultants en externe experts	151 977	175 906	
diensten en consultants informatica	134 688	158 198	
andere externe diensten	74 459	64 696	
Opleiding	59 600	47 473	
Verplaatsings -en onthaalkosten	64 157	34 049	
Presentiegeld	3 298	3 862	
62 Bezoldigingen en sociale lasten			
Bezoldigingen	3 240 173	3 442 163	
RSZ-bijdragen	994 560	1 075 184	
Verzekeringen voor het personeel	323 183	299 307	
Andere voordelen voor het personeel	116 345	144 652	
63 Afschrijvingen, waardev. en provisies	158 162	204 176	
BEDRIJFSRESULTAAT	1 923 002	1 444 174	
Financiële opbrengsten	18	133	
Financiële kosten	1 911	1 781	
COURANT RESULTAAT	1 921 108	1 442 525	
Uitzonderlijke opbrengsten	691 930		
Uitzonderlijke kosten	2 156 115	3 312 640	
UITZONDERLIJK RESULTAAT	-1 464 185	-3 312 640	
RESULTAAT UIT DE GEWONE BEDRIJFSVOERING	456 923	-1 870 115	



KCE-MEDEWERKERS

Voorzitterfuncties

Gillet Pierre |

Managementfuncties

Mertens Raf | 16
Closon Jean-Pierre | 12
Leonard Christian | 19
De Gauquier Kristel | 30

Expertfuncties

Briat Gudrun | 3
Camberlin Cécile | 27
Chalon Patrice |
Cleemput Irina | 23
Christiaens Wendy |
De Laet Chris | 38
Desomer Anja |

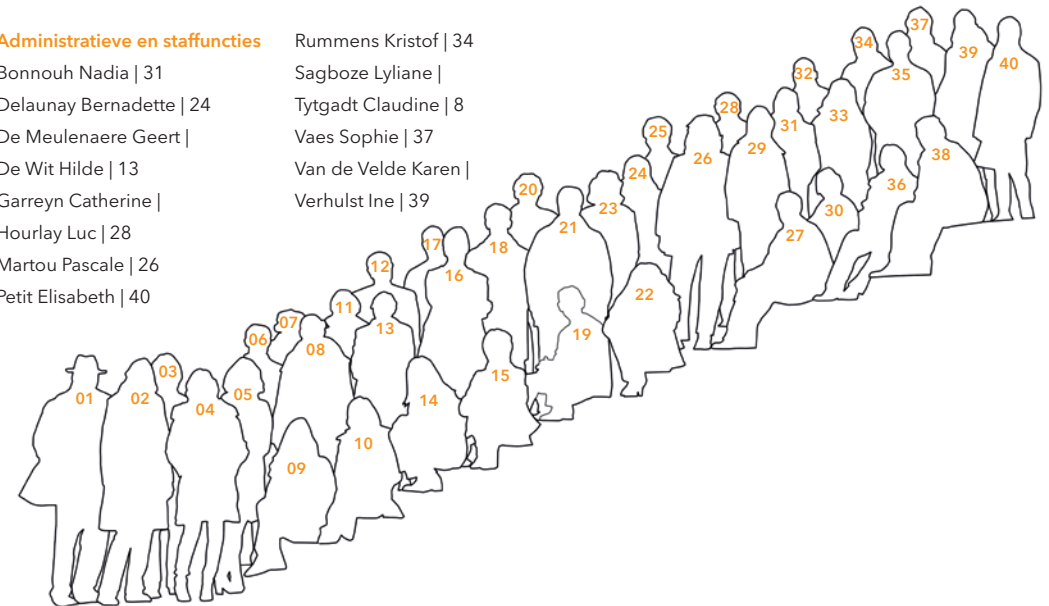
Devos Carl | 17
Devriese Stephan | 36
Dubois Cécile | 4
Eyssen Marijke |
Farfan-Portet Maria Isabel | 14
Gailly Jeannine |
Gerken Sophie | 10
Hanquet Germaine |
Hulstaert Frank | 6
Jonckheer Pascale | 33
Kohn Laurence |
Lona Murielle | 22
Mambourg Françoise | 7
Neyt Mattias | 18
Obyn Caroline |
Paulus Dominique |
Pierart Julien |

Robays Jo |
Roberfroid Dominique | 20
Somville Vincent | 25
Stordeur Sabine | 29
Stroobandt Serge | 32
Swartenbroeckx Nathalie | 5
Thiry Nancy | 9
Van Brabandt Hans |
Van den Heede Koen | 21
Van de Sande Stefaan | 1
Van de Voorde Carine | 15
Verleye Leen | 11
Vinck Irm |
Vlayen Joan | 35
Vrijens France | 2

Administratieve en staffuncties

Bonnouh Nadia | 31
Delaunay Bernadette | 24
De Meulenaere Geert |
De Wit Hilde | 13
Garreyn Catherine |
Hourlay Luc | 28
Martou Pascale | 26
Petit Elisabeth | 40

Rummens Kristof | 34
Sagboze Lyliane |
Tytgadt Claudine | 8
Vaes Sophie | 37
Van de Velde Karen |
Verhulst Ine | 39



PERSONEELSPLAN

FUNCTIES	BEHOEFTE	EFFECTIEF	
		31/12/10	31/12/11
VOORZITTER	0,2	0,2	0,2
MANAGEMENTFUNCTIES			
Algemeen directeur	1	1	1
Adjunct algemeen directeur	1	1	1
Directeur	2	1	2
TOTAAL	4	3	4
EXPERTFUNCTIES			
Arts expert	12,6	10,5	11,6
Expert economie	8,3	9,4	9,1
Expert Health Services Research	6,8	7,9	6,8
Expert data management	4,4	3,6	4,4
Kennismanager	1	1	1
Expert communicatie	0,9	0,9	0,9
TOTAAL	34	33,3	33,8
ONDERSTEUNDE FUNCTIES			
Juridisch adviseur	1	0,5	1
Adm. en budgettaire adviseur	1	1	1
Directiesecretaris/progr.beheer	3	3	3
Bibliothecaris/documentalist	1	1	1
Gegradueerde in projectbeheer	1	0	0
ICT deskundige	1	1	1
HR deskundige	1	1	1
Technisch deskundige	1	1	1
Administratief assistent	2	1	2
ICT-assistent	1	1	1
TOTAAL	13	10,5	12
TOTAAL	51,2	47,00	50,00





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 1 (D/2005/10.273/01)
10. De kost van tandprothesen (D/2005/10.273/03)
11. Borstkankerscreening (D/2005/10.273/05)
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele 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 actuariael model en eerste schattingen) (D/2005/10.273/15)
17. Evaluatie van de referentiebedragen (D/2005/10.273/17)



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

2006

- 25. Capsule Endoscopie (D2006/10.273/01)
- 26. Medico-legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen (D2006/10.273/05)
- 27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg (D2006/10.273/07)
- 28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België (D2006/10.273/10)
- 29. Nationale Richtlijnen van het College voor oncologie: A. Algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek Wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker (D2006/10.273/12)
- 30. Inventaris van databanken gezondheidszorg (D2006/10.273/14)
- 31. Prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening (D2006/10.273/17)
- 32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie - Onderzoeksrapport : deel II (D2006/10.273/19)
- 33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugerd 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 griepvaccinatie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijn (D/2006/10.273/65)
- 50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. (D/2006/10.273/68)

2007

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



- 60. Longfunctie testen bij volwassenen. (D2007/10.273/27).80
- 61. Vacuümgeassisteerde wondbehandeling: een Rapid Assessment. (D2007/10.273/30).
- 62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT). (D2007/10.273/32).
- 63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. (D2007/10.273/35).
- 64. HPV Vaccinatie ter preventie van baarmoederhalskanker in België. (D/2007/10.273/41).
- 65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België. (D/2007/10.273/44).
- 66. Drug Eluting Stents in België. (D/2007/10.273/47).
- 67. Hadrontherapie. (D/2007/10.273/50).
- 68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars (D/2007/10.273/52).
- 69. Kwaliteit van rectale kankerzorg, fase 1: Een praktijkrichtlijn voor rectale kanker. (D/2007/10.273/54).
- 70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediteringsprogramma's in Europa (D/2008/10.273/01).
- 71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk. (D/2008/10.273/04).
- 72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. (D/2008/10.273/07).
- 73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen (D2008/10.273/11).

2008

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



- 82. 64-Slice computertomografie van de kransslagaders bij patiënten met vermoeden van coronaire hartziekte. (D/2008/10.273/40).
- 83. Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heelkunde. (D/2008/10.273/43).
- 84. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. (D/2008/10.273/46).
- 85. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. (D/2008/10.273/49).
- 86. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. (D/2008/10.273/52).
- 87. Het gebruik van kinesitherapie en van fysische geneeskunde en revalidatie in België. (D/2008/10.273/54).
- 88. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. (D/2008/10.273/58).
- 89. Rapid assessment van enkele nieuwe behandelingen voor prostaatkanker en goedaardige prostaathypertrofie. (D/2008/10.273/61).81
- 90. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. (D/2008/10.273/63).
- 91. Hoorapparaten in België. (D/2008/10.273/67).
- 92. Nosocomiale infecties in België, deel 1: nationale prevalentiestudie. (D/2008/10.273/70).
- 93. Detectie van adverse events in administratieve databanken. (D/2008/10.273/73).
- 94. Intensieve maternale verzorging (Maternal Intensive Care) in België. (D/2008/10.273/77).
- 95. Percutane hartklep implantatie bij congenitale en degeneratieve klepletsels. (D/2008/10.273/79).
- 96. Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekerings-overeenkomsten. (D/2008/10.273/82).
- 97. NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie. (D/2008/10.273/84).
- 98. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België. (D/2008/10.273/88).
- 99. Financiering van het geriatisch dagziekenhuis. (D/2008/10.273/90).
- 100. Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. (D/2008/10.273/94).
- 101. Videoregistratie van endoscopische chirurgische interventies: rapid assessment. (D/2008/10.273/97).

2009

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



- 105. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van pancreaskanker (D/2009/10.273/10).
- 106. Magnetische Resonantie Beeldvorming: kostenstudie (D/2009/10.273/14).
- 107. Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg - Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België (D/2009/10.273/16).
- 108. Tiotropium in de behandeling van Chronisch Obstructief Longlijden (COPD) (D/2009/10.273/18).
- 109. De waarde van EEG en geëvokeerde potentialen in de klinische praktijk (D/2009/10.273/21).
- 110. Positron Emissie Tomografie: een update (D/2009/10.273/24).
- 111. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment (D/2009/10.273/27).
- 112. Beleid voor zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen (D/2009/10.273/30).
- 113. Het volume van chirurgische ingrepen en de impact ervan op de uitkomst: haalbaarheidsstudie op basis van Belgische gegevens (D/2009/10.273/33).
- 114. Endobronchiale kleppen bij de behandeling van ernstig longemfyseem: een "rapid" Health Technology Assessment (D/2009/10.273/37).
- 115. Organisatie van palliatieve zorg in België (D/2009/10.273/40).
- 116. Rapid assessment van interspinale implantaten en pedikelschroeven voor dynamische stabilisatie van de lumbale wervelkolom (D/2009/10.273/44).
- 117. Gebruik van point-of care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie (D/2009/10.273/47).
- 118. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van "Pay for Quality" programma's in België (D/2009/10.273/50).
- 119. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling (D/2009/10.273/54).
- 120. Hoe zelfvoorziening in stabiele plasmaderivaten voor België verzekeren? (D/2009/10.273/57)82

2010

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





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

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

2011

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



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



Nota's



JAARVERSLAG 2011

VAN HET FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Brussel: 2012

Met de medewerking van **Karin Rondia** en **Peter Raeymaekers**, wetenschapsjournalisten

Grafische vormgeving en druk: **Pictogram**

Fotografie: **Karel Duerinckx**

Coördinatie: **Gudrun Briat (KCE)**

ISSN: 1783-4112

Wenst u jaarverslagen (bij) te bestellen ? Stuur een mail naar info@kce.fgov.be

www.kce.fgov.be

