

CM-Informatie

Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

285

september 2021

Evolutie van de uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen gedurende de voorbije tien jaar

Een analyse van de globale cijfers van de RIZIV-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten toont een grote toename in de uitgaven in de afgelopen jaren. Deze toename betreft vooral de uitgaven voor geneesmiddelen die verstrekt worden aan ambulante patiënten in het ziekenhuis (= patiënten die niet in het ziekenhuis overnachten). Aan welke geneesmiddelen besteden we het meeste en welke zijn de duurste geneesmiddelen per patiënt? Wat is het aandeel van de geneesmiddelen die tijdelijk vergoed worden via een vertrouwelijke overeenkomst met farmaceutische firma's? Ten slotte, welk perspectief is er voor de generische en biosimilaire geneesmiddelen?

Hoe kunnen we de kwaliteit van gespecialiseerde palliatieve zorg meten? Een ervaring uit Vlaanderen

De voorbije jaren is de aandacht voor de kwaliteit van palliatieve zorg toegenomen. Door de stijgende levensverwachting en het toenemende belang van chronische aandoeningen, wordt het overlijden vaak voorafgegaan door een langdurig ziekteproces dat gepaard gaat met een langzame achteruitgang van het lichamelijk en/of cognitief functioneren. In 2020 nam de CM-studiedienst deel aan de evaluatie van het werk van de palliatieve zorgteams op basis van de criteria ontwikkeld door de onderzoeksgroep 'Zorg rond het levenseinde' bij de VUB-UGent. De analyse is de basis voor een verslag dat enkel aan de betrokken zorgverleners wordt bezorgd met de bedoeling het personeel te motiveren zich in te zetten voor de verbetering van hun functioneren.

Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen: naar kortere verblijven

De duur van het verblijf in kraamafdelingen geeft aanleiding tot veel discussie en (vaak negatieve) reacties. Lopen we, door de verblijfsduur te verkorten, niet het risico dat ofwel de moeder ofwel de baby heropgenomen moet worden in het ziekenhuis? Inderdaad, een verkort verblijf moet gepaard gaan met een postnatale follow-up (waarbij een globale en gecoördineerde visie op de te leveren zorg wordt geïntegreerd). Uit de CM-gegevens blijkt dat een systematische postnatale follow-up niet gegarandeerd is, noch voor de moeder, noch voor de baby, en dit ondanks een aanzienlijke activiteit van de zorgverleners. Bovendien roept het feit dat in ons land de minder gegoede moeders minder lang in de kraamkliniek blijven, vanuit dit oogpunt vragen op.

CM-visie op palliatieve zorg: een zoektocht naar verbondenheid

Onze aandacht voor dit thema hangt samen met het belang dat CM hecht aan levenskwaliteit en kwaliteit van zorg. Vanuit een brede definitie van gezondheid en zorg, kijken we naar palliatieve zorg op een positieve manier: wat kan er wel nog, ondanks de beperkingen, en waar liggen de krachten? In dit nummer presenteren wij de visienota die de basis vormt voor verdere reflectie en standpuntontwikkeling in het domein palliatieve en levenseindezorg binnen onze organisatie.



CM. Jouw gezondheidsfonds.

Gezondheid meten?

De laatste jaren krijgt het gezondheidssysteem te maken met twee tegenstrijdige ontwikkelingen in de manier waarop het gezondheid meet. Enerzijds is er de toegenomen wens, in de hand gewerkt door de grootschalige digitalisering van gezondheidsgegevens, om gezondheid te objectiveren op basis van cijfergegevens. Anderzijds is er de even belangrijke tendens om gezondheidsindicatoren te subjectiveren, dit is ze te begrijpen vanuit de manier waarop individuen ze ervaren (Benamouzig, 2010). Deze twee kwesties bestaan naast elkaar in het gezondheidsonderzoek en worden weerspiegeld in de methodologieën voor het verklaren van sociale problemen op vlak van gezondheid en kwaliteit van leven. Hoe meten we gezondheid?

Deze ogenschijnlijk eenvoudige vraag stuurt fundamenteel het gezondheidsbeleid. Als wij bijvoorbeeld een gezondheidsdoelstelling voor de bevolking bepalen, hoe zullen wij dan bevestigen dat deze bereikt is? Hoe kunnen we het resultaat meten? Volgens welke criteria en door wie? De objectieve tendens is weliswaar absoluut noodzakelijk om de doeltreffendheid en de performantie van ons beleid te evalueren, maar is soms ook zeer onnauwkeurig voor het meten van menselijke elementen, zoals de kwaliteit van de begeleiding aan het begin of aan het einde van het leven. Vaak is een combinatie van benaderingen nodig om te begrijpen wat er wordt gemeten.

Waarom is dit belangrijk?

Ten eerste, omdat we alleen kunnen weten wat we kunnen benoemen. Tellen is een manier om een probleem aan het licht te brengen. Laten we de farmaceutische specialiteiten nemen. De kost ervoor stijgt elk jaar met enkele miljoenen euro's, die zo niet elders in de gezondheidszorg worden geïnvesteerd. Tellen betekent in dit geval laten zien hoe het gekozen beleid zich vertaalt in concrete investeringen in bepaalde sectoren. In 2019 lopen de kosten voor farmaceutische specialiteiten op tot 4,658 miljard euro, oftewel 21% van het gezondheidszorgbudget. Het is daarom belangrijk te weten wat deze kosten vertegenwoordigen en welke gezondheidsdoelstellingen ermee worden bereikt. Daartoe bestudeerden we de evolutie in de laatste tien jaar van de uitgaven voor terugbetaalbare geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten, en in het bijzonder de tien duurste

moleculen. Zo wilden we nagaan hoe hun gebruik en kost de gezondheidszorgbegroting hebben beïnvloed. Helaas worden in België sommige geneesmiddelen 'innovatief' genoemd en vallen zij onder geheime contracten die rechtstreeks met de farmaceutische firma's worden gesloten. Daarom kunnen wij de toegevoegde waarde voor de gezondheid of de inhoud van de financiële overeenkomsten niet onafhankelijk onderzoeken, zoals een recente KCE studie aantoont (Neyt et al., 2021). Toch is de kostenstijging aanzienlijk en continu. Deze moleculen vertegenwoordigen een kwart van het geneesmiddelenbudget, dit is bijna één miljard, tegen 140 miljoen in 2007. In dit eerste voorbeeld kunnen we bijna niets meten: noch de gezondheidswinst, noch de toename van de levenskwaliteit of de overlevingskansen van de patiënten, noch de reële kosten, alleen de spectaculaire evolutie van de overheidsuitgaven. Wij stellen vast dat de belangrijkste kosten niet te wijten zijn aan de duurste moleculen omdat het maar over een beperkt aantal patiënten gaat, maar aan dure moleculen die op grote schaal door een toenemend aantal patiënten worden gebruikt (in het bijzonder bepaalde geneesmiddelen tegen kanker). We wijzen ook op de onderbenutting van generische en biosimilaire geneesmiddelen en op het gebrek aan transparantie bij het gebruik van zogenaamde innovatieve moleculen, waarvan de kosten door de contracten worden gedekt.

Laten we nu het aantal dagen tellen dat men in het ziekenhuis verblijft bij een bevalling. Dit is al enkele jaren drastisch afgenomen, maar het cijfer laat niet toe de kwaliteit te evalueren van de opvolging die de moeders krijgen in de maand volgend op de geboorte van hun kind. In onze studie hebben wij de verblijfsduur niet als dusdanig willen benoemen (we weten dat deze in bepaalde landen die goede resultaten boeken op vlak van de gezondheid van jonge moeders zeer kort of zelfs onbestaande is, met name de Scandinavische landen). We wilden eerder de invloed ervan evalueren op de gezondheid van de moeders en vervolgens van de baby's. Onze eerste bevinding is dat de opvolging thuis over het algemeen toeneemt. Niettemin stellen wij vast dat er ook situaties zijn waar er een onderbreking is van de zorg. Onze vrees geldt vooral voor de meest kwetsbare moeders en gezinnen. In het ziekenhuis zijn alle zorgverleners samen fysiek rond moeder en kind aanwezig en wordt direct in hun behoeften voorzien.

Bibliografie

- Benamouzig, D. (2010). Mesures de qualité de vie en santé, Un processus social de subjectivation? Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, pp. 135-176.
- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., Castanares-Zapatero, D., Fairon, N., Hulstaert, F., Verleye, L. (2021) *Benefits and Costs of Innovative Oncology Drug in Belgium (2004-2017)*. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Maar de thuiskomst kan een drastisch andere ervaring zijn, afhankelijk van de persoonlijke situatie van het duo moeder-kind (hun gezondheidstoestand, de kwaliteit van de directe omgeving, de steun van naasten, de duurzaamheid van de zorgrelatie via al dan niet het bezoek van vroedvrouwen of medico-sociale hulpverleners). Het feit dat VT-moeders (die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en dus in een situatie van economische kwetsbaarheid verkeren) sneller worden ontslagen dan de anderen, baart ons dan ook zorgen. Wij weten niet of dit te wijten is aan de schrik voor de ziekenhuisfactuur, een gebrek aan steun thuis, met name voor de zorg voor andere familieleden, of aan andere voorkeuren die uit onze gegevens niet kunnen worden opgemaakt. Onze studie concludeert dat het noodzakelijk is de oorzaken te begrijpen van de vastgestelde verschillen om te begrijpen hoe de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg kan worden bevorderd, ongeacht de economische situatie van de moeders.

Maar het moeilijkst te meten is de subjectieve dimensie van de kwaliteit van de zorg die aan een persoon wordt geboden. En in het geval van palliatieve zorg kan de kwaliteit niet worden gemeten met kwantitatieve indicatoren van genezing of overleven. In 2020 hebben we daarom deelgenomen aan een evaluatie door de Vlaamse Federatie Palliatieve Zorg om de kwaliteit te meten van de zorg verleend aan mensen in palliatieve zorg door verschillende palliatieve zorgteams op basis van criteria ontwikkeld door de onderzoeksgroep "Zorg rond het levenseinde" van de VUB en de UGent. Deze criteria zijn een combinatie van subjectieve gegevens (over de ervaringen van de patiënt en zijn naasten en zorgverleners), procedurele gegevens (over het soort begeleiding dat wordt aangeboden, zoals een gesprek over zingeving, toegang tot informatie, aandacht voor de psychologische dimensie van de persoon) en zorggegevens. Op basis van de analyse van deze indicatoren werd een collectief rapport opgesteld (op teamniveau) en enkel voorgelegd aan de betrokken zorgverleners, met als doel het personeel te motiveren zich in te zetten om hun functioneren en de kwaliteit van hun begeleiding rond de verschillende facetten van de persoon in de palliatieve zorg te verbeteren.

Deze ervaring heeft onze overtuigingen over de noodzaak van een brede visie op gezondheid op alle gebieden van de gezondheidszorg diepgaand verrijkt en bevestigd. Palliatieve zorg, ook al is deze vaak sterk gemedicaliseerd, is ook een tijd van het leven waarin rekening houden met alle dimensies van de menselijkheid van de persoon echt van invloed kan zijn op de levenskwaliteit van de persoon.

Deze ervaring, maar ook onze deskundigheid en ons engagement in dit domein, hebben ons ertoe aangezet een visienota te schrijven over hoe wij ons kwaliteitsvolle palliatieve zorg voorstellen. Deze nota concentreert zich op dertien aanbevelingen om palliatieve patiënten gedurende hun ziekte te begeleiden, uitgaande van hun behoeften en waarden. Een betere erkenning van de sector in zijn diversiteit, een snellere zorgverlening die rekening houdt met een brede visie op gezondheid, zowel thuis als in woonzorgcentra, zijn allemaal aspecten die de begeleiding van de patiënt en zijn of haar omgeving fundamenteel kunnen veranderen en hun levenskwaliteit positief kunnen beïnvloeden. Wij leggen ook uit hoe psychiatrische patiënten op een specifieke manier kunnen worden ondersteund, met name door de voorkeur te geven aan de crustatieve zorgbenadering (een term die in Vlaanderen gebruikt wordt voor de 'schelpzorg' die een persoon die lijdt omringt). Deze nota is onze visie op de uitdagingen van de palliatieve zorg, maar overlapt ook met onze visie op gezondheidszorg en gezondheid.

Wij zijn van mening dat een combinatie van de subjectieve en objectieve dimensies van de beoordeling van gezondheid van cruciaal belang is, zodat wij de pertinentie van ons systeem steeds in vraag kunnen stellen in het licht van maatschappelijke veranderingen. Het is op het kruispunt van theoretische benaderingen dat de zwakke punten, maar ook de mogelijke oplossingen voor de voortdurende verbetering van het gezondheidssysteem naar voren komen. Gezondheid meten? Dit is in de eerste plaats een kwestie van maatschappelijke keuze: een samenleving waarin de patiënt geen gegeven is, maar een unieke actor die begeleid moet worden in zijn keuzes, mogelijkheden en behoeften.

Élise Derrotte
Directrice Studiedienst

Evolutie van de uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd in ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten

Caroline Lebbe – Dienst Politiek en Beleid ZIV
Rose-Marie Ntahonganyira – Studiedienst

Samenvatting

Een analyse van de globale cijfers van de RIZIV-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten toont een grote toename in de uitgaven in de afgelopen jaren. Tussen 2014 en 2019 zijn de netto-uitgaven voor vergoede farmaceutische specialiteiten gestegen van 3,992 miljard euro tot 4,658 miljard euro. Deze toename betreft vooral de uitgaven voor geneesmiddelen die verstrekt worden aan ambulante patiënten in het ziekenhuis (= patiënten die niet in het ziekenhuis overnachten).

In dit artikel stellen we een gedetailleerde analyse voor van de uitgaven in deze sector op basis van de CM-facturatiegegevens. Ons doel was vast te stellen welke klassen van geneesmiddelen aan de basis liggen van deze aanzienlijke uitgavenstijging. Daarom ging we na aan welke geneesmiddelen we het meeste besteden en welke de duurste geneesmiddelen per patiënt zijn. We keken ook naar de geneesmiddelen die tijdelijk vergoed worden via een vertrouwelijke overeenkomst met farmaceutische firma's. Ten slotte onderzochten we wat het aandeel is van generische en biosimilaire geneesmiddelen (verder biosimilars).

Uit de resultaten van onze studie kunnen we besluiten dat de uitgavenstijging voor de ziekteverzekering voor farmaceutische specialiteiten verklaard kan worden door een sterke toename van de uitgaven voor antitumorale geneesmiddelen. Een andere vaststelling is dat het niet de duurste geneesmiddelen (uitgedrukt in gemiddelde jaarlijkse kost per patiënt) zijn die het budget belasten, maar de dure geneesmiddelen - meestal nieuwe en tijdelijk terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering - die door een steeds grotere doelgroep worden gebruikt. Het vertrouwelijke karakter van de contracten aan de basis van de tijdelijke vergoede geneesmiddelen leidt tot een groeiend gebrek aan transparantie bij de besteding van publieke middelen en een toenemende onmogelijkheid om de kosteneffectiviteit van de(ze) geneesmiddelen te beoordelen.

Sleutelwoorden: Geneesmiddelen, nieuwe geneesmiddelen, geneesmiddelen onder contract, uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering, ambulante aflevering in het ziekenhuis, generische geneesmiddelen, biosimilars

1. Inleiding

Tussen 2014 en 2019 stegen de netto-uitgaven¹ voor terugbetaalde farmaceutische specialiteiten van 3,992 miljard euro naar 4,658 miljard euro (zie RIZIV-nota's CGV 2020/085 en CGV 2018/120). Dit is een groei met 17% over vijf jaar. Deze evolutie staat in fel contrast met deze voor de periode 2010-2014, toen er een daling was van 4,013 miljard euro naar 3,992 miljard euro.

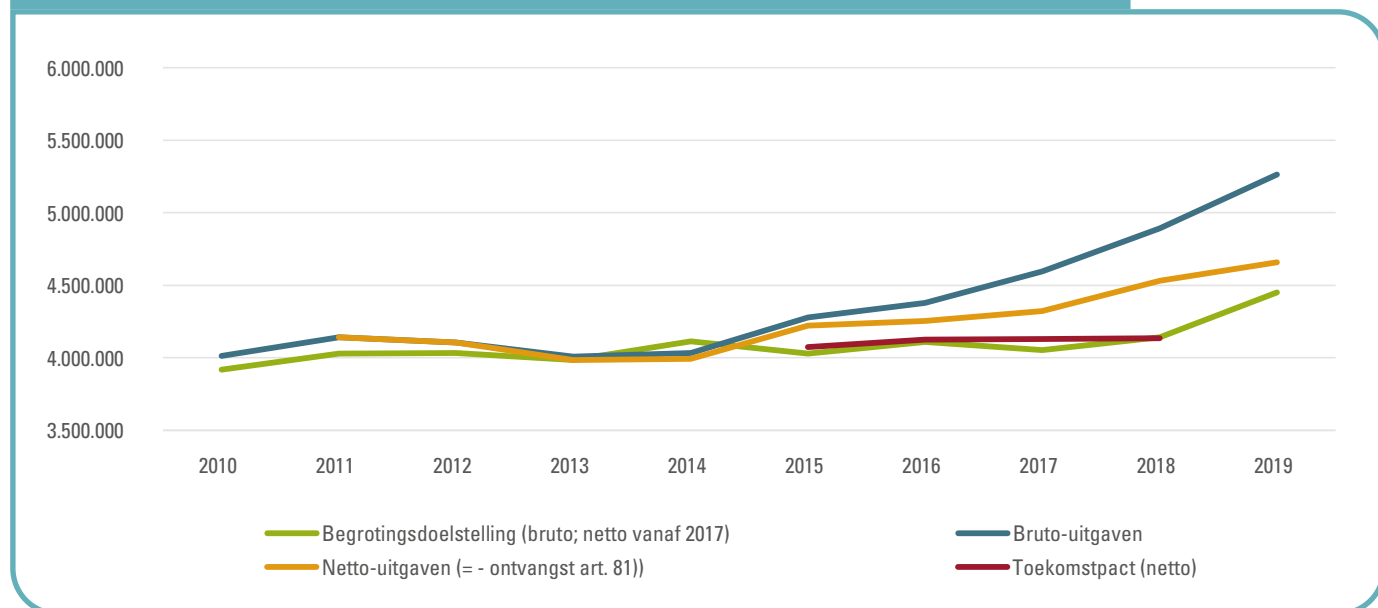
Het "Toekomstpact voor de patiënt en met de farmaceutische industrie" dat voormalig minister De Block afsloot voor de periode 2015-2018, voorzag een maximale groei berekend op gemiddeld 0,5% per jaar (zie ook Lebbe, 2016). Sinds 2015 is de stijging van de netto-uitgaven en het overschrijden van de begrotingsdoelstelling voor de farmaceutische specialiteiten systematisch geworden. En deze situatie blijft bestaan ondanks de toekenning van een jaarlijkse groei van 8% sinds 2019. De totale massa van deze overschrijdingen is voor de periode van 2015 tot 2020 geraamd op 1,314 miljard euro (respectievelijk 225, 189, 268, 393, 198 en 41² miljoen euro). Dit is gemiddeld 219 miljoen euro per jaar (zie Figuur 1).

Het budget voor de farmaceutische specialiteiten vertegenwoordigt ongeveer 18% van het globaal budget voor de

gezondheidszorg (zie RIZIV-nota CBC 2021/085). Voor een verdere analyse kan een onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende plaatsen waar geneesmiddelen worden afgeleverd. Geneesmiddelen moeten, volgens de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen altijd afgeleverd worden door een apotheker. Meestal is dit een apotheker werkzaam in een openbare officina (de apotheken die we allemaal kennen uit het straatbeeld). Naast deze officina-apothekers zijn er ook apothekers die tewerkgesteld zijn in een ziekenhuis (= ziekenhuisapothekers). Elk ziekenhuis heeft namelijk een eigen ziekenhuisapotheek en de ziekenhuisapotheker is verantwoordelijk voor de aflevering van alle geneesmiddelen in het ziekenhuis. Het gaat dan niet alleen om de geneesmiddelen voor patiënten die gehospitaliseerd zijn, maar ook deze voor de patiënten die voor behandeling naar het ziekenhuis komen zonder er te overnachten, bijvoorbeeld voor een chemobehandeling.

We willen er ook op wijzen dat er steeds meer geneesmiddelen zijn die enkel door ziekenhuisapothekers mogen afgeleverd worden, zoals de meeste weesgeneesmiddelen voorgeschreven voor zeldzame aandoeningen (zie Kader 1). Patiënten die deze geneesmiddelen nodig hebben, moeten die dan ook in het ziekenhuis afhalen. Op deze manier onderscheiden we drie verschillende sectoren voor de geneesmiddelen: (1) geneesmiddelen afgeleverd door een apotheker werkzaam in de openbare apotheken, (2) geneesmiddelen afgeleverd door een

Figuur 1: Evolutie van de bruto- en netto-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten in de periode 2010-2019 ten opzichte van de vastgestelde begrotingsdoelstelling (bron: RIZIV nota's)



1. Met netto wordt bedoeld: "rekening houdende met inkomsten geïnd in het kader van de overeenkomsten volgens art 111 ev. van KB van 1 februari 2018.
2. De overschrijding 2020 is een raming op het ogenblik van de redactie van dit artikel – bron RIZIV-nota ARGV 2020 075

ziekenhuisapotheker voor gehospitaliseerde patiënten en (3) geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisapotheker aan ambulante patiënten (patiënten die NIET in het ziekenhuis overnachten). Elke sector kent zijn specifieke facturatie- en financieringsregels.

Een analyse per sector van de bruto-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten leert dat vooral de uitgaven voor geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisapotheker aan ambulante patiënten toenemen: van 814 miljoen euro in 2010 tot 2.155 miljoen euro in 2019. Dit is een groei van 165% over negen jaar (zie Figuur 2). Daarentegen bleven de bruto-uitgaven in de sectoren van de openbare officina en bij hospitalisatie (met overnachting) de voorbije tien jaar ongeveer stabiel of namen zelfs af.

Welke geneesmiddelenklassen liggen aan de basis van deze toename? Welke geneesmiddelen wegen het meest op de verplichte ziekteverzekering? Welke geneesmiddelen zijn het duurst per patiënt? Wat is het gewicht van de geneesmiddelen gefinancierd in het kader van een vertrouwelijke overeenkomst tussen de minister en de farmaceutische bedrijven? Wat is het aandeel van generische en biosimilaire geneesmiddelen in deze sector? Dit zijn de vragen die de leidraad vormen voor ons onderzoek.

Kader 1: Weesgeneesmiddelen en College van artsen voor een weesgeneesmiddel

Weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die gebruikt worden voor de behandeling van zeldzame ziekten en die als dusdanig erkend zijn door het Europees geneesmiddelenagentschap (EMA). Een zeldzame ziekte is een levensbedreigende en/of ernstige en chronische aandoening die niet meer dan 5 personen op 10.000 treft. Gezien enerzijds de hoge prijs van weesgeneesmiddelen en anderzijds de vaak beperkte therapeutische evidentie, is de terugbetaling van deze geneesmiddelen vanuit de Belgische solidariteit in het kader van de verplichte ziekteverzekering vaak gebonden aan strikte voorwaarden en aan de goedkeuring door de adviserend arts van het ziekenfonds. Deze voorwaarden worden hoofdzakelijk bepaald op basis van gegevens van de aangeleverde klinische studies. Omdat het doorgaans gaat over weinig gekende ziekten, werden voor bepaalde specialiteiten Colleges van artsen voor weesgeneesmiddelen opgericht, bestaande uit experts die de adviserend arts moeten helpen bij het nemen van de beslissing of de patiënt al dan niet voldoet aan de vooropgestelde voorwaarden voor terugbetaling. Al de weesgeneesmiddelen waarvoor een College van artsen bestaat, mogen enkel afgeleverd worden door de ziekenhuisapotheker.

Figuur 2: Verdeling van de bruto-uitgaven van de verplichte ziekteverzekering (ZIV) per sector (bron: RIZIV)



2. Uitgaven van de verplichte ziekteverzekering (ZIV) voor geneesmiddelen afgeleverd aan ambulante patiënten in het ziekenhuis in de periode 2010-2019 (CM-gegevens)

Om de huidige situatie inzake de uitgaven voor geneesmiddelen in België beter te kunnen begrijpen, analyseerden we de facturatiegegevens voor de CM-leden voor de sector van 'geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisapothekers aan ambulante patiënten' (verder 'sector' genoemd). Terwijl de cijfers hierboven globale cijfers zijn voor de hele ziekteverzekering, gebaseerd op RIZIV-informatie, hebben onderstaande cijfers enkel betrekking op CM-uitgaven en op CM-leden over periode 2010-2019. CM vertegenwoordigt momenteel ongeveer 41% van de Belgische bevolking. De demografische verdeling van de CM-leden is niet 100% gelijk aan de demografische verdeling van de Belgische bevolking. Extrapolatie van de onderstaande cijfers naar de Belgische bevolking is dan ook een schatting die dus lichtjes kan afwijken van de realiteit.

Belangrijk om te onthouden is ook dat het in onze analyses steeds gaat over bruto-uitgaven. Er wordt geen rekening gehouden met mogelijke restituties in het kader van art 111 en volgende (zie Kader 2). Deze restituties gebeuren door de betrokken firma's rechtstreeks aan het RIZIV.

Kader 2: Wat is een overeenkomst artikel 111 en volgende van het Koninklijk Besluit van 1 februari 2018 (soms ook contracten artikel 81 genoemd)?

Voor sommige geneesmiddelen bestaat er onzekerheid over de verhouding tussen de kost van het geneesmiddel en de toegevoegde waarde ervan voor de patiënten. In dergelijke gevallen is een definitieve opname in de terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering eigenlijk voorbarig. Om de patiënten toch toegang tot deze geneesmiddelen te kunnen geven en tegelijkertijd meer gegevens te verzamelen over de waarde van dit geneesmiddel, is er in de regelgeving een mogelijkheid ingebouwd voor een tijdelijke vergoeding, via een overeenkomst tussen het farmaceutisch bedrijven de bevoegde minister. Deze overeenkomst bevat meestal de onzekerheden die tijdens de periode van de overeenkomst moeten opgehelderd worden en een vertrouwelijk budgettair compensatiemechanisme.

Deze mogelijkheid bestaat sinds 2010, maar de regelgeving hierover is sindsdien verschillende keren gewijzigd. Momenteel kan het farmaceutische bedrijf aan de minister vragen een procedure tot overeenkomst op te starten (1) als de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) niet tot een definitief advies over terugbetaling aan de minister komt met een twee derde meerderheid (art 111), (2) op advies van de CTG (art 112) of (3) in bepaalde gevallen na een negatief advies van de CTG (art 113). De minister kan dan al dan niet ingaan op de vraag van de firma.

Soms wordt ook gesproken over 'artikel 81-overeenkomsten', omdat vóór het in voege treden van het huidige KB van 1 februari 2018, de procedure voor de overeenkomsten werd beschreven in artikel 81 en volgende van het KB van 11 december 2001.

2.1. Evolutie van de uitgaven voor ambulante farmaceutische specialiteiten in het ziekenhuis

Wij hebben eerst de totale uitgaven voor farmaceutische specialiteiten en de evolutie ervan in de afgelopen tien jaar geanalyseerd (zie Tabel 1).

Over de periode 2010-2019 namen de uitgaven ten laste van de ziekteverzekering voor CM-leden toe met 163% (van 373 naar 981 miljoen euro) terwijl het persoonlijk aandeel ten laste van de patiënt slechts met 40% toenam (van 8,3 naar 11,7 miljoen euro) (zie Tabel 1). De totale massa van persoonlijke aandelen vertegenwoordigde 2,2% van de totale kost in 2010 en 1,2% in 2019. Deze daling is te verklaren door het feit dat een groot deel van de (dure) nieuwe geneesmiddelen in onze studie voor 100% door de verplichte verzekering worden gedekt. En als er al een bijdrage van de patiënt kan worden gevraagd, dan is die ge-

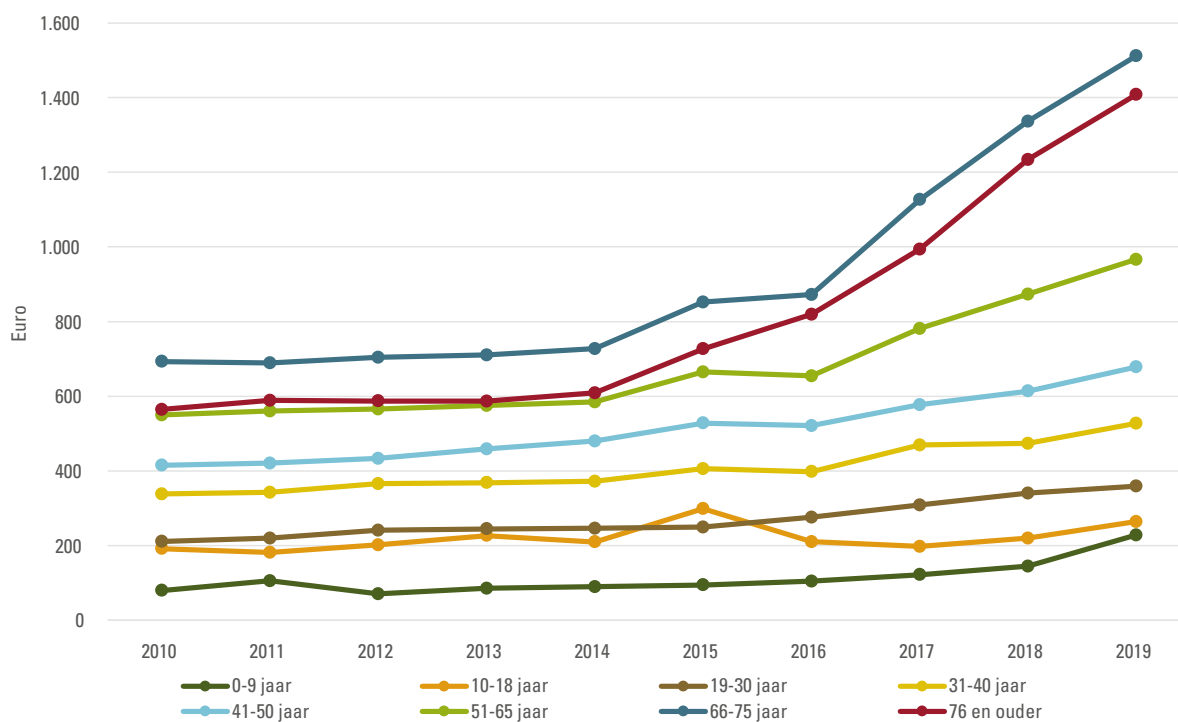
plafonneerd. Hierdoor wordt vermeden dat patiënten een hoog bedrag aan remgeld moeten betalen, ondanks de zeer hoge eenheidskost van veel nieuwe geneesmiddelen in deze sector.

We merken ook op dat het aantal behandelde patiënten in dezelfde periode is toegenomen met ongeveer 27% (zie Tabel 1). We stellen vast dat de toename van het aantal patiënten en van de gemiddelde ZIV-kost per patiënt vanaf 2015 vooral 50-plus-sers betreft (zie figuur 3). De toename van het aantal patiënten is vooral hoog in de leeftijdscategorie 66-75 jaar. Binnen deze leeftijdsgroep bedraagt de toename 51% terwijl deze voor de andere leeftijdsgroepen gaat van 6% (0-9 jaar) tot 43% (76 jaar en ouder). Wat de ZIV-uitgaven betreft, wordt over een periode van 10 jaar (2010-2019) een sterke groei vastgesteld in drie leeftijdsgroepen: 76 jaar en ouder (257%), 66-75 jaar (229%) en 0-9 jaar (205%). Voor de rest van de leeftijdsgroepen varieert de groei tussen 49% (10-18 jaar) en 136% (51-65 jaar). In 2019 was 60% van de behandelde patiënten ouder dan 50 jaar (zie Figuur 4).

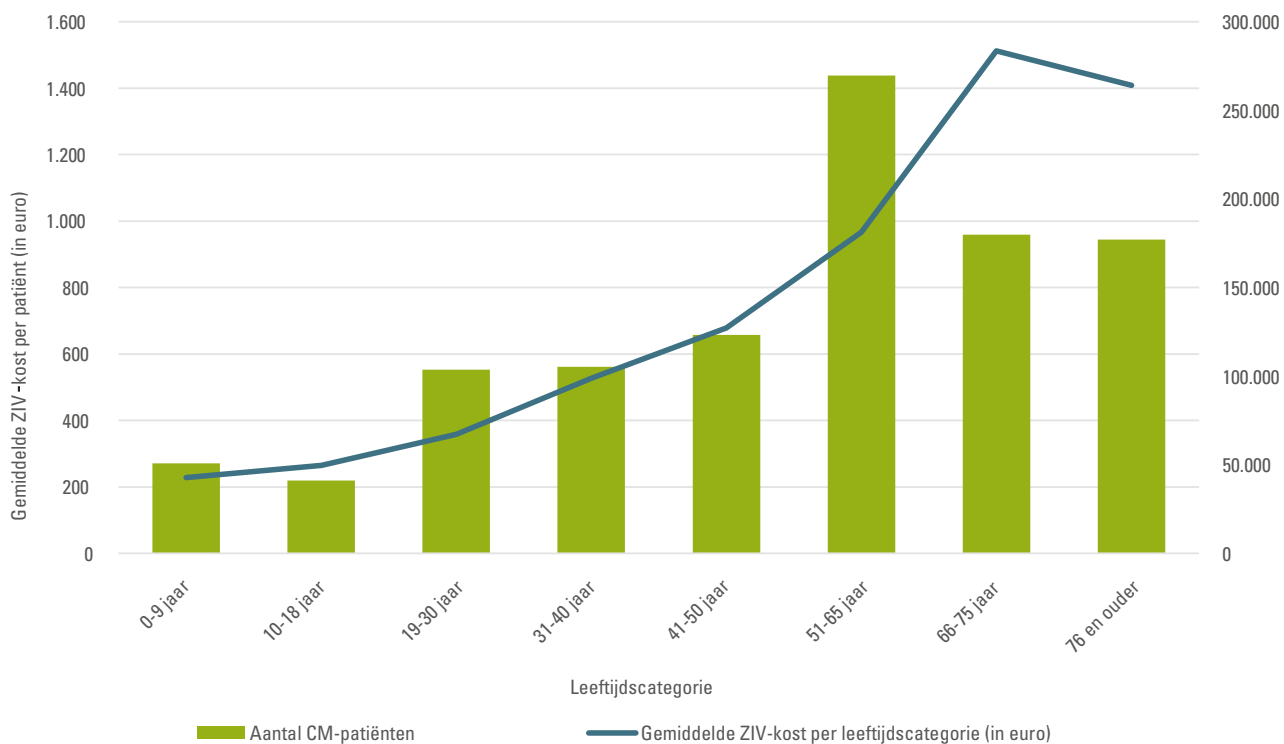
Tabel 1: Evolutie van de bruto-uitgaven voor farmaceutische specialiteiten ambulant afgeleverd in het ziekenhuis – CM-gegevens (bedragen in euro)

Jaar	Aantal unieke CM-patiënten	ZIV-uitgaven	Bedrag ten laste van de patiënt (remgeld).	Totaal bedrag ten laste van de patiënt (remgeld + supplement)	Groei ZIV-uitgaven (%) per jaar	Gemiddelde ZIV-uitgave per patiënt
2010	828.785	372.703.067	8.350.884	8.356.033		450
2011	863.391	396.972.625	8.730.143	8.731.187	6,5%	460
2012	889.795	418.756.249	9.242.110	9.244.976	5,5%	471
2013	911.644	439.432.840	9.380.116	9.381.548	4,9%	482
2014	943.680	469.152.420	9.610.586	9.611.575	6,8%	497
2015	965.103	552.585.865	10.006.320	10.006.581	17,8%	573
2016	987.094	580.894.608	10.422.948	10.424.186	5,1%	588
2017	995.211	708.393.222	10.820.519	10.825.090	21,9%	712
2018	1.017.041	837.118.986	11.223.680	11.235.839	18,2%	823
2019	1.050.712	980.748.762	11.740.252	11.741.293	17,2%	933
Groei (%) 2010-2019	26,78%	163,14%	40,59%	40,51%		

Figuur 3: Evolutie van de gemiddelde ZIV-kost per leeftijdscategorie



Figuur 4: Aantal patiënten en gemiddelde jaarlijkse ZIV-kost per leeftijdscategorie in 2019



2.2. Analyse van de evolutie van de ZIV-uitgaven volgens therapeutische klasse (niveau ATC2)

2.2.1. Koplopers in termen van ZIV-uitgaven: antitumorale geneesmiddelen en immunosuppressiva

Vervolgens analyseerden wij de evolutie van de ZIV-uitgaven tussen 2010 en 2019 voor geneesmiddelen die door ziekenhuis-apothekers aan ambulante patiënten worden verstrekt. We deelden deze in volgens het *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System* op het tweede niveau (ATC2), waarbij verschillende groepen geneesmiddelen worden onderscheiden naar therapeutische eigenschappen². Wat betreft de uitgaven zijn er twee therapeutische groepen die er in de periode 2010-2019 uitspringen: antitumorale middelen en immunosuppressiva.

In 2019 ging bijna de helft van de uitgaven (49,26%) naar antitumorale middelen (ATC L01). De immunosuppressiva (ATC L04) staan op de tweede plaats (16,47%). Deze twee geneesmiddelengroepen vertegenwoordigen in 2019 samen ongeveer 66% van de ZIV-uitgaven voor ambulante CM-leden in het ziekenhuis. Het relatief aandeel van antitumorale geneesmiddelen (ATC L01) nam toe van 35% in 2010 tot 49% in 2019 (zie Tabel 2). Dat van de immunosuppressiva (ATC L04) bleef ongeveer stabiel (van 16,8% naar 16,5%).

Bij de **antitumorale geneesmiddelen (ATC L01)** zijn, in 2019, de vijf belangrijkste moleculen die zwaar wegen op de uitgaven *pembrolizumab* (17%), *nivolumab* (9%), *palbociclib* (9%), *daratumumab* (6%) en *ibrutinib* (5%)³. *Nivolumab* en *pembrolizumab* zijn geneesmiddelen die behoren tot de zogenaamde immunotherapie en die worden ingezet voor de behandeling van verschillende soorten kankers. *Palbociclib* wordt gebruikt bij bepaalde types borstkanker, *daratumumab* bij *multiple myeloom* en *ibrutinib* bij sommige bloedkankers.

Het feit dat antitumorale geneesmiddelen worden gebruikt bij de behandeling van kanker en dat het risico op kanker toeneemt met de leeftijd, verklaart de hierboven vastgestelde stijging van de ZIV-uitgaven voor de 50-plussers.

De immunosuppressiva (ATC L04) zijn geneesmiddelen die worden gebruikt voor de behandeling van reumatoïde artritis, psoriasis, colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn. De ZIV-uitgaven voor deze groep evolueerden in de periode 2010-2019 van 62,4 miljoen naar 161,5 miljoen euro (+159%). Over diezelfde periode is het aantal behandelde patiënten meer dan verdubbeld (van 4.875 naar 10.636 (+118%)). In deze klasse zijn *lenalidomide* (28%), *infliximab* (18%), *vedolizumab* (13%) en *fingolimod* (7%) de moleculen waarvoor de uitgaven in 2019 het hoogst waren. Van deze moleculen is *vedolizumab* het meest recent in de terugbetaling opgenomen (2015).

Tabel 2: Evolutie van de ZIV-uitgaven (in duizenden euro) en van het aantal patiënten voor antitumorale geneesmiddelen (ATC L01)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Groei
ZIV-uitgaven	129.404	132.988	138.983	148.730	165.090	184.704	204.360	292.741	402.675	483.127	273,35%
Aantal CM-leden	20.440	21.211	22.340	23.052	23.751	24.316	25.027	26.797	28.661	30.843	50,90%
Totaal ATC2	372.703	396.973	418.756	439.433	469.152	552.586	580.895	708.393	837.119	980.749	163,14%
% uitgaven antitumorale geneesmiddelen	34,7%	33,5%	33,2%	33,9%	35,2%	33,4%	35,2%	41,3%	48,1%	49,3%	

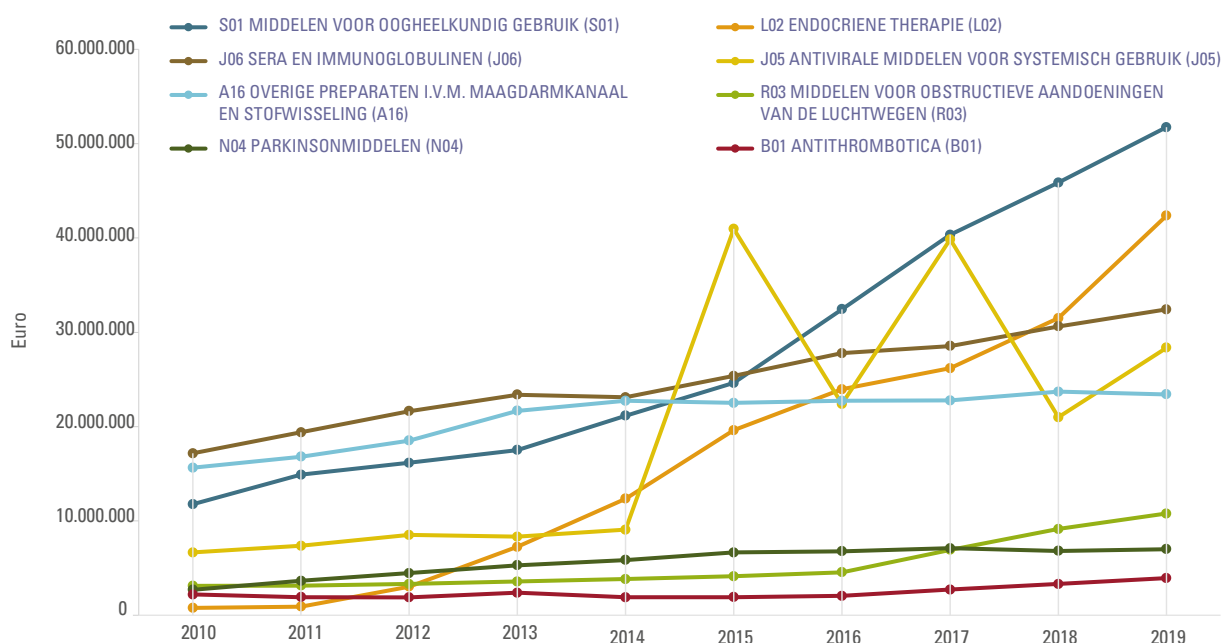
- ATC klasseert de geneesmiddelen op vijf niveaus: het eerste niveau of ATC1 klasseert de geneesmiddelen volgens het orgaan waarop ze inwerken, het tweede niveau of ATC2 klasseert de geneesmiddelen volgens de voornaamste therapeutische eigenschappen, het derde en vierde niveau of ATC3 en ATC4 stemmen overeen met chemische, farmacologische of therapeutische subgroepen en op het vijfde en laatste niveau of ATC5 worden de geneesmiddelen geklasseerd volgens een specifiek chemisch bestanddeel.
- Geneesmiddelen die voor minstens 1 indicatie tijdelijk vergoed worden via een contract in 2019 zijn in het blauw/italic aangegeven in dit artikel. *Pembrolizumab* en *nivolumab* zijn geneesmiddelen die sinds 2016 vergoed worden. *Palbociclib* en *daratumumab* worden sinds 2017 vergoed.

2.2.2. Andere klassen van geneesmiddelen in de top 20 ZIV-uitgaven(niveau ATC2) die onze aandacht trokken

Terwijl in 2010-2013 de derde plaats nog werd ingenomen door **sera en immunoglobulinen (ATC J06)**, zien we dat in 2015 de uitgaven voor de **antivirale middelen voor systemisch gebruik (ATC J05)** sterk toenemen (van 9 miljoen euro in 2014 naar

41 miljoen euro in 2015), om dan vervolgens terug af te nemen tot een zesde plaats in 2019 (zie Figuur 5). Sinds 2016 wordt de derde plaats ingenomen door **middelen voor oogheelkundig gebruik (ATC S01)** en de top 3 is sindsdien onveranderd gebleven: antitumorale middelen, immunosuppressiva en middelen voor oogheelkundig gebruik. De uitgaven voor deze drie klassen blijven elk jaar nog toenemen.

Figuur 5: Gedetailleerde evolutie van de andere klassen (zonder antitumorale middelen (L01) en immunosuppressiva (L04)) binnen de top 10 van therapeutische klassen in 2019



De ZIV-uitgaven voor de **oogheelkundige geneesmiddelen (ATC S01)**, gebruikt bij maculadegeneratie, een oogziekte die leidt tot progressieve gezichtsvermindering, zijn meer dan verviervoudigd (van 12 miljoen in 2010 naar 51,7 miljoen euro in 2019). Het aantal behandelde patiënten daarentegen nam in diezelfde periode slechts met 42% toe. In 2019 wordt 99% van de 51,7 miljoen uitgaven in deze therapeutische klasse gedaan voor twee moleculen: *ranibizumab* en *aflibercept*, die beide onderwerp zijn van een contract. In 2019 gebruikten 68.108 CM-leden minstens 1 maal een geneesmiddel van deze klasse.

Een andere groeiende uitgavenpost bevat de geneesmiddelen voor **endocriene therapie (ATC L02)**. In 2019 vertegenwoordigt deze klasse 42 miljoen euro aan uitgaven en 3.495 CM-leden kregen minstens 1 maal een geneesmiddel uit deze groep toegediend. Het gaat voornamelijk om drie moleculen: *enzalutamide* (38%), *fulvestrant* (7%) en *abiraterone* (54%).

Enzalutamide en *abiraterone* zijn twee geneesmiddelen die geïndiceerd zijn bij prostaatkanker en vergoed worden via een contract tussen de minister en de betrokken bedrijven.

We merken op dat de uitgaven voor *fulvestrant* over een periode van tien jaar toenemen van 0,49 miljoen naar 2,93 miljoen euro. Dit kan verklaard worden door het feit dat het indicatiegebied werd uitgebreid, naar een gebruik in combinatie met een nieuw geneesmiddel (*palbociclib*, een CDK4/6 remmer - zie ATC L01) bij de behandeling van borstkanker.

Ook de uitgaven voor de **sera en immunoglobulinen (ATC J06)** stijgen, van 17 miljoen euro in 2010 naar 32 miljoen euro in 2019. Het gaat om bijzondere geneesmiddelen. Het zijn concentraten van antilichamen die geëxtraheerd worden uit bloedplasma afkomstig van de bloeddonaties, en gebruikt worden voor

de behandeling van aandoeningen die vaak zeldzaam en soms zeer ernstig zijn. De productie ervan is afhankelijk van en beperkt door wat kan ingezameld worden via donoren. Voor een grondige analyse van het gebruik van deze geneesmiddelen verwijzen we naar KCE-rapporten (Bourgeois, Fairon, San Miguel, 2019; De Meester, Bourgeois, Devriese, San Miguel, 2020). Deze rapporten onderstrepen dat het toenemende gebruik van deze geneesmiddelen leidt tot schaarste op de markt en de schaarste leidt dan weer tot prijsstijgingen.

Er is ook een sterke toename van uitgaven voor de **antivirale geneesmiddelen (ATC J05)**, dit door de komst van nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van hepatitis C in 2015. Dit zijn dure geneesmiddelen die slecht drie tot maximaal zes maanden moeten ingenomen worden. Een behandeling met bijvoorbeeld *sofosbuvir* kostte in 2015 43.000 tot 86.000 euro (596 euro per tablet). De mogelijke doelpopulatie was zodanig groot dat de kosten zouden kunnen oplopen tot verschillende miljarden. Om de uitgaven beheersbaar te houden werden deze geneesmiddelen in eerste instantie slechts vergoed voor de meest zieke patiënten. Geleidelijk werden andere, op therapeutisch vlak gelijkaardige moleculen op de markt gebracht. Sinds 2019 is de faciale prijs⁵ gezakt en de terugbetaling uitgebreid naar alle patiënten, onafhankelijk van het ziektestadium. De hoge prijs en enorme budgetimpact leidden ertoe dat de toegankelijkheid van deze geneesmiddelen werd beperkt.

Een andere klasse waar we sinds 2015 een sterke toename van de uitgaven zien (tot 10,8 miljoen euro voor 21.017 patiënten in 2019) is de klasse van geneesmiddelen die gebruikt worden bij **obstructieve aandoeningen van de luchtwegen (ATC R03)**. Ook hier gaat het slechts om drie moleculen waar ongeveer 98% van de uitgaven binnen deze klasse naar toe gaat: omalizumab (41%), mepolizumab (37%) en benralizumab (20%). Het gaat om monoklonale antilichamen die geïndiceerd zijn bij ernstige vormen van astma die niet voldoende kan gestabiliseerd worden met andere beschikbare therapeutische opties. Belangrijk om te melden is dat deze geneesmiddelen ook via de gewone officina afgeleverd kunnen worden⁶.

En tenslotte willen we nog een laatste klasse uitlichten, de **antiparkinsonmiddelen (ATC N04)** (7 miljoen euro en 1.405 CM-leden in 2019). Voor deze therapeutische klasse gaat het voor 99% om uitgaven voor een cassette met levodopa en carbidopa. De uitgaven lijken de laatste jaren te stabiliseren. Dit geneesmiddel is een weesgeneesmiddel en de terugbetaling gebeurt onder toezicht van het College van artsen voor weesgeneesmiddelen (zie Kader 1).

Globaal voor deze analyse, onderstrepen we nogmaals dat de uitgaven voor antitumorale geneesmiddelen (ATC L01) en im-

munosuppressiva (ATC L04) meer dan de helft (66%) uitmaken van alle ZIV-uitgaven voor ambulant in het ziekenhuis afgeleverde geneesmiddelen. Zo bedragen de uitgaven voor antitumorale geneesmiddelen (ATC L01), marktleaders, in 2019 het negenvoud van de uitgaven voor oogheeskundige geneesmiddelen (ATC S01), die de derde plaats innemen.

2.3. Top 10 geneesmiddelen (op ATC5-niveau) in functie van de ZIV-uitgaven voor 2019

Vervolgens hebben we de CM-uitgaven geanalyseerd op ATC5-niveau, of anders gezegd het niveau van het actieve bestanddeel. We stellen vast dat in 2019, 39% van de bruto-uitgaven voor de sector (meer bepaald 382,7 miljoen euro op een totaal van 980,7 miljoen euro) besteed is aan 10 geneesmiddelen (zie Figuur 6). Dit is onze top 10 van moleculen met de hoogste ZIV-uitgaven.

Vijf moleculen van de top 10 behoren tot de klasse van de antitumorale middelen (L01): *pembrolizumab*, *nivolumab*, *palbociclib*, *daratumumab* en *ibrutinib*. De uitgaven voor deze vijf geneesmiddelen vertegenwoordigen samen 227 miljoen euro of 59% van de uitgaven van de top 10 en 47% van de uitgaven voor alle antitumorale middelen (L01) in deze sector (483 miljoen euro).

Binnen de klasse van de immunosuppressiva (L04) vertegenwoordigen *lenalidomide* en *infiximab* 46% (73,9 miljoen euro) van de uitgaven voor deze klasse (161,5 miljoen euro).

In 2019 werd 28,5 miljoen euro uitgegeven aan *ranibizumab*. Dit is 55% van de uitgaven in de klasse van de oogheeskundige middelen (S01) (51,7 miljoen euro).

Voor de meeste van deze geneesmiddelen uit de top 10 mag aan de patiënt geen persoonlijk aandeel (remgeld) worden aangerekend, behalve voor *infiximab* en *ranibizumab*. Voor deze twee geneesmiddelen betaalden de CM-leden in 2019 in het totaal ongeveer 1,58 miljoen euro.

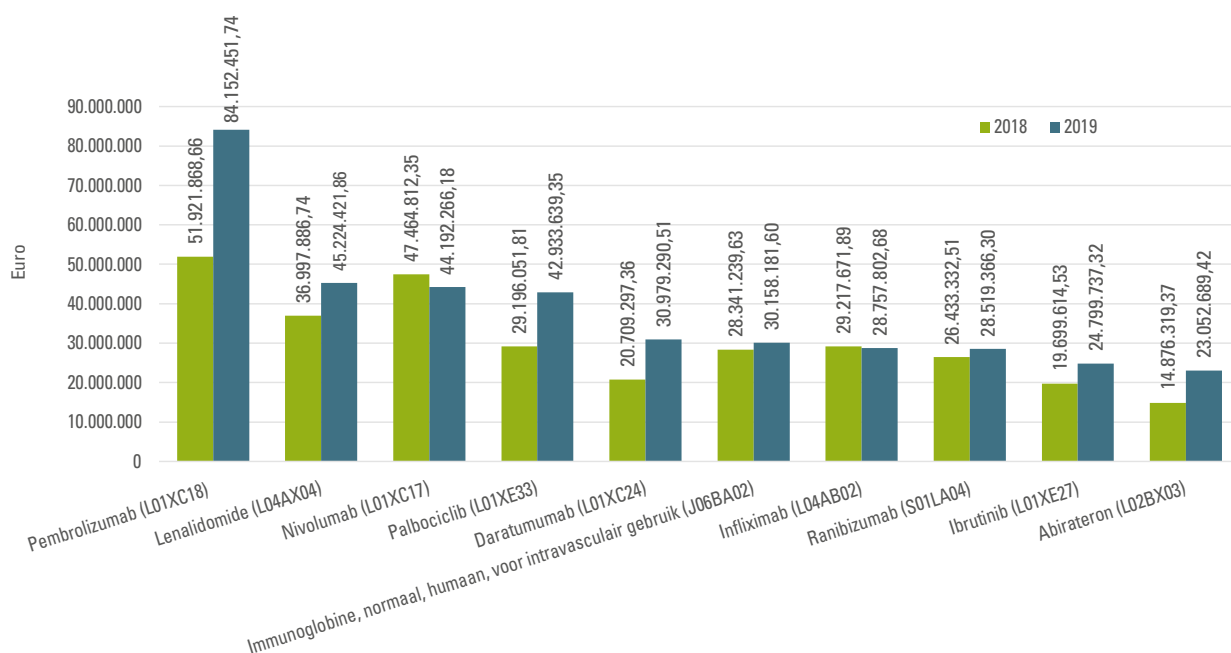
In 2019 is het aantal behandelde patiënten voor de meeste van deze tien moleculen toegenomen in vergelijking met 2018. In totaal werden in 2019 21.170 CM-leden met een geneesmiddel uit deze top 10 behandeld (zie Figuur 7).

In 2018 was *trastuzumab* nog in de top 10. Maar door de komst van de eerste biosimilar op de Belgische markt in 2018 daalde de kost per DDD met 31% tussen 2018 en 2019 (van 442 euro per DDD naar 305 euro per DDD). En de molecule verdwijnt in 2019 uit de top 10.

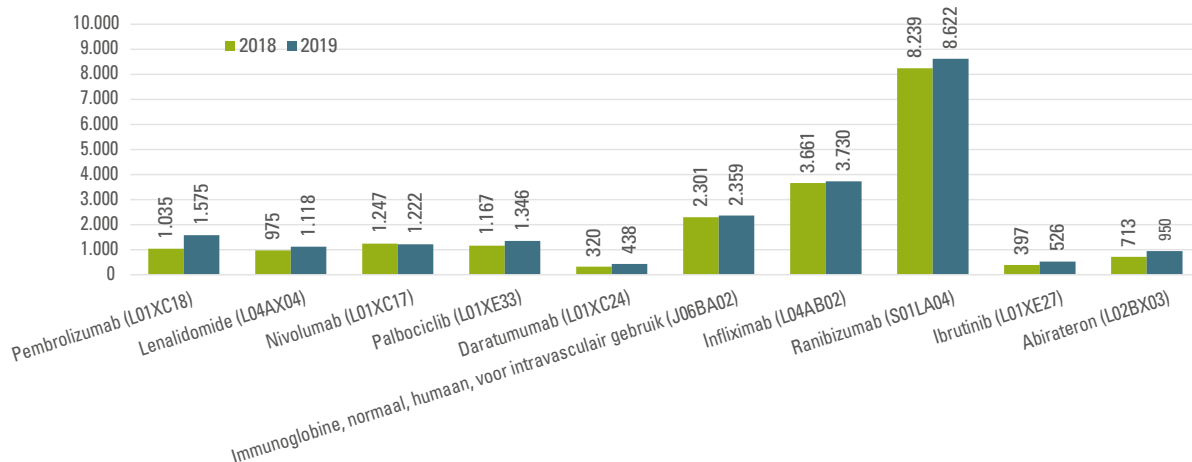
5. De faciale prijs is de officiële prijs en houdt geen rekening met de restitutie in het kader van een overeenkomst art 111 en volgende van het KB van 1 februari 2018.

6. De uitgaven voor geneesmiddelen afgeleverd in publieke officina zijn niet meegerekend in deze analyse.

Figuur 6: Top 10 van de moleculen waarvoor in 2019 de ZIV-uitgaven het hoogst zijn voor CM-patiënten ambulant behandeld in het ziekenhuis



Figuur 7: Aantal behandelde CM-leden met geneesmiddelen van de top 10 op vlak van ZIV-uitgaven in 2019



De gemiddelde jaarlijkse ZIV-kost per patiënt per jaar voor de moleculen uit deze top 10 varieert in 2019 tussen ongeveer 70.700 euro (voor *daratumumab*) en 3.300 euro (voor *ranibizumab*). Voor de meeste moleculen neemt die jaarlijkse kost per patiënt toe.

Wij willen erop wijzen dat acht van deze tien geneesmiddelen tijdelijk worden vergoed via een contract afgesloten tussen de minister en het bedrijf. Dit betekent dat de uitgaven voor deze moleculen in dit geval niet overeenkomen met de reële kost voor de verplichte ziekteverzekering. Een deel van de uitgaven wordt immers teruggestort, afhankelijk van de bepaling in de confidentiële overeenkomst. Vijf van de acht geneesmiddelen zijn recent en pas sinds 2015 opgenomen in de ziekteverzekering: *ibrutinib*, *nivolumab*, *pembrolizumab*, *palbociclib* en *daratumumab*.

2.4. Top 10 geneesmiddelen (ATC5-niveau) in functie van de gemiddelde ZIV-kost per patiënt in 2019

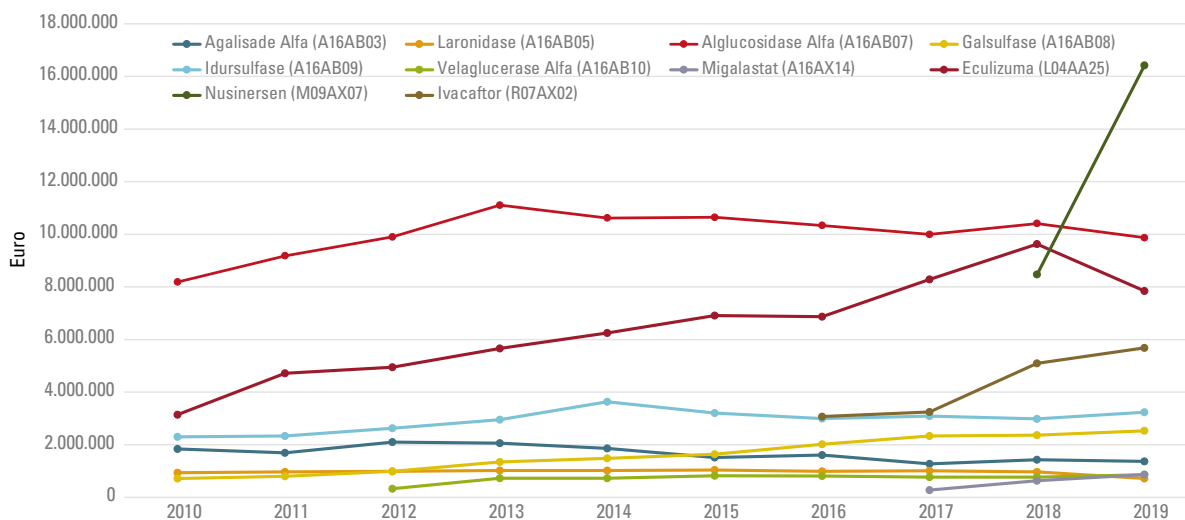
We analyseerden al de tien geneesmiddelen met de hoogste uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering. Als we de geneesmiddelen echter rangschikken op basis van de gemiddelde jaarlijkse ZIV-kost per patiënt, komen we tot een heel andere top 10 (zie Figuur 8). Geen enkel van de geneesmiddelen die per patiënt en per jaar het duurst zijn, komt voor in de top 10 van geneesmiddelen met grootste uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering. Het gaat hier om heel dure moleculen die slechts door een erg beperkte groep gebruikt worden: voor 2019 in totaal 183 CM-leden met een gemiddelde kost per patiënt per jaar tussen 632.000 euro en 195.000 euro.

Zeven van de tien moleculen met de hoogste gemiddelde ZIV-kost per patiënt, zijn enzymen die gebruikt worden bij bepaalde stofwisselingsziekten. Het gaat om pathologieën waarbij de patiënt een enzymvervangings therapie krijgt om het defecte of ontbrekende enzym te vervangen. De drie andere moleculen zijn *ivacaftor* gebruikt bij mucoviscidose, *eculizumab* voor de behandeling van paroxysmale nachtelijke hemoglobinurie (een bloedziekte) en atypische hemolytisch uremisch syndroom (een zeldzame genetische aandoening van vooral de nieren en het bloed) en *nusinersen* bij spinale musculaire atrofie (SMA, een genetische spieraandoening).

Bij geen enkele van deze geneesmiddelen wordt persoonlijk aandeel ten laste van de patiënt gelegd. Het betreft allemaal weesgeneesmiddelen voor de behandeling van zeldzame aandoeningen. Met uitzondering van *nusinersen*, zijn ze allemaal onderhevig aan een advies van het College van artsen voor het betrokken weesgeneesmiddel (zie Kader 2).

Zeven van de tien geneesmiddelen zijn al langer vergoed en op het moment van de vergoeding was het systeem van contracten artikel 111 en volgende, nog niet in voege (zie Kader 1). De uitgaven voor deze moleculen zijn in de bestudeerde periode, in tegenstelling tot de vorige top 10, stabiel met uitzondering van *nusinersen* en *ivacaftor*. Deze twee moleculen zijn pas recent vergoedbaar en de markt moet zich nog stabiliseren. De omzet voor *eculizumab* neemt ook toe, dit heeft te maken met uitbreiding van indicatie en dus van de doelgroep.

Figuur 8: Evolutie van de ZIV-uitgaven voor de top 10 ACT niveau volgens de gemiddelde ZIV-kost per patiënt in 2019



2.5. Geneesmiddelen tijdelijk vergoed via een vertrouwelijke overeenkomst

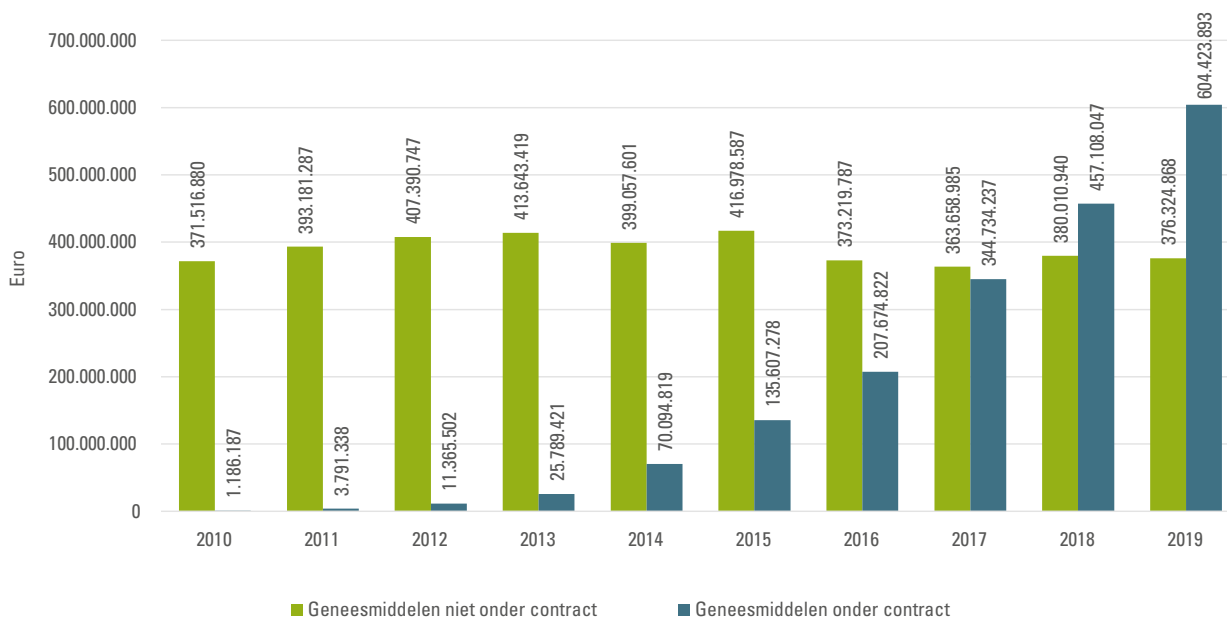
Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen geneesmiddelen die 'regulier' vergoed worden (en waarvan de faciale kost gelijk is aan hun reële kost) en geneesmiddelen die tijdelijk vergoed worden via een vertrouwelijke overeenkomst tussen de minister en het bedrijf (zie Kader 2)⁷. Voor deze laatste geneesmiddelen komt de faciale prijs (en dus de bruto-uitgaven) niet overeen met de reële kost voor de verplichte ziekteverzekering. De facturatiegegevens van de ziekenfondsen geven enkel de bruto-uitgaven weer.

In figuur 9 zien we dat de uitgaven voor geneesmiddelen onder contract zeer sterk zijn toegenomen, terwijl de uitgaven voor de andere geneesmiddelen de laatste vijf jaar zijn afgenomen. Het aandeel van de ZIV-uitgaven voor geneesmiddelen onder contract bedraagt in 2019 61% van de totale uitgaven voor 4% van ambulante patiënten die minstens 1 geneesmiddel terugbetaald kregen dat afgeleverd werd door de ziekenhuisapotheker. Voor de 'regulier' vergoede geneesmiddelen nemen de uitgaven de laatste jaren af terwijl het aantal patiënten

stijgt (zie Figuur 10). Deze twee tegengestelde tendensen zouden erop kunnen wijzen dat de stijging van de ZIV-uitgaven het gevolg is van de uitgavengroei van geneesmiddelen die tijdelijk worden terugbetaald via een vertrouwelijke overeenkomst tussen de minister en het bedrijf. Tegelijkertijd heeft de vertrouwelijkheid van de contracten tot gevolg dat voor een steeds groter aandeel van het budget geen uitspraken meer kunnen gedaan worden over de reële maatschappelijke kost van de betrokken geneesmiddelen. Anderzijds hebben de prijsverlagingen voor oudere geneesmiddelen buiten patent het mogelijk gemaakt om meer patiënten te behandelen tegen lagere kosten.

De uitgavenstijging voor geneesmiddelen onder contract leidt niet alleen tot een groeiend gebrek aan transparantie in de besteding van overheidsmiddelen, maar ook tot een toenemend onvermogen om de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen te beoordelen. Er debat dringt zich op: in welke mate is de toenemende non-transparantie aanvaardbaar om de toegankelijkheid van geneesmiddelen te waarborgen?

Figuur 9: Opdeling van de uitgaven in uitgaven voor geneesmiddelen via de reguliere terugbetaling en uitgaven voor geneesmiddelen die via een vertrouwelijke overeenkomst worden vergoed



7. Voor de analyse werd per jaar per ATC5-code rekening gehouden met geneesmiddelen die op 1 december van dat jaar onder contract waren.

Figuur 10: Geneesmiddelen onder contract: evolutie van het aantal CM-patiënten



2.6. Generische geneesmiddelen en biosimilars

Geneesmiddelen worden gedurende verschillende jaren (meestal meer dan tien jaar) tegen concurrentie beschermd door een patent en marktexclusiviteit. Het monopolie valt weg op het moment dat concurrenten voor de originele geneesmiddelen op de markt kunnen komen. In België leidt het op de markt komen van generieken (voor chemische geneesmiddelen) of biosimilars (voor biologische geneesmiddelen) tot een prijsdaling van het originele geneesmiddel en dus een kostendaling voor deze moleculen (Van haecht, Lebbe, Ntahonganyira, 2020)⁸. Bovendien geldt daarbovenop nog een specifieke facturatieregeling in de ziekenhuissector waardoor de kost voor de ziekteverzekering nog extra daalt (zie Kader 3).

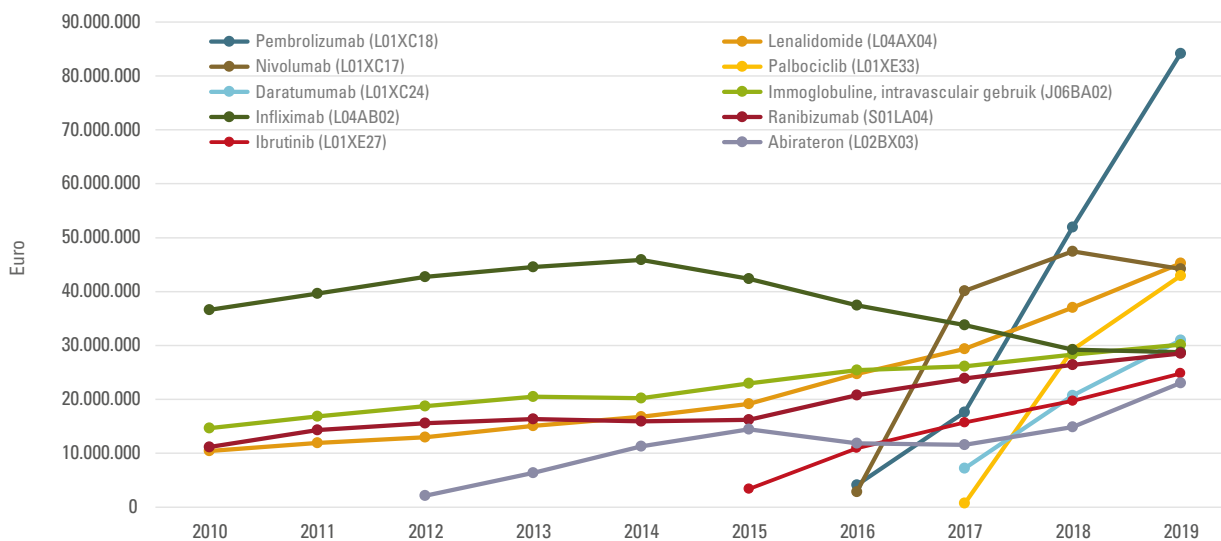
Nemen we het voorbeeld van infliximab waarover we al in deel 2.3. spraken. Als we de uitgavenevolucie voor infliximab over tien jaar analyseren, zien we dat tussen 2010 en 2015 de uitgavenstijging voor dit geneesmiddel constant is (zie Figuur 11). Maar sedert 2015, het jaar waarin minstens één biosimilar op de Belgische markt is gebracht, dalen de uitgaven voor

Kader 3: Facturatieregeling in het ziekenhuis voor generieken, biosimilars en hun originele referentiespecialiteit

Voor de ziekenhuizen werd een specifieke facturatieregeling voor geneesmiddelen ingevoerd. Sinds 1 juli 2013 zijn de ziekenhuizen onderworpen aan de wetgeving op de overheidsopdrachten. Als verschillende concurrenten (zoals een origineel geneesmiddel en de gelijkwaardige generieken/biosimilars) op de markt beschikbaar zijn, kunnen de ziekenhuizen de concurrentie uitspelen en zullen zij in de meeste gevallen dat geneesmiddel gebruiken dat voor hen het voordeligst is in aankoop. Met andere woorden, de aankoopprijs van het ziekenhuis kan lager zijn dan de officiële door het RIZIV bepaalde lijstprijs die gefactureerd mag worden. Om een deel van deze onderhandelde kortingen terug ten voordele van de gemeenschap te brengen, mogen de ziekenhuizen sinds 2017 geneesmiddelen en hun generieken/biosimilars, slechts aan 90% (sinds 1/4/2019 aan 85%) van de officiële lijstprijs of de vergoedingsbasis factureren aan de ziekteverzekering.

8. Men kan de geneesmiddelen opdelen in chemische en biologische. Chemische geneesmiddelen zijn doorgaans eenvoudige moleculen die geproduceerd kunnen worden door chemische synthese uit elementen of andere chemische verbindingen. Biologische geneesmiddelen worden geproduceerd door of geëxtraheerd uit een biologische bron. Dat kunnen bacteriën of schimmels zijn, maar ook dierlijke of menselijke cellen. Biologische geneesmiddelen onderscheiden zich van chemische door een complexere moleculaire structuur.

Figuur 11: Evolutie van de uitgaven van de top 10 geneesmiddelen over periode 2010-2019



infiximab (42,3 miljoen) en ligt het uitgavenniveau in 2019 lager dan dat van 2010 (28,7 miljoen). En dit terwijl het aantal patiënten tussen 2015 en 2019 met 5% is toegenomen. Dit wordt verklaard door het feit dat het monopolie van de oorspronkelijke fabrikant is verstreken, dat concurrenten gelijkwaardige geneesmiddelen mochten produceren en dat de komst van concurrenten op de Belgische markt geleid heeft tot een prijsdaling. Concreet, terwijl de kost per *daily defined dose* (DDD)⁹ voor infliximab in 2014 nog 20,63 euro was, zien we een verdere daling van 11,49 euro in 2018 naar 10,98 euro in 2019.

Om de kosten voor de ziekteverzekering onder controle te houden en budgettaire ruimte te creëren voor nieuwe geneesmiddelen, is het dus belangrijk dat die generieken en biosimilars op de Belgische markt komen. Ze moeten echter ook effectief voorgeschreven en gebruikt worden. Om het effectieve gebruik van generieke en biosimilaire geneesmiddelen in België te beoordelen, analyseerden we hun marktaandeel in 2019.

Voor deze analyse werden de totale ZIV-uitgaven van de sector opgedeeld in uitgaven voor chemische geneesmiddelen (46%) en uitgaven voor biologische geneesmiddelen (54%)¹⁰. Per segment werd dan nagegaan wat het aandeel generieken respectievelijk biosimilars is.

Wat betreft de chemische geneesmiddelen, neemt het volume aandeel van de generieken (uitgedrukt in DDD) langzaam toe (16% in 2019, zie Figuur 12), maar dit is aanzienlijk kleiner dan

in de sector geneesmiddelen afgeleverd via openbare officina (44% in 2019). Dit is deels te verklaren door het feit dat in de onderzochte sector het gebruik van nieuwe (en dus nog gepatenteerde) geneesmiddelen groter is en dat veel nieuwe geneesmiddelen exclusief door een ziekenhuisapotheker mogen worden afgeleverd. Toch is hier waarschijnlijk nog groeimarge voor de generieken. Specifieke aandacht zal moeten besteed worden aan toegankelijkheid tot generieken van deze dure geneesmiddelen die exclusief via het ziekenhuis worden afgeleverd.

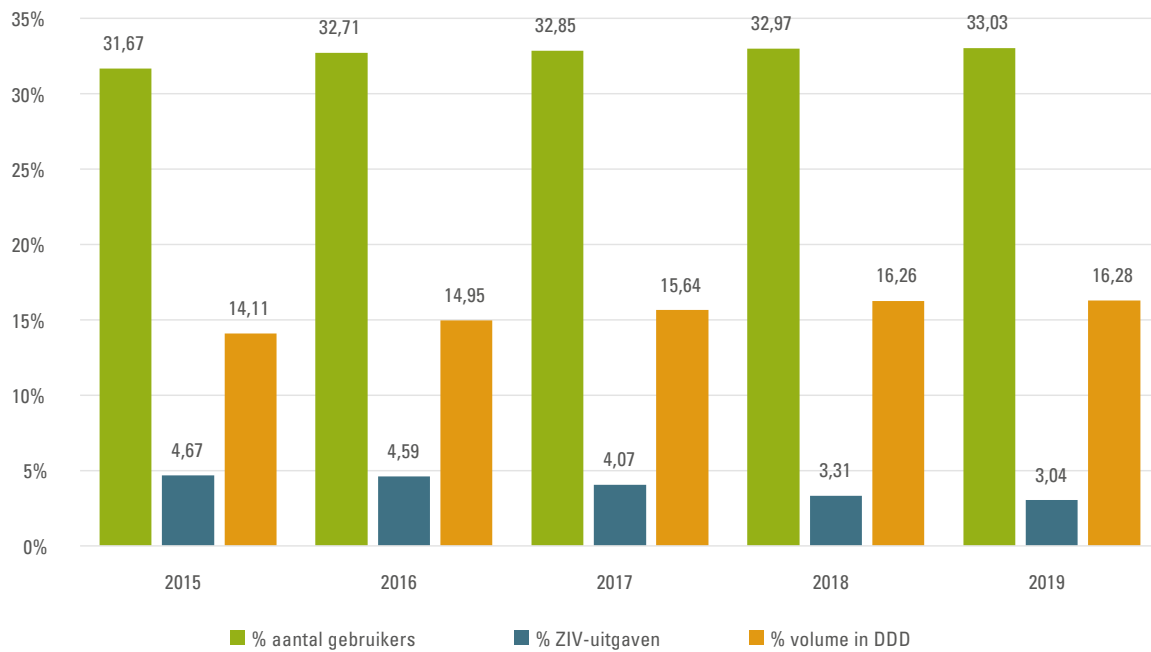
Het volumeaandeel van biosimilars in de sector (9% in 2019) groeit en is hoger dan in de openbare officina (0,7% in 2019), maar blijft minimaal (zie Figuur 13). De meeste moleculen waarvoor biosimilars beschikbaar zijn, worden enkel in het ziekenhuis gebruikt en worden via de ziekenhuisapotheker afgeleverd. Toch zagen we in een vorige studie dat hier grote variabiliteit is tussen de ziekenhuizen (Van haecht, Lebbe, Ntahonganyira, 2020).

In de komende jaren zullen verschillende dure geneesmiddelen uit patent komen. Het is dus belangrijk hierop te anticiperen en de betrokken stakeholders en zorgverleners te sensibiliseren om de meest doelmatige geneesmiddelen voor te schrijven. Biosimilars en generieken hebben hier een plaats. Enkel als biosimilars en generieken gebruikt worden, zullen de verdelers ervan naar de Belgische markt komen, met als gevolg een daling in de kosten van deze moleculen en budgettaire ruimte voor eventuele nieuwe interessante geneesmiddelen.

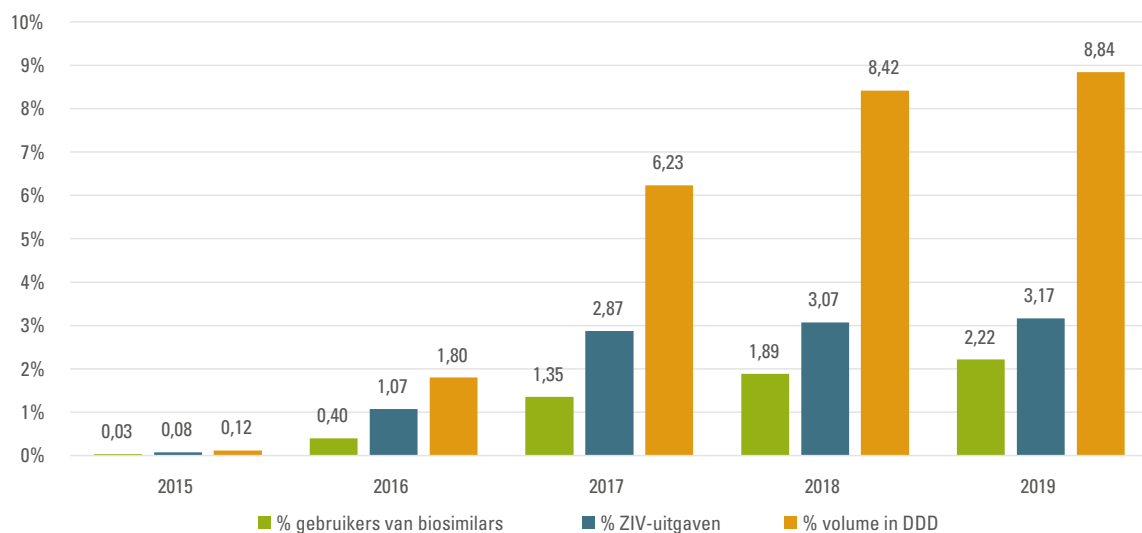
9. DDD of *daily defined dose* is een term voor het behandelingsvolume, gebaseerd op de gemiddelde hoeveelheid van een geneesmiddel dat dagelijks nodig is voor de behandeling van een volwassen patiënt, voor de belangrijkste indicatie van dat geneesmiddel (bepaald door WHO).

10. Ter vergelijking: in de openbare officina was ongeveer 74% van de ZIV-uitgaven voor chemische geneesmiddelen en 26% voor biologische geneesmiddelen.

**Figuur 12: Chemische geneesmiddelen ambulant afgeleverd in het ziekenhuis -
aandeel generieken**



**Figuur 13: Biologische geneesmiddelen ambulant afgeleverd in het ziekenhuis -
aandeel biosimilars**



3. Besluit

De uitgaven van de verplichte ziekteverzekering voor de farmaceutische specialiteiten nemen sinds 2015 sterk toe. Deze toename betreft vooral de geneesmiddelen die via de ziekenhuisapotheek worden afgeleverd aan ambulante patiënten. De analyse van de facturatiegegevens voor CM-leden toont dat de ZIV-uitgaven voor deze sector tussen 2010 en 2019 zijn toegenomen met 163%.

Van de geneesmiddelen die verantwoordelijk zijn voor deze sterke toename, vermelden we voornamelijk de antitumorale middelen (ATC L01) die een sterk versnelde groei hebben gekend sinds 2015. Ze worden gevolgd door de immunosuppressiva (ATC L04). Dezelfde knik in de curve zien we bij de uitgaven-evolutie per leeftijdscategorie vanaf 2015 bij de 50-plussers. Dit is niet onverwacht, aangezien de antitumorale middelen worden gebruikt bij de behandeling van kankers en het risico op kanker toeneemt met de leeftijd.

Onze analyse maakt ook duidelijk dat het niet de heel dure of duurste geneesmiddelen in termen van gemiddelde jaarlijkse kost per patiënt zijn die de oorzaak zijn van de enorme groei van de ZIV-uitgaven. De uitgaven voor de tien duurste geneesmiddelen vertegenwoordigen slechts 5% van de totale uitgaven voor de sector en het zijn geneesmiddelen die door een hele kleine groep patiënten worden gebruikt die lijden aan een heel zeldzame aandoening. Hierdoor wegen ze minder hard door in het budget. De tien geneesmiddelen die verantwoordelijk zijn voor hoogste jaarlijkse uitgaven, zijn daarentegen dure geneesmiddelen (tot 70.700 euro per patiënt per jaar) die door een veel groter aantal patiënten worden gebruikt, vooral bij de behandeling van bepaalde vormen van kanker.

Het is belangrijk te benadrukken dat, hoewel de kosten voor de ziekteverzekering over een periode van tien jaar aanzienlijk gestegen zijn (+ 163%), dit minder directe impact had op de patiënt dankzij het feit dat een groot deel van de (dure) geneesmiddelen in onze studie, 100% wordt gedekt door de verplichte verzekering. En als er een eigen bijdrage kan worden gevraagd, is deze geplafonneerd.

In 2010 werd er een nieuw budgettair beheersmechanisme ingevoerd: de tijdelijke vergoedbaarheid via een vertrouwelijke overeenkomst tussen de bevoegde minister en het betrokken bedrijf, de zogenaamde contracten artikel 111 en volgende (vroeger ook contracten artikel 81 genoemd). Dit laat toe om, ondanks de onzekerheden gelinkt aan het geneesmiddel (zowel budgettair als wetenschappelijk), de patiënten toch vroegtijdig toegang te kunnen geven. In de overeenkomst wordt dan een financieel compensatiemechanisme afgesproken. Dit wil zeggen dat de prijzen voor deze geneesmiddelen niet overeenkomen met de reële kost voor de ziekteverzekering en dat de reële kosten van de individuele geneesmiddelen vertrouwelijk zijn. Sinds 2010 neemt het aandeel van het budget voor de terugbetaling van de geneesmiddelen onder contract (in de sector) onophoudelijk toe: tot 61% in 2019. Vier procent van de patiënten die ambulante via de ziekenhuisapotheek een geneesmiddel kregen, wordt met minstens 1 tijdelijk vergoed geneesmiddel behandeld. De 'ontransparantie' over dit deel van het budget, maakt de verantwoording van de besteding van de publieke middelen moeilijk en onderzoek naar de kostenefficiëntie van de verschillende geneesmiddelen onmogelijk. De vraag stelt zich hoe duurzaam dit systeem is en in welke mate het verlies aan transparantie aanvaardbaar is in ruil voor toegankelijkheid. De uitgaven zijn de laatste tien jaar enorm toegenomen en uit onze analyse blijkt dat dit vooral gelinkt is aan de sterke toename in de uitgaven voor antitumorale geneesmiddelen (ATC L01). Het lijkt dan ook interessant om de groei in de ZIV-uitgaven te vergelijken met de reële effecten die over dezelfde periode gerealiseerd werden in de kankerbehandeling op vlak van overleving en levenskwaliteit.

Een ander aandachtspunt, ten slotte, is het gebruik van generieken en biosimilars. In deze sector werd in 2019 iets meer dan de helft (54%) van het budget besteed aan biologische geneesmiddelen en 46% aan chemische geneesmiddelen. We stellen vast dat het gebruik van generieken in de sector een stuk lager is dan in de sector van de openbare officina's¹¹. Dit heeft voor een deel te maken met het feit dat momenteel veel meer nieuwe geneesmiddelen die nog onder patent zijn, exclusief door de ziekenhuisapotheek mogen worden afgeleverd (bijvoorbeeld de nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van hepatitis C, nieuwe geneesmiddelen voor de behandeling van mucoviscidose en weesgeneesmiddelen). De generieken vertegenwoordigen 16% van het volume in DDD en 3% van de uitgaven van het segment voor chemische geneesmiddelen.

11. In de sector van de openbare officina wordt 76% van het budget aan chemische geneesmiddelen besteed, 24% aan biologische geneesmiddelen.

Anderzijds is het gebruik van biosimilars hoger dan in de openbare officina: 3% van de uitgaven voor 9% van het volume in DDD van het segment van biologische geneesmiddelen. Dit is logisch want de meeste biologische geneesmiddelen worden exclusief in het ziekenhuis gebruikt. Het aandeel biosimilars is in België veel lager dan in andere Europese landen. Aangezien de komst van generieken/biosimilars op de markt leidt tot wetmatig bepaalde prijsdalingen van de betrokken geneesmiddelen en hun origineel, is een rationeel gebruik ervan belangrijk om budgettaire ruimte te creëren voor nieuwe belangrijke geneesmiddelen op therapeutisch vlak. In de komende jaren zullen verschillende biologische en andere dure geneesmiddelen die exclusief in het ziekenhuis worden gebruikt uit patent komen. Het zal cruciaal zijn om de betrokken actoren (voorschrijvende artsen, apothekers, ziekenhuizen en patiënten) te sensibiliseren om bij elke behandeling de meest doelmatige geneesmiddelen te gebruiken en hierbij aandacht te hebben voor biosimilars en generieken. Het is pas als de markt voldoende groot is dat de fabrikanten biosimilars en generieken op de Belgische markt zullen brengen aan redelijke prijzen.

Bibliografie

- Bourgeois, J., Fairon, F., en San Miguel, L. (2019) *Polyvalent immunoglobulins – Part 1: A rapid review. Health Technology Assessment (HTA)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 327.
- De Meester, C., Bourgeois, J., Devriese, S., en San Miguel, L. (2020) *Polyvalent immunoglobulins – Part 2: Use in Belgium. Health Technology Assessment (HTA)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) KCE Reports 336.
- Koninklijk Besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten – artikelen 111 tot en met 117.
- Lebbe, C. (2016) Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie, *CM-Informatie*, 264, 37-43.
- Van haecht, K., Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M. (2021) Analyse van het gebruik van biosimilars bij CM-leden in 2019, *CM-Informatie*, 283, 58-69.
- Wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen.

Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen: naar kortere verblijven

Gauthier Vandeleene en Hervé Avalosse – Studiedienst

Samenvatting

Het doel van dit artikel is de evolutie van de verblijfsduur in kraamklinieken voor de periode 2010 tot 2019 te presenteren aan de hand van CM-gegevens. Wij meten deze verblijfsduur door het aantal dagen te berekenen tussen de datum van ontslag uit de kraamkliniek en de datum van de bevalling. Over het algemeen zien we een neerwaartse trend: van een gemiddelde duur van 4,4 dagen in 2010 tot 2,8 dagen in 2019. In 10 jaar tijd is de gemiddelde duur dus met meer dan een derde gedaald. Natuurlijk heeft het type bevalling invloed op de duur van het verblijf:

- via vaginale weg daalt de verblijfsduur van 4,0 dagen in 2010 tot 2,4 dagen in 2019 (een daling met 41%);
- bij keizersnedes is de daling minder snel: van 5,7 dagen in 2010 tot 4,3 dagen in 2019 (een daling van 25%).

Zoals uit tabel 1 blijkt, komt deze vermindering tot uiting in een geleidelijke verschuiving naar kortere verblijven. Over het geheel genomen zien we dat het percentage moeders dat slechts één of twee dagen op de kraamafdeling verblijft, stijgt van 6% in 2010 tot 19% in 2019. Anderzijds daalt het aandeel van de lange verblijven (zes dagen en meer) van 15% tot 2%. Nog verrassender is het feit dat het percentage moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT-moeders) dat maximaal twee dagen in de kraamkliniek blijft, twee keer zo hoog is als dat van moeders zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming (niet-VT-moeders) (over de gehele observatieperiode, ongeacht het type bevalling). Met andere woorden, VT-moeders verblijven minder lang in de kraamkliniek na hun bevalling vergeleken met niet-VT moeders.

Tabel 1: Aandeel verblijven in de kraamkliniek volgens duurtijd

		Korte verblijven (1 tot 2 dagen)		Lange verblijven (6 dagen en meer)	
		2010	2019	2010	2019
Alle soorten bevallingen		6,2%	18,6%	14,8%	2,1%
Vaginale bevallingen		7,4%	23,0%	4,8%	0,8%
Met keizersnede		1,4%	2,3%	55,3%	7,0%
Niet-VT- Moeders	Alle soorten bevallingen	5,8%	17,1%	14,8%	1,9%
	Vaginale bevallingen	6,9%	21,0%	4,7%	0,7%
	Met keizersnede	1,3%	2,0%	56,2%	6,8%
VT- Moeders	Alle soorten bevallingen	11,4%	29,6%	14,7%	3,2%
	Vaginale bevallingen	14,1%	37,7%	5,1%	1,6%
	Met keizersnede	2,3%	3,9%	46,6%	8,1%

De duur van het verblijf in kraamafdelingen geeft aanleiding tot veel discussie en (vaak negatieve) reacties. Lopen we, door de verblijfsduur te verkorten, niet het risico dat ofwel de moeder ofwel de baby heropgenomen moet worden in het ziekenhuis? Toen in 2015 een verkorting van het kraamverblijf met een halve dag werd opgelegd, herinnerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) eraan dat een verkort verblijf gepaard moet gaan met een postnatale follow-up (waarbij een globale en gecoördineerde visie op de te leveren zorg wordt geïntegreerd). Daarentrent blijkt uit de CM-gegevens dat er veel vooruitgang is geboekt, vooral door de verloskundigen. Maar wij constateren ook dat er nog steeds een risico van onvoldoende follow-up bestaat. We stellen dus paradoxaal genoeg vast dat een systematische postnatale follow-up niet gewaarborgd is, noch voor de moeder, noch voor de baby, en dit ondanks een aanzienlijke activiteit van de zorgverleners.

Hoewel er een tendens is naar kortere kraamverblijven, die ook in andere Europese landen (met name Scandinavië) wordt waargenomen, is een vroege terugkeer naar huis niet noodzakelijk voor iedereen wenselijk. Om de ontslagdatum uit het ziekenhuis te bepalen, moet niet enkel rekening worden gehouden met de gezondheidstoestand van de moeder en het kind, maar ook met de mogelijkheden van het gezin om thuis voor de pasgeborene te zorgen. Het feit dat in ons land de minder gegoede moeders minder lang in de kraamkliniek blijven, roept vanuit dit oogpunt vragen op.

Sleutelwoorden: Kraamafdeling, verblijfsduur, bevalling, vaginale bevalling, keizersnede

1. Inleiding

Het verblijf op de kraamafdeling is vaak het onderwerp van veel discussie. Aangezien heel wat vrouwen een kinderwens hebben, en dus ook zullen bevallen, is het normaal dat het publiek betrokken raakt bij de politieke en wetenschappelijke discussies die over een bepaald onderwerp in verband met de kraamafdeling van een ziekenhuis worden gevoerd.

In België is een belangrijk debat de duur van het verblijf in kraamafdelingen. In 2015 is inderdaad besloten de inkorting van het verblijf op de kraamafdeling met een wet structureel te verankeren. Het doel was min of meer duidelijk: bezuinigen. Het is waar dat Belgische moeders, in vergelijking met deze uit andere Europese landen, langer op de kraamafdelingen verbleven.

Dit besluit veroorzaakte heel wat opschudding en leidde zelfs tot een juridische procedure waarbij de maatregel voor het jaar 2016 werd geannuleerd. De effecten zijn echter gebleven: het verblijf op de kraamafdeling is in 2019 ongeveer 20% korter dan in 2015.

Bepaalde ziekenhuisactoren hadden twijfels geuit over deze maatregel, stelden de wenselijkheid in vraag en benadrukten de gevaren ervan. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) had zelf voorwaarden gesteld voor het goede verloop van een snellere terugkeer van moeders naar huis, onder meer door follow-up door een vroedvrouw bij de moeder thuis. Een goede begeleiding van de moeder en de

baby in de eerste levensuren van deze laatste is immers van cruciaal belang zowel voor de moeder als voor de baby om ernstige gezondheidsproblemen te voorkomen.

Het doel van dit artikel is de evolutie van de verblijfsduur in kraamklinieken in België tussen 2010 en 2019 in kaart te brengen. Op die manier kunnen we zien wat de beslissing teweeg bracht in de praktijk. We doen dit aan de hand van CM-gegevens, volgens verschillende indicatoren. We zetten eerst het wetgevend kader en de redenen voor de wijzigingen in de wetgeving uiteen. Vervolgens brengen wij de waarschuwingen van de verschillende belanghebbenden in herinnering. Daarna analyseren wij de evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen in ons land in grote lijnen en vergelijken we deze met andere landen. We verwijzen ook naar de resultaten van een proefproject voor de evaluatie van deze maatregel. Vervolgens staan we stil bij het feit dat VT-moeders een kortere verblijfsduur hebben dan niet-VT-moeders, wat ons in dit debat van belang lijkt. We eindigen met een aantal algemene conclusies.

2. Verblijfsduur in het ziekenhuis: wetgeving en veranderingen

Het is geen geheim dat de ziekenhuissector er al een aantal jaar financieel niet goed voor staat. Uit de Belfius MAHA-studie (Goossens & Dessoy, 2020) over de financiële gezondheid van ziekenhuizen, blijkt dat veel voorzieningen (en steeds

meer) al enkele jaren met verlies werken. Een van de oorzaken van deze negatieve financiële situatie is de wanverhouding tussen het aanbod van beschikbare bedden en de vraag van patiënten. Het voorbeeld van de kraamafdelingen is typerend voor dit probleem: sommige kraamafdelingen kampen met een tekort aan patiënten, anderen kunnen niet aan de vraag voldoen. Het KCE beval daarom aan om een aantal kraamklinieken te sluiten (17 van de 104), waarbij wordt opgemerkt dat alle Belgische kraamklinieken samen een overschot van 600 bedden hebben en dat dit overschot tegen 2025 tot 1.000 zou stijgen (Lefèvre et al., 2019).

Om deze sector te 'redden' zijn al initiatieven genomen. Het belangrijkste is de grootscheepse hervorming van het ziekenhuislandschap die in 2015 van start is gegaan en die onder meer gericht is op de groepering van ziekenhuisinstellingen naar zorggebieden. Een ander initiatief was de algemene verkorting van de hospitalisatieduur, ook in kraamafdelingen.

Zoals minister De Block toelichtte: "De financiering van ziekenhuisverblijven gebeurt op basis van nationale gemiddelde verblijfsduren. [...] Concreet betekent dit dat er een nationaal beschikbaar budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen in functie van hun verantwoorde activiteit om de kosten van verzorgend en verplegend personeel en medische producten te dekken. Een ziekenhuis wordt dus enkel gefinancierd voor dagen (de verblijven, de opnames) die verantwoord zijn. De verantwoorde activiteit wordt berekend door de verblijfsduur in alle ziekenhuizen opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal opgenomen patiënten, om zo tot een nationaal gemiddelde te komen. Elk ziekenhuis wordt gefinancierd op basis van zijn aantal opnames, gewogen volgens de nationale gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep. Daarbij wordt ook steeds rekening gehouden met de ernstgraad van de patiënt. *Als de gemiddelde verblijfsduur voor een bepaalde patiëntengroep in het ziekenhuis korter is dan het nationale gemiddelde, is dit voordelig voor het ziekenhuis (want het ziekenhuis wordt gefinancierd voor meer verpleegdagen dan het gerealiseerd heeft). Als de gemiddelde verblijfsduur voor een patiëntengroep langer is dan het nationale gemiddelde, is dat nadelig"* (De Block, 2016, wij benadrukken).

Het is dus duidelijk dat alle ziekenhuizen er een direct financieel belang bij hebben de verblijfsduur in het ziekenhuis te verkorten. Deze tendens werd eerder al opgemerkt in de Belgische kraamafdelingen, hoewel deze verblijfsduur nog steeds hoger was dan in onze buurlanden. Op basis van deze trend is daarom besloten de vermindering van de verblijfsduur met een halve dag in 2015 bindend te maken.¹

Kader 1: Financiering van ziekenhuisactiviteiten

"De nationale financiering van de klinische diensten via het Budget van Financiële Middelen (BMF) van elk ziekenhuis, wordt op puntenbasis toegekend. Dit onderdeel 'klinische diensten' (B2 van de 16 subonderdelen van het BMF) is het belangrijkste. Het vertegenwoordigt 42% van de totale BMF. In feite is het op dit deel van de BMF dat "de medische activiteit die in het ziekenhuis wordt uitgevoerd de grootste invloed heeft" (Crommelynck et al., 2013, p. 24). Ook al wordt de medische activiteit eveneens gemeten aan de hand van de RIZIV-codes, toch wordt er geen rekening mee gehouden bij de berekening van het BMF" (Stas, 2015, p. 4, eigen vertaling).

"De punten die aan elk ziekenhuis worden toegekend, worden grotendeels berekend op basis van het verzorgend personeel, maar ook op basis van het verpleegkundig kaderpersoneel, het personeel van het operatiekwartier, het personeel van de spoeddienst, de kosten van het medisch materiaal en de centrale sterilisatie. De berekening van de punten voor het verzorgend personeel valt uiteen in twee delen: enerzijds het aantal verantwoorde bedden (basispunten) en anderzijds de activiteit van het ziekenhuis (extra punten).

De term 'verantwoorde bedden' verwijst naar de bedden die zijn opgenomen in de berekening van onderdeel B2. Zij worden verkregen door het totale aantal verantwoorde ligdagen voor een dienst over een jaar te delen door 365 en tevens door de normale bezettingsgraad van de betreffende dienst. Dit geeft een aantal verantwoorde bedden per verblijf. Om een verantwoorde activiteit te berekenen, wordt elk ziekenhuis gevraagd om de MKG's (Minimale Klinische Gegevens) naar de FOD Volksgezondheid te sturen. Deze gegevens bevatten medische, verpleegkundige en administratieve informatie. Deze informatie maakt het mogelijk een verblijf in te delen in een homogene pathologiegroep en een ernstgraad: 'All Patient Refined Diagnosis Related Groups' (APR-DRG). Vervolgens kunnen per APR-DRG en ernstgraad nationale gemiddelden worden bepaald voor de verblijfsduur, het geneesmiddelengebruik of andere soorten uitgaven [...]. Een ziekenhuis heeft enkel financieel voordeel bij een verbetering van de verblijfsduur als de andere ziekenhuizen in het land (of ten minste het gemiddelde) niet evenredig veranderen" (Stas, 2015, pp. 4-5, eigen vertaling). Omgekeerd, als een ziekenhuis zijn verblijfsduur niet verkort terwijl andere ziekenhuizen dat wel doen, zal haar financiering afnemen.

1. In 2016 werd een poging gedaan om dezelfde operatie te herhalen, zonder succes (met een juridische strijd), zie <https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/sejour-ecourte-de-block-fait-marche-arriere.html>

3. Het debat in België

Het zal niemand verbazen dat de meningen over een verkort kraamverblijf legio zijn en meestal negatief. Als we kijken naar de meningen die in de pers zijn verschenen, zijn sommige commentaren zelfs alarmerend. Zo werd in een recent artikel gemeld dat er een verhoogd risico is op heropname van de moeder of de baby in geval van een vroegtijdig ontslag. In het algemeen leggen sommigen een verband tussen vervroegd ontslag en het risico van heropname (De Wandeler, 2017).

De Fédération des maisons médicales² wijst er van haar kant op dat “deze situatie leidt tot een risico van een leemte in de zorg, met name tijdens de eerste week na de bevalling, die bijzonder cruciaal is voor de meest kwetsbare gezinnen en moeders die hun gezinstaken snel moeten hervatten en een zwak sociaal netwerk hebben. Maar het zijn ook net deze gezinnen die wantrouwig kunnen zijn voor een bezoek van het ONE³ (Office de la Naissance et de l’Enfance) of een vroedvrouw van het ziekenhuis, uit vrees voor een vorm van controle” (Chapois, 2017, p. 6, eigen vertaling).

Voor vroedvrouwen of andere zorgverleners brengt het ‘vroeger’ naar huis gaan inderdaad een aantal uitdagingen met zich mee; een ‘verkort’ verblijf zou deze problemen nog versterken. Volgens de focusgroepen die werden georganiseerd in het kader van een studie “voorafgaand aan het verkort verblijf” (en in het Franstalig landsgedeelte), zou een vroegtijdig ontslag nadelig zijn voor bepaalde profielen van moeders. “De situaties van kwetsbaarheid uiteten zich op velerlei manieren: op het niveau van de moeder (economische en psychologische kwetsbaarheid, isolement, meerlingzwangerschap, leeftijd, beheersing van het Frans, opleidingsniveau, gehechtheid aan de baby, zelfvertrouwen, borstvoeding, moeders die ook voor hun andere kinderen moeten zorgen, enz.) en op het niveau van de baby (vroeggeboorte, moeilijk op gewicht komen, moeilijkheden met de borstvoeding, enz.). De geografische afstand tussen de woonplaats van de moeder en de postnatale raadpleging kan ook een belemmering vormen en de kwaliteit van de follow-up beïnvloeden. We merken ook op dat het gebrek aan beheersing van het Frans wordt beschouwd als zowel een criterium in het voordeel van een vervroegde terugkeer (aangezien de moeder beter bij haar familie is), als een criterium dat rechtvaardigt dat deze vervroegde terugkeer niet mogelijk is. In feite lijkt het meer de kwaliteit van de entourage van de moeder en/of het bestaan van ‘foutieve’ voorstellingen met

betrekking tot haar cultuur te zijn, die de beslissende criteria zijn” (Moreau et al. 2013, p. 72, eigen vertaling).

De kinderartsen hebben eveneens hun bezorgdheid geuit: “Vroegtijdig ontslag uit de materniteit is een mogelijkheid in België indien aan de voorwaarden voldaan worden die de veiligheid van de baby waarborgen. Deze voorwaarden zullen ook gefinancierd moeten worden. De eventuele winst die kan gemaakt worden door vroeg ontslag zal ongetwijfeld dienen te worden geïnvesteerd om aan veilige voorwaarden te voldoen. (bijvoorbeeld een juiste omschrijving van de groep van patiënten waarvoor vroegtijdig ontslag mogelijk is). [...] Ons inziens is het weinig waarschijnlijk dat een reorganisatie van het perinataal landschap zal leiden tot een kostenbesparing voor de overheid. De winst van een korter verblijf zal moeten geïnvesteerd worden in een betere screening vóór ontslag en aan een betere organisatie van de thuiszorg om op een even kwaliteitsvolle en veilig manier zorg te verlenen aan de pasgeborene. De keuze voor een korter verblijf op de materniteit is bijgevolg enkel aan te bevelen vanuit andere argumenten dan economische.” (Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2016).

4. Verblifsduur in kraamafdelingen volgens de CM-gegevens

Hoe evolueert de verblifsduur in de kraamafdeling? Wat vertellen de CM-gegevens ons? Voor deze analyse selecteerden wij alle moeders, CM-lid, die tussen 2010 en 2019 zijn bevallen, in totaal ongeveer 430.000 moeders. De bevallingen vonden plaats in een duidelijk identificeerbaar ziekenhuis. Bovendien zijn de datum van de bevalling en de datum van ontslag uit de kraamkliniek gekend.

Het is belangrijk het begrip ‘verblifsduur’ in de kraamafdeling te verduidelijken. De methoden voor de berekening ervan kunnen immers verschillen naargelang de aanpak (Campell et al., 2016). Intuïtief gaat het om het verschil in aantal dagen tussen de dag waarop de moeder bevalt en de dag waarop zij de kraamafdeling verlaat (om naar huis te gaan of om onmiddellijk naar een andere afdeling van het ziekenhuis of zelfs een ander ziekenhuis te gaan). Het is dus de periode na de bevalling (postpartum) die wordt beoogd. Ter verduidelijking: als de bevallingsdatum D0⁴ is en de moeder de kraamafdeling op D3

2. De Fédération des maisons médicales verenigt meer dan 120 wijkgezondheidscentra in Franstalig België. De Vlaamse wijkgezondheidscentra zijn verenigd in de Vereniging van Wijkgezondheidscentra.

3. Franstalige tegenhanger van Kind en Gezin.

verlaat, dan is de verblijfsduur drie dagen (dit aantal komt precies overeen met het aantal nachten dat in de kraamafdeling is doorgebracht).⁵ In andere landen wordt de verblijfsduur pas geteld vanaf het moment dat de persoon de verloskamer heeft verlaten en in haar kamer is.

Zoals blijkt uit tabel 2, is de verblijfsduur inderdaad 'scherp' gedaald tussen 2014 en 2015, en zette deze trend zich ook in 2016 door in een hoger tempo dan in alle voorgaande jaren. We zien ook een sterke daling tussen 2018 en 2019. In 10 jaar tijd is de gemiddelde verblijfsduur met bijna 36% gedaald. Het tempo van deze daling is hoog: ongeveer 5% per jaar.

We stellen deze dalende trend ook vast naar gelang het type bevalling, zoals blijkt uit tabel 3. Er is een zeer duidelijke daling voor vaginale bevallingen, met iets meer dan 40% in 10 jaar, terwijl de verblijfsduur voor bevallingen met keizersnede minder sterk is gedaald (met een kwart).

Om iets meer in detail te treden, bekijken we de verdeling van het aantal moeders dat bevallen is volgens het aantal dagen dat zij in de kraamafdeling hebben doorgebracht (zie Tabel 4 in bijlage).

Alle soorten bevallingen samen genomen, zien we een geleidelijke verschuiving naar verblijven van kortere duur. Verhoudingsgewijs nemen verblijven van vier dagen en meer tussen 2010 en 2019 namelijk allemaal (in verschillende mate) af. Er zijn bijna geen verblijven meer van ten minste zes dagen in 2019: nauwelijks 2% van de patiënten, terwijl dit aandeel in 2010 15% bedroeg. Wat betreft de zeer korte verblijven: in 2010 verbleef slechts 6% van de moeders één of twee dagen in de kraamkliniek, in 2019 is dat bijna 19%. Daar tussenin zien we een zelfde tendens, een daling met een factor vier van de patiënten die vijf dagen blijven en bijna een verviervoudiging van de patiënten die drie dagen blijven.

Tabel 2: Gemiddelde en mediane verblijfsduur in kraamklinieken voor alle soorten bevallingen (CM-gegevens, 2010-2019)⁴

Jaar	Aantal unieke leden die bevallen zijn	Gemiddelde verblijfsduur (aantal dagen)	Mediane verblijfsduur (aantal dagen)	Daling (%) gemiddelde verblijfsduur (ten opzichte van het vorige jaar)
2010	45.795	4,37	4	-
2011	45.562	4,29	4	2,0%
2012	44.981	4,17	4	2,6%
2013	43.712	4,10	4	1,6%
2014	44.091	4,00	4	2,6%
2015	43.043	3,62	4	9,4%
2016	43.406	3,39	3	6,5%
2017	41.604	3,31	3	2,2%
2018	41.104	3,26	3	1,6%
2019	41.294	2,78	3	14,6%

4. De ziekenfondsgegevens bevatten niet het tijdstip van de bevalling.

5. Deze methode maakt het mogelijk beter aan te sluiten bij de visie van de moeders over de tijd die zij op de kraamafdeling hebben doorgebracht. In een specifieke studie meldden zij, wanneer zij tussen 24 en 47 uur in het ziekenhuis verbleven, er een dag te hebben verbleven. Zie Campbell e.a. (2016). Dankzij deze methode beschikken we bovendien over gegevens die bijna perfect overeenstemmen met de duurtijden die de OESO sinds 2010 voor België rapporteert. Zie https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

6. Wij houden slechts één observatie per jaar per lid, zodat wij over leden lid kunnen blijven praten en niet over bevallingen. Er zijn maximaal tien vrouwen die twee keer per jaar bevallen, voor die bevallingen waarbij we een duidelijke waarneming hebben van de duur van het verblijf.

Uitgesplitst naar het type bevalling zijn de tendensen precies dezelfde, met uiteraard verschillende duur: alle langere verblijven (vier dagen en meer voor vaginale bevallingen, zes dagen en meer voor bevalling met keizersnede) nemen af en maken plaats voor kortere verblijven. Bij vaginale bevallingen bijvoorbeeld, verviervoudigt het aantal patiënten dat drie dagen in het ziekenhuis blijft bijna, bij bevallingen met keizersnede is er meer dan een verviervoudiging van het aantal moeders dat vier dagen blijft (zie Tabel 5 in bijlage).

Verrassender (en niet goed gedocumenteerd in de literatuur) is het feit dat het verblijf korter is voor moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT-moeders)⁷ (zie Tabel 6 in bijlage). Bij de CM-leden is het aandeel van de VT-moeders die maximaal twee dagen op de kraamafdeling blijven, twee keer zo groot als dat van de niet-VT-moeders. De rest van de verdeling is vrij gelijkaardig. Deze toestand is ten minste sinds 2010 constant.

Dit is verrassend omdat het aandeel geboorten met een keizersnede in alle jaren sinds 2010 hoger is onder VT-moeders dan onder niet-VT-moeders (zie Tabel 7 in bijlage). Dit zou nor-

maal de verblijfsduur verlengen, gezien de grotere complexiteit van een keizersnede. Dat is echter niet het geval. Wanneer we afzonderlijk kijken naar de verblijfsduur na een vaginale bevalling en met keizersnede voor VT- en niet-VT-moeders (zie Tabel 8 in bijlage), blijft de hogervermelde conclusie overeind: VT-moeders hebben een veel kortere verblijfsduur dan niet-VT-moeders.

5. Een kleine rondreis door Europa over de verblijfsduur in kraamafdeling

De tendens in ons land om de verblijfsduur in de kraamafdeling te verkorten, lijkt contra-intuïtief, maar hangt samen met wat in andere Europese landen gebeurt. Het is dus (misschien) niet schokkend dat een patiënt twee dagen in de kraamafdeling blijft, als en slechts als er een strikte (pre- en) postnatale opvolging wordt ingesteld (Benahmed et al., 2014). Het is duidelijk dat (ondanks de hierboven vermelde verschillen in berekeningsmethoden) België nog steeds boven het gemiddelde

Tabel 3: Gemiddelde en mediane verblijfsduur in kraamafdelingen per type bevalling (CM-gegevens, 2010-2019)

Jaar	Bevalling met keizersnede				Vaginale bevalling			
	Aantal unieke leden die bevallen zijn	Media- ne ver- blijfs- duur	Gemid- delde ver- blijfs- duur	Daling gemid- delde ver- blijfs- duur (%)	Aantal unieke leden die zijn bevallen	Media- ne ver- blijfs- duur	Gemid- delde ver- blijfs- duur	Daling gemid- delde ver- blijfs- duur (%)
2010	9.116	6	5,71	-	36.679	4	4,04	-
2011	9.093	6	5,61	1,7%	36.469	4	3,95	2,1%
2012	8.878	5	5,44	3,0%	36.103	4	3,86	2,4%
2013	8.876	5	5,35	1,8%	34.836	4	3,78	1,9%
2014	9.105	5	5,20	2,8%	34.986	4	3,68	2,7%
2015	8.853	5	4,78	8,1%	34.190	3	3,32	9,8%
2016	9.012	4	4,53	5,2%	34.394	3	3,08	7,1%
2017	8.653	4	4,45	1,8%	32.951	3	3,01	2,5%
2018	8.647	4	4,37	1,8%	32.457	3	2,96	1,7%
2019	8.704	4	4,28	2,0%	32.590	3	2,38	19,6%

7. Dankzij dit statuut genieten mensen met een laag inkomen een betere terugbetaling van hun gezondheidszorg (de eigen bijdragen zijn lager of zelfs onbestaande). Er zijn twee mogelijkheden om voor de verhoogde tegemoetkoming in aanmerking te komen. De eerste is dat de persoon reeds een specifieke uitkering ontvangt, zoals het leefloon, de inkomensgarantie voor ouderen, enz. Bij de tweede wordt de verhoogde tegemoetkoming, na een inkomenstoets, toegekend aan huishoudens waarvan het bruto belastbaar jaarinkomen een bepaald bedrag niet overschrijdt: 19.892 euro, vermeerderd met 3.683 euro per bijkomend gezinslid (bedragen van kracht op 1 januari 2021). Zoals men kan zien, is met dergelijke bedragen het recht hebben op de verhoogde interventie een goede proxy voor sociaaleconomische kwetsbaarheid.

scoort wat het verblijf in de kraamafdeling betreft. In 2017 zitten we nog steeds boven het gemiddelde (3,1 tegen 2,9) wat betreft de verblijfsduur voor vaginale bevallingen (zie Figuur 1). Er is ook een goede overeenkomst tussen de OESO- en de CM-cijfers voor België (3,1 voor de OESO, 3,0 voor CM).

In landen als IJsland, het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Zweden en Denemarken bedraagt de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis twee of zelfs minder dagen (zie Figuur 1). Hieruit blijkt dat het niet a priori 'schandalig' of zelfs 'gevaarlijk' is dat een minister besluit een verkorting van de verblijfsduur in kraamafdelingen aan te moedigen (zonder de grenzen van de veiligheid van de moeder en de pasgeborene te overschrijden). Bovendien hebben IJsland, Zweden, Nederland en Denemarken lagere zuigelingensterftecijfers⁸ dan ons land (EUROSTAT, 2019) als we kijken naar de statistieken over sterfte onder pasgeborenen.

Het KCE wijst erop dat er, voordat de verblijfsduur in kraamafdelingen echt kan worden teruggebracht, niettemin een gestandaardiseerde follow-up van moeders thuis, door met name verloskundigen, moet worden georganiseerd (Benahmed et al., 2014). In de landen, die we hierboven vermeldden, was de follow-up door de vroedvrouw veel wijder verspreid dan in België, toen besloten werd de verblijfsduur drastisch te verkorten. In het Verenigd Koninkrijk bestaat bijvoorbeeld al heel lang een systeem van thuisopvolging. Het aantal bezoeken staat niet vast, maar de duur van de follow-up is ten minste tien dagen en meer indien de vroedvrouw dit nodig acht. Ten slotte vindt na zes tot acht weken een laatste controlebezoek plaats (Dennis & Hodnett, 2002). Hoewel de postnatale opvolging door een vroedvrouw enkele jaren geleden nog weinig ingeburgerd was in België, zijn de zaken sindsdien veranderd (en in goede zin, zie punt 7 hieronder).

Aan de andere kant is het ook niet ondenkbaar om aan een bevalling buiten het ziekenhuis te denken. In Nederland is dit zelfs bij 20% van de bevallingen het geval (Hermus et al., 2017). In systemen waar thuisbevalling goed doordacht is, is er vrijwel geen toename van het risico op een a priori risicoloze vaginale bevalling (Olsen, 1997; Olsen & Clausen, 2012), als de opleiding van zorgverleners in orde is (Janssen et al. 2009), naast andere voorwaarden (de Jonge et al., 2009). A fortiori zouden in sommige landen aanstaande moeders, als zij de keuze kregen, over het algemeen meer voorstander zijn van een thuisbevalling dan in de situatie waarin zij deze keuze niet kregen (Hildingsson et al., 2003). Uiteraard zal een thuisbevalling vooral worden aangemoedigd voor gezonde moeders die een zwangerschap zonder problemen of complicaties achter de rug hebben (het zijn in feite moeders met dit profiel die voor een thuisbevalling kiezen) (Boucher et al., 2009). Ook voor een thuisbevalling moet aan strikte voorwaarden worden voldaan,

wat niet overal het geval is, zoals een studie in de Verenigde Staten heeft aangetoond (de Crespigny & Savulescu, 2014).

6. Resultaten van een proefproject en de ervaring van een ziekenhuis

Zoals we in punt 3 hebben aangegeven, is er, tegen de achtergrond van de verkorting van de verblijfsduur in de kraamafdeling, heel wat bezorgdheid geuit. Is er enige feedback over de ervaringen, enige evaluatie hiervan? Op 1 juli 2016 werd een proefproject opgezet om de gevolgen te analyseren van een kortere verblijfsduur in de kraamafdeling voor de organisatie van de zorg in het ziekenhuis en thuis. Dit gebeurde in zes ziekenhuizen verspreid over het ganse land. Elk van deze ziekenhuizen had verschillende plannen, met verschillende verkorte verblijfsduur, totale duur van de zorg en zorgpaden. Vreemd genoeg worden verkort verblijf of kort verblijf niet op dezelfde manier gedefinieerd naargelang de provincie of het ziekenhuis die in het verslag worden geanalyseerd (FOD Volksgezondheid, 2019).

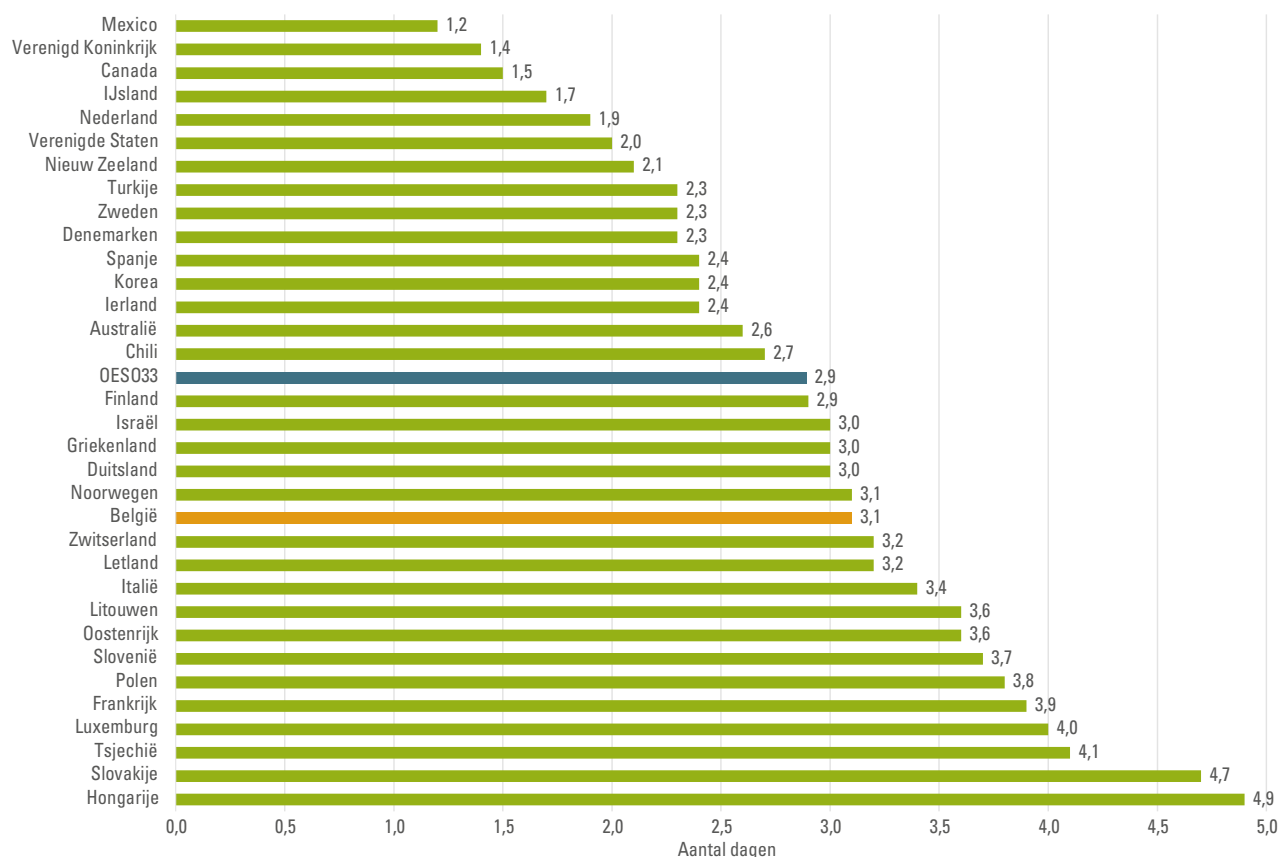
Het kortere verblijf voor vaginale bevallingen bedroeg twee of drie dagen, en één dag langer voor bevallingen met keizersnede. In één ziekenhuis werden vrouwen die met een keizersnede waren bevallen van de studie uitgesloten. In het rapport, waarin de eerste twee jaar van het proefproject worden geëvalueerd, wordt geconcludeerd dat meer dan 80% van de moeders tevreden was over hun deelname. De zorgverleners in de kraamafdelingen waren iets minder enthousiast omdat "de verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis leidt tot een concentratie van de dagen waarvoor de intensiteit van de zorg het hoogst is" (FOD Volksgezondheid, 2019, p. 9).

In de algemene conclusie van het rapport staat: "Er zijn geen aanwijzingen dat het verkorte verblijf een negatieve invloed zou hebben op de gezondheid van het kind of de moeder. Bovendien melden de moeders dat ze tevreden zijn over de verleende zorg. Verkort verblijf wordt in de praktijk steeds gebruikelijker; de moeder en haar kind hoeven niet langer onnodig in het ziekenhuis te blijven en krijgen adequate zorg in hun vertrouwde omgeving" (FOD Volksgezondheid, 2019, p. 12).

Niettemin worden in het rapport de elektronische uitwisseling van gegevens tussen verschillende zorgverleners, de werkbelasting van de zorgverleners in het ziekenhuis en de zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen als verbeterpunten. Tenslotte kan, hoewel deze feedback zeer bemoedigend is, niet worden gesteld dat hij een definitief antwoord geeft. De analyse nog van het rapport is beschrijvend en "de bevindingen in dit rapport kunnen derhalve niet als wetenschappelijke resultaten worden beschouwd" (FOD Volksgezondheid, 2019, p. 2).

8. De verhouding tussen het aantal sterfgevallen van kinderen jonger dan één jaar tijdens het jaar en het aantal levendgeborenen tijdens hetzelfde jaar.

Figuur 1: Verblifsduur in kraamklinieken voor vaginale bevallingen, jaar 2017 (OESO, 2019a)



Er zijn echter ook negatieve ervaringen. Zo verklaarde een arts van het Tivoli ziekenhuis in La Louvière in een interview: “Het percentage heropnames is bijna verviervoudigd voor deze kinderen die zonder complicaties vaginaal ter wereld zijn gekomen. In 2014 hadden we een percentage van 0,5%, nu is het gestegen tot 2%. Bij een vroegtijdige terugkeer hebben wij een geval van kernicterus gezien, een ernstige vorm van geelzucht, die een zeer specifieke hersenbeschadiging heeft en zich ontwikkelt tot ernstige neurologische sequelae” (RTL INFO, 2016).

7. (Pre- en postnatale) follow-up: een herinnering aan de CM-cijfers

Het verkorten van het verblijf in de kraamkliniek is mogelijk als dit gepaard gaat met een gedegen follow-up van de moeder en de baby in de postnatale periode. De literatuur is hier vrij eensgezind over en ook het KCE had dit benadrukt (Benahmed et al., 2014). Waar staan we in België op dit vlak? In een eerder artikel (Vandeleene & Avalosse, 2021) werd de stand van zaken weergegeven voor de periode 2011 tot 2019 aan de hand van CM-gegevens.

Hieronder volgen de belangrijkste bevindingen over de postnatale follow-up (binnen drie maanden na de bevalling).

- **Vroedvrouwen**
 - De toename van de activiteit van vroedvrouwen in de postnatale zorg is spectaculair. Het follow-up-percentage door vroedvrouwen (dit is het percentage vrouwen dat in de drie maanden na de bevalling ten minste één contact met een vroedvrouw heeft gehad) is aanzienlijk gestegen: op Belgisch niveau van 42% in 2011 tot ongeveer 86% in 2019.
 - Een positief punt is dat VT-moeders bijna evenveel kans hebben als niet-VT-moeders om van deze postnatale follow-up te genieten. Waarschijnlijk zorgen de vroedvrouwen voor dit resultaat door deze opvolging aan iedereen aan te bieden. Bovendien is er geen financiële drempel aangezien deze prestaties over het algemeen geen remgelden of supplementen met zich meebrengen.
 - Voor de moeders die door een vroedvrouw worden gevolgd, vertoont het aantal contacten eveneens een stijgende trend. Op Belgisch niveau neemt het gemiddelde aantal contacten toe van 4,1 in 2011 tot 5,1 in 2019 (het mediane volume stijgt in dezelfde periode van 3 tot 5).
- **Gynaecologen**
 - In de drie maanden na de bevalling is 86% van de moeders

bij de gynaecoloog geweest. Maar hier blijkt een sociale kloof te bestaan: het opvolgingspercentage is duidelijk hoger voor niet-VT-moeders dan voor VT-moeders.

- Het volume van de contacten is ook zeer stabiel over de bestudeerde periode: de mediaan is 1 contact met een gynaecoloog binnen drie maanden na de bevalling.

- **Vroedvrouwen en gynaecologen samen beschouwd**
 - Wanneer we de activiteit van vroedvrouwen en gynaecologen combineren, is het opvolgingspercentage zeer hoog. Tijdens de bestudeerde periode is dit percentage zelfs sterk gestegen, specifiek bij de VT-moeders. Toch blijft er een grote sociale kloof bestaan. In 2019 bezocht iets meer dan 98% van de niet-VT moeders ofwel hun gynaecoloog ofwel een vroedvrouw. Maar voor VT-moeders ligt dit percentage lager, op 95%.
 - Wanneer zij worden gevolgd, bedraagt het aantal contacten vier tot zes (mediaan aantal contacten in 2019). Maar voor 25% van de moeders zal dat aantal drie of minder zijn (P25). Dit lijkt laag of slechts het minimum. Erger nog, de P5 (de 5% moeders die het minste postpartum contact hebben) staat op 1 contact. Hier bestaat een reëel risico voor onvoldoende postnatale follow-up.
- **Kinderartsen**
 - Over het geheel genomen werd in België in 2019 bijna 82% van de baby's binnen drie maanden na de geboorte gezien door een kinderarts. Dit percentage neemt toe, in 2011 was het nog 70%.
 - Vanuit het oogpunt van het sociaal statuut van de baby (die gelijk is aan die van de titularis) is er een hardnekkig verschil ten gunste van VT-baby's. In 2019 werd 77% van de VT-baby's ten minste één keer door een kinderarts gezien, terwijl dit percentage voor niet-VT-baby's 83% bedraagt.
 - Bij degenen die voor deze pediatrische follow-up in aanmerking komen, is het aantal contacten vrij stabiel in de tijd. De mediaan is ongeveer twee tot vier, het gemiddelde is hoger: ongeveer vijf tot zeven. Hier is er niet echt verschil tussen VT- en niet-VT baby's.

De algemene indruk die uit deze statistieken naar voren komt is dat er, op vlak van postnatale follow-up, veel vooruitgang is geboekt, vooral dankzij de vroedvrouwen. We zien echter ook dat er toch nog een reëel risico is voor onvoldoende follow-up. Uiteindelijk hebben we te maken met een paradox: ondanks een aanzienlijke activiteit van de zorgverleners, is de systematische follow-up niet gewaarborgd, noch voor de moeder noch voor de baby. Het is echter moeilijk definitieve conclusies te trekken, omdat de door Kind & Gezin (K&G) en het Office de

la Naissance et de l'Enfance (ONE) georganiseerde contacten en consultaties niet in onze gegevens zijn opgenomen. Mogelijk vullen zij een aantal leemtes in.

En als we kijken naar de prenatale zorg, komt dezelfde algemene indruk naar voren. Bijna alle aanstaande moeders worden tijdens hun zwangerschap opgevolgd door een gynaecoloog, die hier een centrale rol speelt. De activiteit van de gynaecologen is aanzienlijk: in 2019 bedraagt het aantal contacten ongeveer elf à twaalf (mediaan en gemiddelde). Bovendien neemt de activiteit van vroedvrouwen toe: het opvolgingspercentage van toekomstige moeders tijdens hun zwangerschap stijgt van 45% in 2011 tot ongeveer 80% in 2019. Hier neemt het gemiddeld aantal contacten toe van 3,2 in 2011 tot 4,3 in 2019 (de mediaan stijgt in dezelfde periode van twee naar drie).

In het licht van deze cijfers zou men kunnen denken dat prenatale follow-up goed gewaarborgd is. Dit is echter niet altijd het geval. Zelfs na optelling van de activiteiten van de vroedvrouwen en de gynaecologen, is het opvallend en verontrustend vast te stellen dat 5% van de aanstaande moeders tijdens de zwangerschap ongeveer zes of acht contacten heeft (naargelang de moeders VT of niet-VT zijn, respectievelijk). Dit betekent dat 5% van de moeders hoogstens het door de Zweeds en de Britse overheid aanbevolen minimum aantal contacten heeft (Vandeleene & Avalosse, 2021).

8. Waarom verlaten VT-moeders het ziekenhuis vroeger?

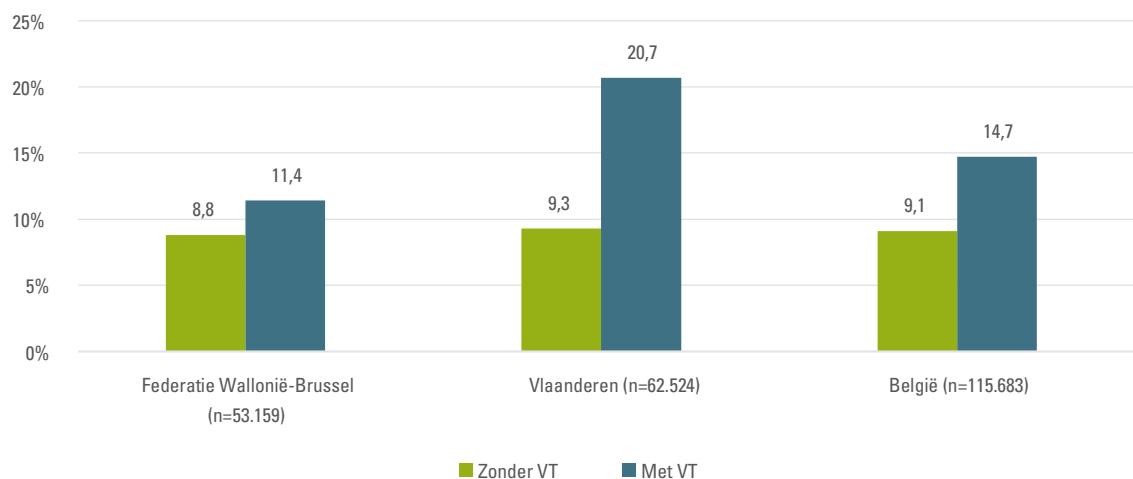
We zagen in punt 4 dat VT-moeders over het algemeen minder lang op de kraamafdeling blijven dan niet-VT-moeders, ongeacht het type bevalling. Dit is niet nieuw. Dat bleek reeds uit gegevens (2010) van het Intermutualistisch Agentschap (IMA)⁹ (zie Figuur 2): toen was het percentage vrouwen dat de kraamafdeling voortijdig¹⁰ verliet hoger bij de rechthebbenden VT-moeders (14,7%) dan bij de anderen (9,1%). Dit verschil is groter in de Vlaanderen dan in de Federatie Wallonië-Brussel. Helaas beschrijven de auteurs van deze studie alleen de gegevens en geven zij geen verklaring hiervoor (Moreau et al., 2013, p. 25).

Wat leert de literatuur ons hierover? Het feit dat sociaal meer kwetsbare moeders de kraamafdeling vroegtijdig verlaten, wordt ook in andere landen waargenomen. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld bleek uit een studie dat iemand die in een armere streek woont, meer kans heeft om het ziekenhuis vroe-

9. De hier verwerkte gegevens zijn dus exhaustief, aangezien zij alle onderlinge waarborgmaatschappijen in België bestrijken.

10. De verblijfsduur omvat de periode tussen de dag van de bevalling (D0) en de dag van ontslag uit de kraamkliniek. De definitie van vervroegd ontslag hangt af van het type bevalling: het is "ontslag vóór D3 bij vaginale bevallingen en ontslag vóór D5 bij bevallingen met keizersnede." (Moreau et al., 2013, p. 21).

Figuur 2: Aandeel moeders dat de kraamafdeling vroegtijdig verlaat naar sociaal statuut van de moeder (IMA-gegevens, 2010)



ger te verlaten, als alle andere dingen gelijk blijven. De auteurs zijn zelf verbaasd: “Dat vervroegd ontslag vaker lijkt voor te komen in meer achtergestelde groepen is een opvallende bevinding, die niet kan worden verklaard door de kenmerken van de moeder of de baby. De redenen voor dit onverwachte verband tussen sociaaleconomische status en vervroegd ontslag zijn onduidelijk en verder onderzoek is nodig om te begrijpen waarom deze beslissingen worden genomen”¹¹ (Oddie et al., 2005, p. 122, eigen vertaling).

Uit een studie voor de Verenigde Staten blijkt dat patiënten die verzekerd zijn via het publieke verzekeringssysteem Medicaid (voor personen en gezinnen met een laag inkomen) het ziekenhuis eerder verlaten, vergeleken met patiënten met een privé-verzekering. Dit is echter geen kwestie van geld, aangezien de dekking van de publieke verzekering vergelijkbaar is met die van de privé-verzekering: “de groepen met een kor-

tere verblijfsduur omvatten meer vrouwen met publieke verzekering voor hun gezondheidszorg, ook al was meer dan 90% van deze moeders via het Medicaid-programma ingeschreven in dezelfde gezondheidsplannen met dezelfde voordelen voor ziekenhuisopname na de bevalling als de moeders met een private verzekering”¹² (Weiss et al., 2004, eigen vertaling).

Een hypothese die door de auteurs naar voren wordt gebracht, is dat het zou kunnen gaan om een anticipatiefout of een gebrek aan kennis van de dekking die door de publieke verzekering wordt geboden: in de overtuiging dat zij minder goed gedekt zijn en met kosten worden geconfronteerd, verlaten deze moeders de kraamkliniek vroeger: “Vrouwen met een publieke verzekering zijn wellicht vroeger ontslagen ter ondersteuning van de inspanningen tot kostenbeheersing in het licht van een beperkte terugbetaling”¹³ (Weiss et al., 2004, eigen vertaling). In elk geval, en dat is ernstiger, betekent het dat “de socio-

11. Originele tekst: «*That early discharge seems to occur more commonly in more deprived groups is a striking finding, not explained by the characteristics of the mother or the baby. [...] The reasons for this unexpected relation between socioeconomic status and early discharge are unclear and further research is required to understand why these decisions occur.*»
12. Originele tekst: «*the shorter length-of-stay groups included more women with public funding for their health care, even though more than 90 percent of these mothers were enrolled, through the Medicaid program, in the same health plans with the same benefits for postpartum hospitalization as the mothers with private insurance payor sources.*» In de Verenigde Staten is Medicaid een programma dat bedoeld is om mensen met lage inkomens een ziekteverzekering te bieden.
13. Originele tekst: «*Women with public funding may have been discharged early to support cost containment efforts in the face of limited reimbursement.*»

demografische kenmerken van de groepen met een kortere verblijfsduur samen niet de moeders met een laag risico beschrijven voor wie de programma's voor vervroegd ontslag oorspronkelijk bedoeld waren. Vrouwen met kenmerken die vaak met kwetsbaarheid worden geassocieerd, werden vervroegd ontslagen¹⁴. (Weiss et al., 2004, eigen vertaling).

Deze veronderstelling kan worden toegepast op België. Ondanks de inspanningen van ziekenhuizen en ziekenfondsen om dit te verduidelijken, bevat de verplichte ziekteverzekering veel mogelijkheden om supplementen te vragen. Door een gebrek aan kennis en informatie over terugbetalingen en wat zij zullen moeten betalen, is het mogelijk dat patiënten die terughoudend zijn of niet de middelen hebben om grote sommen geld te betalen, de minst riskante oplossing zullen kiezen (vooral als de aandacht van de patiënt sterk gericht is op de kosten van de bevalling, wat het geval kan zijn voor de rechthebbenden op de VT). Ter informatie: volgens CM-cijfers kost een bevalling in een tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer gemiddeld bijna 300 euro aan de moeder, een bevalling in een eenpersoonskamer kost meer dan 1.600 euro (CM, 2019).

Een ander element dat de verblijfsduur kan beïnvloeden is de keuze van het kamertype. Over het algemeen geven de moeders die in het kader van dit artikel werden bestudeerd de voorkeur aan een eenpersoonskamer (71% van de bevallingen voor de periode 2010-2019). We kunnen ervan uitgaan dat een verblijf in een tweepersoonskamer minder comfortabel is dan een verblijf in een eenpersoonskamer. In de ziekenfondsgegevens stellen we vast dat bij een vergelijkbaar sociaal statuut (VT of niet-VT) het verblijf in een eenpersoonskamer langer is dan in een tweepersoonskamer. Daarnaast kiezen onze VT-moeders veel meer voor de tweepersoonskamer (over de onderzochte periode vond 80% van de geboorten van VT-moeders plaats in een tweepersoonskamer). Het lijkt er dus op dat een verblijf in een tweepersoonskamer de neiging van VT-moeders om de kraamkliniek sneller te verlaten, versterkt.

Voor de volledigheid: andere studies vinden geen effect van socio-economische kenmerken op de duur van het ziekenhuisverblijf na de bevalling (Nilsson et al., 2017). Uit een onderzoek naar de praktijk van verloskundigen in de Verenigde Staten en Canada bleek ook dat "veel artsen potentiële psychosociale en demografische risicofactoren [leeftijd, socio-economische status, afkomst, enz.] relatief onbelangrijk vonden bij het ne-

men van beslissingen over vervroegd ontslag, en de voorkeur gaven aan het benadrukken van aspecten van de medische toestand van de patiënt, het ziekenhuisverloop en de sociale steun"¹⁵ (Britton, 1998, eigen vertaling).

In het algemeen is het goed eraan te herinneren dat mensen in de laagste inkomenskwintielen meestal een slechtere gezondheid rapporteren (OESO, 2019b, p.5) en in feite een slechtere gezondheid hebben (Marmot, 2005). Er kunnen vele oorzaken een rol spelen: deze mensen stellen bijvoorbeeld vaker zorg uit om financiële redenen, hebben lagere gezondheidsvaardigheden, maken minder vaak gebruik van preventieve zorg, enz. (Devos et al., 2019). Om al deze redenen is het verrassend dat in België deze minder gegoede moeders vroeger naar huis worden gestuurd, tenzij zij er vaker om vragen (en dit verzoek wordt vaker ingewilligd in vergelijking met mensen zonder VT-statuut).

Tot slot willen wij eraan herinneren dat: "vervroegd naar huis gaan na de bevalling oorspronkelijk was bedoeld voor gezinnen met een laag risico. [...] Hoewel pasgeborenen met klinische problemen langer bleven, waren vrouwen en baby's met socio-demografische kenmerken die op mogelijke kwetsbaarheid wezen, eerder geneigd vroegtijdig naar huis te gaan. De jonge, ongehuwde, multiparae¹⁶ met een lage socio-economische status en een lage opleiding die eerder naar huis gingen, zouden theoretisch veel baat hebben bij de extra informatie en de extra steun die tijdens een langer verblijf in het ziekenhuis kunnen worden geboden"¹⁷ (Weiss et al., 2004, eigen vertaling).

14. Originele tekst: « taken together, the sociodemographic characteristics of the shorter length-of-stay groups do not describe the low-risk mothers for whom early discharge programs were originally intended. Women with characteristics often associated with vulnerability were discharged early. »

15. Originele tekst: « many physicians considered potential psychosocial and demographic risk factors relatively unimportant in making early discharge decisions, preferring to emphasize aspects of the patient's medical condition, hospital course, and social support. »

16. Dit zijn vrouwen die al meer dan één zwangerschap achter de rug hebben.

17. Originele tekst: « In its inception, early discharge was developed for low-risk families. [...] Even though newborns with clinical problems tended to stay longer, women and babies with sociodemographic characteristics that suggested potential vulnerability were more likely to go home early. The young, unmarried, multiparous of low socioeconomic status and education who went home earliest would theoretically derive considerable benefit from the additional teaching and support that could be offered in a longer hospital stay. »

9. Besluit

De tendens naar een korter verblijf in kraamafdelingen is in ons land tamelijk spectaculair. In tien jaar tijd is de gemiddelde verblijfsduur met meer dan een derde gedaald. Velen hebben hun bezorgdheid hierover geuit, vanuit ervaringen uit het werkveld. Lopen we bij een zeer kort verblijf niet het risico van een heropname van moeder en baby? Zoals het KCE duidelijk in haar aanbevelingen heeft aangegeven, moet een verkorte verblijfsduur in kraamafdelingen gepaard gaan met een postnatale follow-up (waarbij een globale en gecoördineerde visie op de te verlenen zorg worden geïntegreerd) en dit om een zorgleemte te vermijden die risico's met zich zou kunnen meebrengen. Uit onze ziekenfondsgegevens blijkt dat er veel vooruitgang is geboekt, vooral door de vroedvrouwen. Maar wij constateren ook dat er nog steeds een risico van onvoldoende follow-up bestaat. Uiteindelijk hebben we dus te maken met een paradox: ondanks een aanzienlijke activiteit van de zorgverleners, is de systematische postnatale follow-up niet gewaarborgd, noch voor de moeder noch voor de baby.

Ten slotte is een vervroegde terugkeer naar huis niet noodzakelijkerwijs voor iedereen weggelegd: er moet rekening worden gehouden met de gezondheidstoestand van de moeder en de baby, alsook met de mogelijkheden van het gezin om thuis voor de pasgeborene te zorgen. Vanuit dit oogpunt roept het feit dat in ons land de minder gegoede moeders minder lang in de kraamkliniek blijven vragen op. Het zou interessant zijn om de oorzaken hiervan te kennen. De enige manier zou een bevraging zijn bij de moeders zelf om meer te weten te komen over hun motivatie om vervroegd te vertrekken en de ziekenhuispraktijken in dit verband.

Dit artikel maakt deel uit van een reeks artikelen over de kraamafdeling. Het volgende artikel zal gewijd zijn aan het risico van heropname van moeders en baby's, gezien het mogelijke verband tussen het verminderen van de verblijfsduur en dit risico.

Bibliografie

- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Vinck, I., Paulus, D., en Christiaens, W. (2014) *Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care*. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 232. D/2014/10.273/81.
- Benahmed, N., Lefevre, M., Christiaens, W., Devos, C., en Stordeur, S. (2019) *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 326. D/2019/10.273/78.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., en Freeze, R. (2009) Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth, *Journal of midwifery & women's health*, 54(2), 119-126
- Britton, J. R. (1998) Postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States, *Birth*, 25(3), 161-169.
- Campbell, O. M., Cegolon, L., Macleod, D., en Benova, L. (2016) Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low-and middle-income countries: compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys, *PLoS medicine*, 13(3), e1001972.
- Chapois, G. (2017) Les enjeux d'un séjour écourté en maternité, *Santé conjugée*, 78, 1-9.
- *CM (2019) 15^e CM Ziekenhuisbarometer*. https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-volledig-rapport_tcm47-63116.pdf
- Crommelynck, A., Degraeve, K., en Lefèbre, D. (2013) De organisatie en financiering van ziekenhuizen. Info-Fiche. Supplement bij *CM-Informatie*, 253.
- De Block, M. (2016) *Verblijfsduur in het ziekenhuis bij een bevalling*. <https://www.maggiedeblock.be/verblijfsduur-in-het-ziekenhuis-bij-een-bevalling/>
- de Crespigny, L., en Savulescu, J. (2014) Homebirth and the future child, *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 807-812.
- de Jonge, A., van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J., en Buitendijk, S.E. (2009) Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births, *BJOG*, 116, 1177-84.
- Dennis, C. L., en Hodnett, E. (2002) Individualized postpartum care by midwives resulted in improved mental health, *Evidence-based Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 175-176.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèbre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., De vleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C. en Meeus P. (2019) *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32.

- De Wandeler, C. (2017) Réduction du séjour en maternité : un bilan alarmant, *Axelle*, 195-196.
- EUROSTAT (2019) Kindersterftecijfer. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=fr>
- FOD Volksgezondheid (2019) *Pilootprojecten 'Bevallen met verkort ziekenhuisverblijf'*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_bevallen_met_verkort_verblijf_nl.pdf
- Goossens, V. en Dessoy, A. (2020) *MAHA-ANALYSE 2020 en impact van COVID-19*. Belfius. Presentatie van de 26^e editie van de sectorale analyse van de algemene ziekenhuizen in België tijdens een persconferentie. Beschikbaar op <https://www.belfius.be/about-us/nl/nieuws/maha-analyse-2020>
- Hermus, M.A., Hitzert, M., Boesveld, I.C., van den Akker-van Marle, M.E., Dommelen, P. V., Franx, A., Graaf, J. P., van Lith, J.M.M., Luurssen-Masurel, N., Steegers, E. A. P., Wiegers, T.A., en van der Pal-de Bruin, K.M. (2017) Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study, *BMJ open*, 7(11), e016958.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., en Rådestad, I. (2003) Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care, *Birth*, 30(1), 11-22.
- Janssen, P.A., Saxell, L., Page, L.A., Klein, M.C., Liston, R.M., en Lee, S.K. (2009) Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician, *Cmaj*, 181(6-7), 377-383
- Lefèvre, M., Bouckaert, N., Camberlin, C., Devriese, S., Pincé, H., de Meester, C., Fricheteau, B., & Van de Voorde, C. (2019) *Organisation of maternity services in Belgium*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 323. D/2019/10.273/68.
- Marmot, M. (2005) Social determinants of health inequalities, *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., G.I.P., Alexander, S., en Humblet, P. (2013) *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère: organiser les Liens et Evaluer: ADELE*. Beschikbaar op https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_ADELE_2013_final.pdf
- Nilsson, I. M., Kronborg, H., Knight, C. H., et Strandberg-Larsen, K. (2017) Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns?, *Sexual & reproductive healthcare*, 11, 60-68.
- Oddie, S.J., Hammal, D., Richmond, S., en Parker, L. (2005) Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study, *Archives of disease in childhood*, 90(2), 119-124
- OESO (2019a) *Gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3a05bb1d-fr/index.html?itemId=/content/component/3a05bb1d-fr>
- OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b) België: *Landenprofiel gezondheid 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Olsen, O. (1997) Meta-analysis of the safety of home birth, *Birth*, 24(1), 4-13.
- Olsen, O., en Clausen, J. A. (2012) Planned hospital birth versus planned home birth, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000352-CD000352.
- RTL INFO (2016) *Explosion des réadmissions de mères et de nouveau-nés à l'hôpital: «Ça nous arrive de récupérer des bébés déshydratés»*. <https://www.rtl.be/info/magazine/sante/explosion-des-readmissions-de-meres-et-de-nouveau-nes-a-l-hopital-ca-nous-arrive-de-recuperer-des-bebes-deshydrates--870879.aspx>
- Stas, J. (2015) *Optimisation de la gestion d'un service hospitalier : étude de l'influence des réadmissions et de la Durée Moyenne de Séjour : cas du service d'urologie des CUSL*. Mémoire de Master. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain.
- Vandeleene, G., en Avalosse, H. (2021) Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len), *CM-Informatie*, 283, 23-41. https://www.cm.be/media/CM-Info-Gezondheidszorg_tcm47-69789.pdf
- Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2016) *Vroeg ontslag uit de materniteit*. https://vkindergeneeskunde.be/userfiles/files/VROEG_ONTSLAG UIT DE MATERNITEIT_07032016.pdf
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., en Nelson, M. (2004) Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness-for-discharge factors, *Birth*, 31(2), 93-101.

Tabel 4: Verdeling van de verblijfsduur van moeders op de kraamafdeling (CM-gegevens, 2010-2019)

Verblijfsduur in een kraamafdeling	Aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	1.186	1.168	1.195	1.212	1.262	1.361	1.396	1.425	1.496	1.412
2 dagen	1.670	1.689	1.911	1.890	2.249	3.531	4.968	5.543	5.923	6.270
3 dagen	6.435	7.027	7.924	8.475	9.713	16.027	20.663	20.341	20.557	21.021
4 dagen	17.890	19.243	19.592	19.371	19.585	14.884	10.817	9.519	8.961	8.942
5 dagen	11.827	10.105	8.871	7.862	6.996	4.949	4.179	3.624	3.121	2.783
6 dagen	4.156	4.218	3.867	3.519	3.153	1.708	975	748	664	534
7 dagen	1.826	1.424	1.072	881	707	324	196	198	191	141
> 7 dagen	805	688	549	502	426	259	212	206	191	190
Totaal	45.795	45.562	44.981	43.712	44.091	43.043	43.406	41.604	41.104	41.294

Verblijfsduur in een kraamafdeling	% van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	2,6%	2,6%	2,7%	2,8%	2,9%	3,2%	3,2%	3,4%	3,6%	3,4%
2 dagen	3,6%	3,7%	4,2%	4,3%	5,1%	8,2%	11,4%	13,3%	14,4%	15,2%
3 dagen	14,1%	15,4%	17,6%	19,4%	22,0%	37,2%	47,6%	48,9%	50,0%	50,9%
4 dagen	39,1%	42,2%	43,6%	44,3%	44,4%	34,6%	24,9%	22,9%	21,8%	21,7%
5 dagen	25,8%	22,2%	19,7%	18,0%	15,9%	11,5%	9,6%	8,7%	7,6%	6,7%
6 dagen	9,1%	9,3%	8,6%	8,1%	7,2%	4,0%	2,2%	1,8%	1,6%	1,3%
7 dagen	4,0%	3,1%	2,4%	2,0%	1,6%	0,8%	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%
> 7 dagen	1,8%	1,5%	1,2%	1,1%	1,0%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

Tabel 5: Verdeling van de verblijfsduur van moeders op de kraamafdeling per type bevalling (CM-gegevens, 2010-2019)

Verblijfsduur in een kraamafdeling	Vaginale bevalling % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	3,0%	3,0%	3,1%	3,2%	3,3%	3,7%	3,8%	4,1%	4,4%	4,1%
2 dagen	4,4%	4,5%	5,1%	5,2%	6,2%	10,1%	14,1%	16,5%	17,9%	18,9%
3 dagen	16,9%	18,6%	21,3%	23,4%	26,7%	45,0%	57,5%	58,8%	60,0%	61,0%
4 dagen	45,9%	49,8%	50,8%	51,4%	50,9%	35,3%	21,3%	17,6%	14,8%	13,4%
5 dagen	25,0%	19,9%	16,3%	13,6%	10,3%	4,5%	2,3%	2,2%	2,0%	1,8%
6 dagen	3,1%	2,6%	2,3%	2,0%	1,6%	0,9%	0,5%	0,5%	0,6%	0,4%
7 dagen	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
> 7 dagen	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
Aantal leden	36.679	36.469	36.103	34.836	34.986	34.190	34.394	32.951	32.457	32.590

Verblijfsduur op een kraamafdeling	Bevalling met keizersnede % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	1,2%	0,9%	1,1%	0,9%	1,0%	0,9%
2 dagen	0,6%	0,5%	0,9%	0,7%	0,9%	1,0%	1,2%	1,3%	1,3%	1,4%
3 dagen	2,6%	2,6%	2,8%	3,6%	3,9%	7,3%	9,9%	11,3%	12,6%	13,0%
4 dagen	11,7%	12,1%	14,3%	16,6%	19,4%	32,0%	38,8%	43,2%	48,0%	52,5%
5 dagen	29,0%	31,2%	33,8%	35,2%	37,1%	38,5%	37,4%	33,6%	28,7%	25,2%
6 dagen	33,2%	35,8%	34,2%	31,6%	28,7%	15,8%	8,8%	6,8%	5,6%	4,6%
7 dagen	16,6%	12,4%	9,4%	7,7%	6,0%	2,8%	1,5%	1,4%	1,5%	1,1%
> 7 dagen	5,5%	4,6%	3,7%	3,6%	2,9%	1,7%	1,3%	1,5%	1,4%	1,3%
Aantal leden	9.116	9.093	8.878	8.876	9.105	8.853	9.012	8.653	8.647	8.704

Tabel 6: Verdeling van de moeders volgens de duur van hun verblijf in de kraamafdeling volgens sociaal statuut (VT versus niet-VT) (CM-gegevens, 2010-2019)

Verblijfsduur in een kraamafdeling	Niet-VT-moeders % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	2,5%	2,4%	2,5%	2,6%	2,7%	2,8%	3,0%	3,2%	3,3%	3,1%
2 dagen	3,3%	3,3%	3,8%	3,7%	4,5%	7,4%	10,4%	12,3%	13,4%	14,0%
3 dagen	13,3%	14,6%	16,7%	18,5%	21,1%	37,1%	48,1%	49,7%	51,0%	52,2%
4 dagen	39,5%	43,1%	44,7%	45,5%	45,9%	35,7%	25,7%	23,5%	22,3%	22,0%
5 dagen	26,5%	22,7%	20,1%	18,5%	16,2%	11,7%	9,7%	8,7%	7,6%	6,8%
6 dagen	9,2%	9,5%	8,8%	8,3%	7,2%	4,0%	2,2%	1,8%	1,6%	1,3%
7 dagen	4,0%	3,1%	2,3%	2,0%	1,6%	0,7%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%
> 7 dagen	1,7%	1,4%	1,1%	1,0%	0,9%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Aantal leden	42.256	41.570	40.940	39.671	39.671	38.546	38.639	36.557	36.170	36.203

Verblijfsduur in een kraamafdeling	VT-moeders % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	3,6%	3,9%	4,1%	4,8%	4,6%	5,9%	5,3%	5,3%	5,9%	5,7%
2 dagen	7,7%	8,4%	9,2%	10,4%	10,6%	15,1%	19,6%	20,6%	21,7%	23,9%
3 dagen	22,6%	24,1%	27,3%	27,9%	30,3%	38,2%	43,3%	43,0%	43,0%	41,7%
4 dagen	34,1%	33,5%	32,3%	33,2%	30,9%	25,0%	18,6%	18,6%	18,4%	19,1%
5 dagen	17,2%	17,0%	15,7%	13,3%	13,3%	10,0%	9,2%	9,0%	7,5%	6,4%
6 dagen	7,7%	7,2%	6,4%	6,0%	6,5%	3,6%	2,4%	1,8%	1,7%	1,5%
7 dagen	3,9%	3,1%	2,8%	2,4%	2,0%	1,1%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%
> 7 dagen	3,0%	2,8%	2,2%	2,2%	1,9%	1,1%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%
Aantal leden	3.537	3.992	4.041	4.041	4.420	4.497	4.767	5.047	4.934	5.091

Tabel 7: Aandeel van bevallingen met keizersnede volgens de sociaal statuut van de moeder (VT versus niet-VT) (CM-gegevens, 2010-2019)

Jaar	Moeders zonder VT	Moeders met VT
2010	19,6%	23,1%
2011	19,8%	21,7%
2012	19,5%	22,2%
2013	20,2%	21,4%
2014	20,3%	24,1%
2015	20,2%	23,5%
2016	20,5%	23,1%
2017	20,4%	23,9%
2018	20,7%	23,1%
2019	20,6%	24,0%

Tabel 8: Verdeling van de moeders volgens de verblijfsduur in de kraamafdeling, volgens hun sociaal statuut (VT versus niet-VT) en volgens het type bevalling (vaginale bevalling versus keizersnede) (CM- gegevens, 2010-2019)

Ver- blijfs- duur kraam- afdeling	Vaginale bevalling - moeders zonder VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	2,9%	2,9%	2,9%	3,0%	3,1%	3,3%	3,4%	3,8%	3,9%	3,7%
2 dagen	4,0%	3,9%	4,5%	4,5%	5,4%	9,1%	12,9%	15,2%	16,6%	17,3%
3 dagen	16,0%	17,6%	20,1%	22,4%	25,5%	44,9%	58,2%	59,8%	61,3%	62,7%
4 dagen	46,4%	50,9%	52,2%	52,9%	52,8%	36,8%	22,3%	18,2%	15,3%	13,9%
5 dagen	25,9%	20,7%	16,8%	14,1%	10,8%	4,6%	2,3%	2,2%	1,9%	1,7%
6 dagen	3,1%	2,7%	2,3%	2,1%	1,5%	0,9%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%
7 dagen	0,8%	0,8%	0,6%	0,6%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
> 7 dagen	0,8%	0,7%	0,6%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Aantal leden	33.957	33.342	32.960	31.660	31.632	30.752	30.730	29.112	28.665	28.728

Verblijfsduur kraamafdeling	Vaginale bevalling - moeders met VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	4,4%	4,7%	5,0%	5,7%	5,5%	7,2%	6,7%	6,5%	7,4%	7,1%
2 dagen	9,7%	10,6%	11,3%	12,8%	13,6%	19,2%	24,8%	26,4%	27,7%	30,6%
3 dagen	28,1%	29,6%	33,9%	33,8%	38,1%	46,0%	51,3%	50,9%	50,2%	48,6%
4 dagen	39,0%	38,1%	35,6%	36,1%	32,9%	21,9%	13,1%	12,5%	11,0%	9,6%
5 dagen	13,7%	11,9%	10,3%	8,1%	6,3%	3,5%	2,4%	2,4%	2,1%	2,5%
6 dagen	2,6%	2,6%	2,0%	1,7%	1,8%	1,2%	0,7%	0,5%	0,7%	0,7%
7 dagen	1,1%	0,9%	0,8%	0,6%	0,7%	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%
> 7 dagen	1,5%	1,7%	1,0%	1,3%	1,1%	0,6%	0,7%	0,4%	0,4%	0,5%
Aantal leden	2.720	3.127	3.143	3.176	3.354	3.438	3.664	3.839	3.792	3.862

Verblijfsduur kraamafdeling	Bevalling met keizersnede - moeders zonder VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	0,8%	0,8%	1,0%	0,8%	1,1%	0,9%	1,1%	0,8%	1,0%	0,9%
2 dagen	0,5%	0,5%	0,8%	0,6%	0,8%	0,8%	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%
3 dagen	2,4%	2,4%	2,6%	3,3%	3,7%	6,5%	8,9%	10,3%	11,6%	11,9%
4 dagen	11,1%	11,5%	13,5%	16,0%	18,7%	31,5%	39,1%	44,0%	48,8%	53,0%
5 dagen	29,0%	30,8%	33,7%	35,5%	37,4%	39,5%	38,2%	34,2%	29,2%	26,3%
6 dagen	34,0%	37,0%	35,6%	32,7%	29,6%	16,4%	8,9%	7,0%	5,6%	4,7%
7 dagen	16,9%	12,6%	9,4%	7,6%	5,9%	2,7%	1,4%	1,3%	1,3%	1,0%
> 7 dagen	5,3%	4,4%	3,4%	3,4%	2,7%	1,6%	1,3%	1,3%	1,3%	1,1%
Aantal leden	8.299	8.228	7.980	8.011	8.039	7.794	7.909	7.445	7.505	7.475

Verblijfsduur kraamafdeling	Bevalling met keizersnede - moeders met VT % van het aantal unieke leden die bevallen zijn, volgens verblijfsduur									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 dag	1,1%	0,9%	0,7%	1,5%	1,7%	1,4%	0,8%	1,5%	0,9%	1,1%
2 dagen	1,2%	0,6%	1,8%	1,6%	1,1%	2,0%	2,1%	2,5%	1,9%	2,8%
3 dagen	4,3%	4,3%	4,0%	6,1%	5,7%	12,7%	17,0%	17,7%	18,8%	20,0%
4 dagen	17,7%	17,1%	21,0%	22,3%	24,4%	35,2%	36,9%	38,1%	42,7%	49,1%
5 dagen	29,0%	35,3%	34,5%	32,3%	35,2%	31,4%	31,6%	29,9%	25,5%	18,8%
6 dagen	25,0%	23,9%	21,9%	21,7%	21,3%	11,2%	8,1%	5,6%	5,0%	3,8%
7 dagen	13,5%	11,1%	9,6%	8,9%	6,0%	3,3%	2,0%	2,1%	2,6%	1,6%
> 7 dagen	8,2%	6,8%	6,5%	5,5%	4,6%	2,8%	1,5%	2,6%	2,5%	2,7%
Aantal leden	817	865	898	865	1.066	1.059	1.103	1.208	1.142	1.229

Hoe kunnen we de kwaliteit van gespecialiseerde palliatieve zorg meten? Een ervaring uit Vlaanderen

Michèle Morel - Studiedienst

Met dank aan Kathleen Leemans (VUB en Federatie voor Palliatieve Zorg Vlaanderen) voor de samenwerking

Samenvatting

De voorbije jaren is de aandacht voor de kwaliteit van palliatieve zorg toegenomen. Door de stijgende levensverwachting en het toenemende belang van chronische aandoeningen, wordt het overlijden vaak voorafgegaan door een langdurig ziekteproces dat gepaard gaat met een langzame achteruitgang van het lichamelijk en/of cognitief functioneren.

In 2020 nam de studiedienst van CM deel aan de evaluatie van het werk van de palliatieve zorgteams op basis van de criteria ontwikkeld door de onderzoeksgroep 'Zorg rond het levenseinde' bij de VUB-UGent. De methodologie is opgebouwd rond een set van 36 indicatoren die toelaten om de verschillende domeinen binnen palliatieve zorg te objectiveren: fysieke en psychosociale aspecten van zorg; informatie, communicatie en planning van zorg met de patiënt, de naasten en de zorgverleners; coördinatie, continuïteit en soort zorg; omstandigheden rond het overlijden en ondersteuning van de naasten. Op basis van de analyse wordt een verslag opgesteld dat enkel aan de betrokken zorgverleners bezorgd wordt. Dit rapport is bedoeld om het personeel te motiveren zich in te zetten voor de verbetering van hun functioneren. In dit artikel presenteren wij enkele algemene resultaten van de evaluaties die zijn uitgevoerd.

Sleutelwoorden: Palliatieve zorg, kwaliteitsindicatoren, kwaliteitsmeting, palliatieve eenheden, palliatieve support teams

1. Inleiding

De voorbije decennia is in heel wat domeinen in onze samenleving de aandacht voor kwaliteit toegenomen. Dit is zeker ook het geval voor het domein zorg. Bovendien bepaalt de wet 'rechten van de patiënt' (2002)¹ expliciet dat de patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle gezondheidszorg die beantwoordt aan zijn behoeften. Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) omschrijft kwaliteit van zorg als "de mate waarin de zorg geleverd voor personen en patiëntengroepen de gewenste zorgresultaten verbetert. Om dit te kunnen bereiken moet zorg veilig, effectief, tijdig, efficiënt, gelijkwaardig en

persoonsgericht zijn"². Het stelt ook dat bij kwaliteit van zorg de ervaring van de zorggebruiker centraal staat en als belangrijkste uitgangspunt geldt. Bovendien moet de kwaliteit van zorg transparant zijn. Het Vlaams decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (2003, artikel 5, § 3) vraagt dat de voorzieningen voorzien in een zelf-evaluatie om aan te tonen dat ze hun processen, structuren en resultaten bewaken, beheersen en voortdurend verbeteren. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2006) stelt dat een gezondheidssysteem permanent verbeteringen moet nastreven in zes dimensies van kwaliteit: doeltreffendheid, doelmatigheid, toegankelijkheid, patiëntgerichtheid, billijkheid en veiligheid.

1. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, beschikbaar op http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet
2. <https://zorgkwaliteit.be/vragen/wat-kwaliteit-van-zorg-definitie-en-centrale-principes>

Om de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen evalueren en waar nodig te verbeteren, en om deze transparant te kunnen maken, moet de kwaliteit eerst in kaart gebracht worden (gemeten). Dit kan aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Een 'kwaliteitsindicator' kan omschreven worden als "een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsindicatoren kunnen de structuur, het proces of de uitkomsten van zorg bekijken"³. Er zijn dus drie types indicatoren te onderscheiden:

- structuurindicatoren gaan de structurele kenmerken van een organisatie na die ook een invloed kunnen uitoefenen op de processen en uitkomsten van de zorg;
- procesindicatoren beschrijven de kenmerken van het proces van zorgverstrekking op zich;
- uitkomstindicatoren beschrijven de uitkomst van de zorg voor de patiënt of de naaste (Leemans, 2014).

Ook in het Vlaamse geïntegreerde kwaliteitsbeleid vormen de kwaliteitsindicatoren een van de pijlers, naast accreditering en inspectie. In Vlaanderen wordt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren die toelaten de zorgkwaliteit te meten, in samenspraak met de belanghebbenden, gecoördineerd en ondersteund door het VIKZ. Er wordt al gewerkt met kwaliteitsindicatoren in de algemene ziekenhuizen, de voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. Voor de eerstelijns zijn de kwaliteitsindicatoren nog in ontwikkeling.

Ook in de palliatieve zorg moet het streven naar kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning centraal staan. Door de toegenomen levensverwachting en het groter belang van chronische aandoeningen, gaat aan het overlijden vaak een langdurig ziekteproces met een langzame achteruitgang in fysiek en/of cognitief functioneren vooraf. Betrokkenen willen deze tijd, zeker naarmate het einde nadert, zo kwaliteitsvol als mogelijk doorbrengen. Bij het realiseren van deze kwaliteit van leven, speelt de kwaliteit van zorg een belangrijke rol. Vertrekkend vanuit de wens van de patiënt en zijn omgeving, moet deze zorg aandacht hebben voor het bestrijden van symptomen, het bieden van comfort en zorg in de door de patiënt gewenste omgeving. In de realiteit blijkt dat dit nog niet steeds bereikt wordt en dat bij patiënten bijvoorbeeld zinloze behandelingen worden gestart die vaak ook niet gewenst zijn of die de levenskwaliteit beperken (De Vleminck, 2019). Dus ook in de palliatieve zorg is het meten van de kwaliteit belangrijk, zodat de zorg in de laatste levensfase nog meer afgestemd kan worden op de waarden en behoeften van de patiënten en hun omgeving. De Raad van Europa wees op het belang van kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg die alle relevante dimensies ervan evalueert (Council of Europe, 2003) (de vier pijlers: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel-existentieel).

Daartoe is in 2009 onder impuls van de onderzoeksgroep 'Zorg rond het levenseinde' van VUB en UGent gestart met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg. Dit gebeurde in overleg met de sector. In 2014 kon het instrument dankzij Kom op tegen Kanker verder geïmplementeerd worden in de palliatieve zorgvoorzieningen in Vlaanderen.

Zowel de palliatieve eenheden (PE) en palliatieve support teams (PST) in ziekenhuizen als de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE) in de thuiszorg in Vlaanderen kunnen dus, op vrijwillige basis, gebruik maken van de door de VUB ontwikkelde set kwaliteitsindicatoren om intern hun zorg te evalueren en te verbeteren waar nodig.⁴ Door de betrokkenheid van bij de aanvang van het project, genieten de kwaliteitsindicatoren inmiddels een breed draagvlak binnen de sector. De bereidheid om ermee aan de slag te gaan is groot. De ondersteuning en opvolging van de kwaliteitsindicatoren (dataverwerking, opmaak rapport, informatieverlening, enz.) werden de voorbije jaren opgenomen door de Federatie voor Palliatieve Zorg Vlaanderen en dit tot en met eind 2020. Het is de bedoeling om de kwaliteitsindicatoren in 2021 in te kanten in de overheidsprogramma's (VIKZ). De toezichtcommissie van het kwaliteitsindicatorenprogramma, die waakt over de validiteit en betrouwbaarheid van de kwaliteitsmetingen in de zorg in Vlaanderen, gaf hiertoe alvast haar toestemming.

Voor het jaar 2020 deed de Federatie voor de ondersteuning van de zorgteams beroep op mankracht binnen de CM-studiedienst. Ook voor CM is kwaliteit immers een van de basisprincipes voor het gezondheidsbeleid waaraan niet mag worden geraakt en is het meetbaar en transparant maken van deze kwaliteit, onder meer met behulp van kwaliteitsindicatoren, van groot belang (Christelijke Mutualiteit, 2018).

In totaal werd in 2020 dataverwerking uitgevoerd voor vijftien kwaliteitsmetingen: drie metingen door een PST en twaalf metingen door een PE (geen dataverwerking voor MBE omwille van technische problemen). Het gaat hierbij niet om vijftien verschillende zorgteams, aangezien verschillende teams meerdere keren hebben gemeten in die periode. Het aantal uitgevoerde metingen lag in 2020 lager dan de jaren daarvoor omwille van de COVID-19-gezondheids crisis. De hierna besproken resultaten gaan niet enkel over de metingen van 2020, maar over alle metingen van de voorbije zes jaren. De bedoeling van dit artikel is niet in de eerste plaats om de resultaten voor te stellen, maar wel om het werken rond kwaliteit in de sector palliatieve en levenseindezorg toe te lichten en te illustreren.

3. <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/kwaliteitsindicatoren-palliatieve-zorg/>

4. <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/kwaliteitsindicatoren-palliatieve-zorg/>. De ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren was het voorwerp van het doctoraatsonderzoek van Kathleen Leemans (Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde, VUB). Zie www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov voor publicaties daaromtrent.

2. Meerwaarde van de kwaliteitsmetingen voor de zorgteams

Kwaliteitsindicatoren zijn in de eerste plaats bedoeld voor intern gebruik binnen een voorziening. De set kwaliteitsindicatoren voor gespecialiseerde palliatieve zorg is dan ook bedoeld om informatie te leveren aan palliatieve zorgaanbieders over de gepercipieerde of ervaren kwaliteit van zorg. Dit laat toe te identificeren welke aspecten van de zorg verbeterd kunnen worden. Met de indicatoren kunnen ook evaluaties op langere termijn gedaan worden en kan men nagaan of de kwaliteit verbetert over de tijd. Wanneer een zorgvoorziening regelmatig de kwaliteit van zorg meet (bijvoorbeeld om de zes maanden), kan ze de impact van veranderingen in de zorg op de ervaren kwaliteit evalueren. Daarnaast is het mogelijk om de kwaliteit van zorg te vergelijken tussen verschillende zorgvoorzieningen onderling (bijvoorbeeld tussen twee palliatieve support teams of tussen een palliatief support team en een palliatieve zorgenheid).

Het uitvoeren van een kwaliteitsmeting op basis van de kwaliteitsindicatoren gebeurt vandaag op vrijwillige basis. Er is (vooralsnog) geen wettelijke verplichting om dit te doen en de kwaliteitsmeting kadert (nog) niet binnen een controle- of inspectiesysteem vanwege de overheid.

3. De indicatoren en procedure

Het evaluatiesysteem is ontwikkeld door de Onderzoeksgroep Zorg rond het Levens einde VUB-UGent. De set bevat 36 indicatoren,⁵ gebundeld in acht domeinen:

1. fysieke aspecten van zorg (bijvoorbeeld pijnmeting, verlichting van kortademigheid);
2. psychosociale aspecten van zorg (bijvoorbeeld respect voor persoonlijke wensen);
3. informatie, communicatie en zorgplanning met de patiënt (bijvoorbeeld duidelijke en niet-tegenstrijdige informatie ontvangen);
4. informatie, communicatie en zorgplanning met de naasten (bijvoorbeeld juiste hoeveelheid informatie ontvangen over de toestand van patiënt);
5. informatie, communicatie en zorgplanning tussen hulpverleners onderling (bijvoorbeeld voldoende frequent multidisciplinair overleg);

6. type van zorg en omstandigheden rond het overlijden (bijvoorbeeld kwaliteit van sterven);
7. coördinatie en continuïteit van zorg (bijvoorbeeld wekelijks contact met de huisarts);
8. steun aan naasten (bijvoorbeeld regelmatig praten over gevoelens en bezorgdheden).

Voor de ontwikkeling van deze indicatoren zijn verschillende projectfasen doorlopen met onder meer een systematische literatuurstudie van bestaande relevante indicatorensets in binnen- en buitenland, verschillende expertraadplegingen (waarbij zowel professionele zorgverleners, mantelzorgers als patiëntenorganisaties waren betrokken) en een teststudie in diverse Vlaamse palliatieve zorgdiensten (palliatieve support teams, palliatieve zorgenheden en multidisciplinaire thuiszorgequipes) waarbij het gebruik van de indicatoren en de procedure een eerste keer werden uitgetest.

De kwaliteitsmetingen worden uitgevoerd via schriftelijke vragenlijsten, die door de zorgteams worden voorgelegd aan (1) opgenomen (volwassen) palliatieve patiënten, (2) hun meest betrokken hulpverlener, (3) de nabestaanden van in het ziekenhuis overleden palliatieve patiënten en (4) hun meest betrokken hulpverlener. Op basis van de verzamelde antwoorden, worden de gegevens ingevoerd in en verwerkt via een automatisch dataverwerkingssysteem. Omwille van de vertrouwelijkheid van de gegevens, wordt gebruik gemaakt van pseudonimisering: de verwerker krijgt geen naamsgegevens te zien.

Voor elk kwaliteitsmetingsmoment krijgt een zorgteam een resultatenrapport met daarin voor elke kwaliteitsindicator de eigen score (%) en een vergelijking met de gemiddelde score van alle zorgteams samen. De score geeft dan de verhouding weer tussen het aantal respondenten bij wie aan de kwaliteitsindicator is voldaan en het totaal aantal respondenten bij wie de kwaliteitsindicator is gemeten.

We willen hierbij onderstrepen dat het resultatenrapport (uitsluitend) wordt bezorgd aan het zorgteam in kwestie, omdat het de bedoeling heeft het personeel te motiveren zich in te zetten voor het verbeteren van hun functioneren en niet als controle door de overheid. Om een duidelijk beeld te krijgen van de evolutie van de zorgkwaliteit, wordt aan de zorgteams aangeraden om twee maal per jaar een meting uit te voeren of bij minstens 50 patiënten per jaar.

6. Meer gedetailleerde informatie over de indicatoren is terug te vinden op <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/kwaliteitsindicatoren-palliatieve-zorg/> (document "indicatorenfiches").

4. Globale resultaten van de evaluatie

Als we alle metingen van de voorbije zes jaren samen beschouwen, stellen we vast dat de gemiddelde responsgraad (dit is het aantal personen dat deelneemt ten opzichte van het aantal personen aan wie, op basis van enkele inclusiecriteria, de vragenlijst is voorgelegd) bij de palliatieve eenheden op 62% lag voor patiënten, 78% voor hulpverleners van opgenomen patiënten, 59% voor nabestaanden en 91% voor hulpverleners van overleden patiënten. Bij de palliatieve support teams gaat het om 76% (patiënten), 99% (hulpverleners van opgenomen patiënten), 47% (nabestaanden) en 97% (hulpverleners van overleden patiënten).

Zowel bij de palliatieve eenheden als bij de palliatieve support teams zien we in de groep van geïncludeerde patiënten in opname alsook in de groep van geïncludeerde overleden patiënten, dat ongeveer de helft vrouw is, de helft man (meestal iets meer mannen). De grootste groep patiënten is telkens tussen de 61 en 80 jaar oud (kleine tot grote helft). Bij een grote meerderheid wordt kanker als diagnose opgegeven.

In tabel 1 en tabel 2 geven we bij wijze van illustratie enkele globale resultaten, enerzijds over de palliatieve eenheden en anderzijds over de palliatieve support teams. Wij hebben telkens de indicatoren weerhouden waarvoor de zorgteams zeer goede resultaten behaalden en deze waarvoor zij minder goede resultaten behaalden. We benadrukken dat we geen individuele resultaten per zorgteam weergeven, en maken hier dus geen vergelijking tussen de teams, omdat de kwaliteitsindicatoren ontworpen werden om, zoals eerder gezegd, zorgteams aan te moedigen hun geleverde zorg te evalueren en waar nodig bij te sturen, en niet als controle- of inspectie-instrument.

De analyse van de resultaten van de evaluaties toont aan dat de palliatieve eenheden gemiddeld beter scoren dan de palliatieve support teams op de vooropgestelde indicatoren die de beste kwaliteit van palliatieve zorg weerspiegelen volgens de belangrijkste stakeholders rekening houdend met de verschillende domeinen van palliatieve zorg zoals de definitie van de WHO het omschrijft (2002).

Tabel 1: Enkele resultaten van de evaluatie van de palliatieve eenheden

Indicatoren waarop de zorgteams gemiddeld zeer goed scoorden	Gemiddelde score (in %)
Percentage nabestaanden dat zoveel hulp als nodig kreeg bij het zorgproces	98
Percentage patiënten bij wie de stervenskwaliteit 6 of meer scoorde op een schaal van 0 tot 10 (volgens de hulpverlener)	94
Percentage patiënten dat aangaf dat de zorgverleners meestal of altijd hun persoonlijke wensen respecteerden en meestal of altijd ruimte kregen om hun dag in te delen en mee te beslissen over de zorg	93
Percentage patiënten bij wie de zorgverleners informatie over zorg- en behandeldoelen kregen tijdens of na de opname of aanmelding	92
Percentage patiënten met wie de (huis)arts sprak over hun wensen in verband met de zorgdoelen	88
Indicatoren waarop de zorgteams gemiddeld minder goed tot slecht scoorden	Gemiddelde score (in %)
Percentage patiënten van wie delirium werd geëvalueerd op een gevalideerde schaal	16
Percentage patiënten van wie angst werd geëvalueerd op een gevalideerde schaal	21
Percentage patiënten bij wie de palliatieve zorg ten minste twee weken voor hun overlijden werd gestart	34

Tabel 2: Enkele resultaten van de evaluatie van de palliatieve support teams

Indicatoren waarop de zorgteams gemiddeld zeer goed scoorden	Gemiddelde score (in %)
Percentage patiënten bij wie de stervenskwaliteit 6 of meer scoorde op een schaal van 0 tot 10 (volgens de hulpverlener)	94
Percentage patiënten dat niet werd overgebracht naar de spoedafdeling sinds de opname of het opstarten van de palliatieve zorg	91
Percentage patiënten bij wie de kortademigheid werd verlicht binnen 48 uur na de opname of het opstarten van de palliatieve zorg	88
Percentage patiënten met wie de (huis)arts sprak over hun wensen in verband met de zorgdoelen	83
Percentage nabestaanden dat zoveel hulp als nodig kreeg bij het zorgproces	82
Indicatoren waarop de zorgteams gemiddeld minder goed tot slecht scoorden	Gemiddelde score (in %)
Percentage patiënten van wie angst werd geëvalueerd op een gevalideerde schaal	0
Percentage patiënten van wie delirium werd geëvalueerd op een gevalideerde schaal	1
Percentage patiënten voor wie alle aspecten van zorg (*) binnen 48 uur na de opname of het opstarten van palliatieve zorg werden ingevoerd in het dossier	8
<i>(*) Fysieke, psychische, spirituele, sociale, functionele domeinen en documentatie tav de gewenste zorg en behandeling</i>	

Als we alle scores voor alle indicatoren samen bekijken, zien we zowel voor de palliatieve eenheden als voor de palliatieve support teams meer indicatoren waarop 60% of meer wordt gescoord dan indicatoren waarop minder van 60% wordt gescoord.

In het kader van de inkanteling van de indicatoren in de overheidsprogramma's is het wenselijk dat de indicatoren en de vragenlijsten worden geëvalueerd en waar nodig herzien. Uit een preliminaire evaluatie met inbreng van de deelnemende zorgteams in het najaar van 2020 blijkt immers dat de bestaande vragenlijsten op bepaalde punten kunnen worden verbeterd. Daarom zal het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg een ontwikkelingsgroep palliatieve zorg oprichten die als eerste opdracht krijgt om de set kwaliteitsindicatoren te evalueren op relevantie.

5. Besluit

Het werken met indicatoren om de kwaliteit van de palliatieve zorg te evalueren is relatief nieuw. Daarom moet voor elk van de indicatoren nog bepaald worden welk percentage overeenstemt met een 'goede kwaliteit'. De indicatoren zijn dan ook in de eerste plaats voor intern gebruik bedoeld en vandaag kan elk zorgteam zelf bepalen welke scores ze nastreeft en, bij herhaalde metingen, welke verbeteringen ze wenst te realiseren.

Bovendien is het een open vraag of de percentages die zouden overeenkomen met de nagestreefde waarde al dan niet verschillen tussen palliatieve eenheden en palliatieve support teams. De werking van deze diensten is immers verschillend.

De palliatieve eenheden verlenen 24/7 gespecialiseerde zorg aan patiënten, terwijl de palliatieve support teams een ondersteunende rol hebben binnen de bestaande ziekenhuisafdelingen. Gezien deze verschillen is het voor de toekomst wellicht aangewezen om verschillende streefwaarden voorop te stellen.

Deze ervaring met de evaluatie van palliatieve zorg in Vlaanderen toont aan dat bij het nadenken over de kwaliteit van palliatieve zorg, een aanpak gebaseerd op zelfevaluatie relevant is. Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg is van plan dit evaluatiewerk uit te breiden en er een overheidsprogramma van te maken. Tot slot willen we benadrukken dat het belangrijk is om de teams te ondersteunen bij het zich eigen maken van de resultaten van de evaluaties om zo de verschillende palliatieve zorgteams in Vlaanderen te motiveren om zich in te zetten voor een voortdurende kwaliteitscontrole en -verbetering om zo de kwaliteit van de palliatieve zorg voor patiënten hoog te houden.

Bibliografie

- Christelijke Mutualiteit (2018) *Zorg voor gezondheid en welzijn! CM Memorandum in het kader van de verkiezingen van 2019*. Beschikbaar op https://www.cm.be/media/CM-memorandum-verkiezingen-mei-2019_tcm47-18295.pdf
- Council of Europe (2003) *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*. CM 2003;130.
- De Vleminck, A. (2019) "Palliatieve zorg is meer dan terminale zorg, en kan al relevant zijn vanaf de diagnose van een ongeneeslijke ziekte", *Knack*, 11 oktober 2019.
- Leemans, K. (2014) *Quality indicators to improve palliative care in Flanders, Belgium. Development, evaluation and implementation strategy*. PhD. Vrije Universiteit Brussel & Ghent University. Beschikbaar op https://www.researchgate.net/publication/266967303_Quality_indicators_to_improve_palliative_care_in_Flanders_Belgium_development_evaluation_and_implementation_strategy (Geraadpleegd op 4 juni 2021).
- World Health Organization (2002) *WHO definition of palliative care*. Beschikbaar op www.who.int/health-topics/palliative-care
- World Health Organisation (2006) *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO Press.
- Vlaams Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

CM-visie op palliatieve zorg: een zoektocht naar verbondenheid

Michèle Morel – Studiedienst

Palliatieve zorg is alles wat nog dient gedaan te worden, als men denkt dat er niets meer kan gedaan worden.

Palliatieve zorg wil leven toevoegen aan de dagen in plaats van dagen aan het leven.

Cicely Saunders

Context

Deze visienota werd opgemaakt in het kader van de CM-deelname aan de 'Avonden van de Palliatieve Zorg', onderdeel van het 'Palliatief Debat' van Kom Op Tegen Kanker.¹ De nota heeft niet de bedoeling om exhaustief te zijn, wel om de CM-visie te formuleren op een aantal bewust geselecteerde deelaspecten of dimensies van palliatieve zorg.

Onze aandacht voor dit thema hangt samen met het belang dat CM hecht aan levenskwaliteit en kwaliteit van zorg. Vanuit een brede definitie van gezondheid en zorg, kijken we naar palliatieve zorg op een positieve manier: wat kan er wel nog, ondanks de beperkingen, en waar liggen de krachten?

Deze visienota vormt de basis voor verdere reflectie en standpuntontwikkeling in het domein palliatieve en levenseindezorg binnen onze organisatie.

Sleutelwoorden: *Palliatieve zorg, COVID-19, vroegtijdige zorgplanning, maatschappelijk werk, spirituele-existentiële zorg, sensibilisering, euthanasie*

1. www.hetpalliatiefdebat.be

1. Inleiding: positieve evolutie naar ruimere palliatieve zorg

Het palliatieve zorglandschap heeft de voorbije decennia grote evoluties doorgemaakt. Zowel het onderzoek, het beleid als de praktijk zijn geëvolueerd naar een inclusievere blik op palliatieve zorg (en levenseindezorg). Er bestaat ondertussen consensus over dat palliatieve zorg beschikbaar moet zijn voor *alle* personen met een ernstige, levensbedreigende ziekte, ongeacht hun leeftijd en ongeacht de ziekte (dus niet alleen bij kanker, maar ook bijvoorbeeld bij COPD, cardiovasculaire aandoeningen, dementie, enz.). Palliatieve zorg is niet uitsluitend een zaak van de gespecialiseerde professional. Ook reguliere zorgverleners, maatschappelijk werkers, mantelzorgers en vrijwilligers hebben een rol te spelen in het verstrekken van palliatieve zorg. Dit is onder andere waar de geïntegreerde palliatieve zorgvisie voor staat, die CM onderschrijft.

Palliatieve zorg is meer dan stervensbegeleiding of levenseindebegeleiding. Palliatieve zorg richt zich op de levenskwaliteit en het comfort van de patiënt gedurende de hele ziekteperiode, en ondersteunt niet alleen de patiënt maar ook de naasten. Niet de levensverwachting van de patiënt telt, maar wel zijn of haar noden. Vandaag wordt palliatieve zorg nog te vaak laattijdig opgestart, niet zelden slechts enkele dagen of weken voor het overlijden. We pleiten ervoor dat palliatieve zorg vroegtijdig wordt aangeboden: dit verhoogt de levenskwaliteit van patiënten – het kan zelfs levensverlengend zijn – en werkt daarnaast kostenbesparend voor de maatschappij (minder zinloze onderzoeken en opnames). Co-existentie van curatieve zorg is mogelijk. De keuze voor palliatieve zorg impliceert dus geenszins dat andere behandelingen moeten worden gestopt.

Palliatieve zorg is niet langer beperkt tot fysieke pijnbestrijding en symptoomcontrole. Het gaat om multidisciplinaire totaalzorg, die ook oog heeft voor psychisch-emotionele, sociale en spirituele-existentiële behoeften.

De verruiming van de wettelijke definitie van palliatieve zorg in 2016 is dus absoluut een positieve evolutie.² Deze verruiming, die bredere en vroegtijdigere palliatieve zorg nastreeft, impliceert een grotere nood aan beschikbare kwalitatieve palliatieve zorgverlening. De financiële middelen voor de palliatieve zorgsector zijn echter niet mee geëvolueerd met deze verruimde definitie. Daarbij komen nog de vergrijzing, de toename

van het aantal chronisch zieken en andere sociologische en demografische evoluties (zoals de teloorgang van het sociale netwerk, de verminderde beschikbaarheid van familie voor de zorg, enz.) die leiden tot een steeds sterkere nood aan zowel palliatieve basiszorg als gespecialiseerde palliatieve zorg (die de basiszorg altijd zal moeten blijven ondersteunen). **We pleiten er daarom voor dat de palliatieve zorgsector extra financiële middelen krijgt.** We leggen hierbij graag de nadruk op het belang van ondersteuning van het overleg in de palliatieve zorg.

2. Palliatieve zorg in tijden van COVID-19: waardevoller dan ooit

Tijdens de eerste COVID-19-golf verdween de palliatieve zorg om verschillende redenen gedeeltelijk naar de achtergrond, zowel voor COVID-19 als niet-COVID-19-patiënten. Er was weinig plaats meer voor de psychologische, sociale en spirituele ondersteuning van palliatieve patiënten. Ondanks de inspanningen van ziekenhuizen en woonzorgcentra, konden vele palliatieve patiënten geen bezoek ontvangen en afscheid nemen van hun dierbaren.

We kunnen begrip opbrengen voor de situatie gezien de vereiste snelheid van handelen, de grote onzekerheid, en de dreigende tekorten op verschillende vlakken. Maar naar de toekomst toe moet kwaliteitsvolle palliatieve zorg gegarandeerd worden voor alle patiënten, ook bij nieuwe COVID-19-golven of andere gezondheids crisissen. *We mogen elkaar niet vastpakken, maar we gaan elkaar niet loslaten.* Palliatieve zorg lijkt bedreigd, maar is in deze moeilijke periode van fysieke afstand noodzakelijker en waardevoller dan ooit.

We pleiten er daarom voor dat palliatieve expertise betrokken wordt bij het COVID-19-beleid op macroniveau (politiek beleid) en microniveau (de individuele zorgsettings), zodat er (1) voldoende medische ondersteuning, materiaal en medicatie beschikbaar is voor palliatieve patiënten, zowel COVID-19 als niet-COVID-19; (2) aandacht gaat naar vroegtijdige zorgplanning; en (3) multidisciplinaire totaalzorg en nabijheid mogelijk blijft (cf. de vier pijlers van palliatieve zorg).³

2. Wet van 21 juli 2016 tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg.

3. Onze visie terzake is gebaseerd op de nota Memorandum: palliatieve zorg in tijden van COVID-19 (2020) van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.

3. Vroegtijdige zorgplanning bij palliatieve patiënten: werk aan de winkel

Vroegtijdige zorgplanning krijgt steeds meer aandacht, in het algemeen en ook bij palliatieve patiënten. *Welke zorg wil je nog wel of niet meer?* Reflectie en dialoog met naasten en zorgverleners staan daarbij centraal. In bepaalde gevallen kan het opmaken van een wilsverklaring daarbij zinvol zijn. CM lanceert in 2021 een campagne rond het belang van vroegtijdige zorgplanning in het kader van haar jaarlijkse actie patiëntenrechten. **Campagnes en sensibilisering zijn immers nodig, niet eenmalig maar herhaaldelijk**, want ondanks de stijgende aandacht voor het thema is er nog heel wat werk aan de winkel om de bevolking en de zorgverleners aan te moedigen om aan de slag te gaan met vroegtijdige zorgplanning. Zowel in de thuiszorg als in de ziekenhuizen, en in het bijzonder in de woonzorgcentra, dient hier nog sterker op te worden ingezet.

Vroegtijdige zorgplanning gaat over zorg op maat, zorg die afgestemd is op de wensen van de patiënt. Het geeft de patiënt en de naasten vaak gemoedsrust, en het schept voor zorgverleners een duidelijk kader, een houvast, waardoor de morele werkdruk vermindert.

Vroegtijdige zorgplanning laat toe kwaliteit te geven aan het resterende leven, en evenzeer aan het levenseinde. Een menswaardig levenseinde is een levenseinde dat de persoon zelf als goed of gepast beschouwt voor hem of haar. De regie ligt daarbij dus in handen van de palliatieve patiënt, weliswaar steeds met aandacht voor de omgeving (naasten) van de patiënt.

Ook en zeker in tijden van een gezondheids crisis zoals COVID-19, is het van groot belang dat palliatieve patiënten, en meer algemeen risicopatiënten, het gesprek over vroegtijdige zorgplanning aangaan met naasten en zorgverleners.

4. Palliatieve zorg in woonzorgcentra: extra inspanning vereist

De palliatieve zorg in woonzorgcentra vereist een apart onderdeel in deze visienota. Ondanks de beperkte financiële middelen bieden heel wat woonzorgcentra goede palliatieve zorg, niet in het minst dankzij een groot vrijwillig engagement. Maar dit is lang nog niet overal zo. Er dient daarom, in vergelijking met de ziekenhuis- en de thuiszorgsetting, een extra inspanning te gebeuren in de woonzorgcentra wat palliatieve zorg

(en levenseindezorg) betreft. We onderschrijven de visie van de Federatie voor Palliatieve Zorg Vlaanderen hieromtrent:

“Dit is ongetwijfeld een zaak van bewustwording en competentieopbouw, in samenwerking met bestaande zorgpartners zoals de netwerken palliatieve zorg en de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve thuiszorg. Maar ook de overheid speelt hierin een belangrijke rol (...). Echter: niet enkel als regelgever en financier, ook als ondersteuner van de samenwerking tussen alle zorgverleners en als stimulator van zorgvernieuwingen, waarbij voldoende ruimte blijft voor lokale afstemming. Bijkomende financiële middelen zijn beslist noodzakelijk en nieuwe instrumenten kunnen een hulpmiddel zijn, zonder uit het oog te verliezen dat goede palliatieve zorg meer is dan regelgeving, registratie en rapportering. Palliatieve zorg gebeurt in de eerste plaats met een groot hart voor mensen” (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2017, p. 2).

Bijkomende ondersteuning voor palliatieve zorg in de woonzorgcentra is dus echt noodzakelijk, in het bijzonder wetende dat de palliatieve zorg in woonzorgcentra minder kosten impliceert dan de palliatieve zorg bij een opname op een acute ziekenhuisdienst of op een palliatieve zorgeenheid (Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg, 2017, p. 66). Net om te vermijden dat ouderen naar het ziekenhuis moeten worden overgebracht om gepaste zorg te kunnen krijgen, is deze sterkere investering nodig.

We verwelkomen dan ook het in 2019 ontwikkelde (Vlaamse) Referentiekader kwaliteit van zorg inzake vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrum,⁴ op basis waarvan de Vlaamse Zorginspectie in de toekomst een inspectieconcept beoogt te ontwikkelen.

5. Organisatie van de palliatieve zorg

5.1. Behoeftes aan ‘middle care’ structuren

Ondanks de socio-demografische evoluties van de voorbije decennia en de gewijzigde behoeften en zorgnoden die daaruit voortvloeien, is het palliatieve zorgaanbod niet hervormd sinds het einde van de jaren negentig. De bestaande structuren hebben zich moeten aanpassen aan de huidige context, maar de middelen zijn dezelfde gebleven als voorheen, toen palliatieve zorg overigens nog synoniem was voor terminale zorg. Dit brengt grote problemen met zich mee: bepaalde pal-

4. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20vroegtijdige%20zorgplanning%2C%20palliatieve%20zorg%20en%20levenseindezorg%20in%20een%20woonzorgcentrum.pdf>

liatieve patiënten vinden hun plaats niet (meer) binnen het huidige palliatieve zorgaanbod. Zorgverleners zitten soms muurvast wanneer ze deze patiënten moeten doorverwijzen. Deze evolutie is in alle settings merkbaar (thuiszorg, woonzorgcentra, acute ziekenhuisdienst en palliatieve zorgzaamheid).

Om aan de behoeften van alle palliatieve patiënten te kunnen voldoen, moet de palliatieve zorg worden gediversifieerd. **Het palliatieve zorgaanbod dient te worden uitgebreid met een nieuw type infrastructuur** om patiënten op te vangen van wie de gezondheidstoestand geen verblijf op een acute ziekenhuisdienst of palliatieve zorgzaamheid (meer) vereist, maar die op dat moment evenmin thuis of in een woonzorgcentrum terecht kunnen: de zogenaamde ‘*palliatieve middle care*’, bijvoorbeeld in de vorm van een ‘zorghotel’ of ‘hospice’ of als nieuwe opdracht voor de herstelzorg. Zowel in binnen- als buitenland (bijvoorbeeld Frankrijk, Nederland, Zwitserland) zijn er al enkele innovatieve zorgstructuren ontwikkeld om tegemoet te komen aan de behoeften van de bedoelde patiëntengroep.⁵

Deze nieuwe infrastructuur zou bijdragen aan de verhoging van de levenskwaliteit van de betrokken palliatieve patiënten omdat het resulteert in minder of geen onnodige transfers tussen verschillende structuren, een aangepaste zorgomkadering en meer ‘huiselijkheid’ mogelijk maakt, en mantelzorgers helpt te ontlasten. Bovendien zou het ertoe leiden dat bedden op acute ziekenhuisdiensten en palliatieve zorgzaamheden kunnen worden voorbehouden voor de specifieke patiëntengroepen waarvoor ze bedoeld zijn.

5.2. Behoeftte aan zorgaanbod in functie van PICT-statuut

In 2016 werd de ‘*Palliative Care Indicator Tool*’ (PICT) ontwikkeld: een tool om patiënten te identificeren die baat hebben bij een palliatieve benadering. Naast een schaal voor de identificatie van de palliatieve patiënt (schaal 1) bevat het meetinstrument ook een schaal om de ernst van de zorgnoden in te schatten (schaal 2). Er werden drie palliatieve statuten uitgewerkt op basis van toenemende zorg(noden): een “eenvoudig statuut”, een “verhoogd statuut” en een “volledig statuut”.⁶

Met de ontwikkeling van de PICT is een belangrijke stap gezet in de verdere uitbouw, professionalisering en verfijning van de palliatieve zorg. Het laat hulpverleners toe de palliatieve patiënt tijdig te identificeren ongeacht de aandoening. Dit maakt het mogelijk tijdig in dialoog te treden met de patiënt en zijn naasten over de oriëntatie van de toekomstige zorg. Door de

differentiatie in zorgnoden is een getrapte zorg mogelijk waarbij deze zorg maximaal kan afgestemd worden op de concrete ernst van de zorgnoden van de patiënt. De PICT biedt de overheid ook een concrete en op evidentie gebaseerde methode om de beschikbare middelen voor palliatieve zorg zo efficiënt mogelijk in te zetten.⁷

In 2018 werden de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren (schaal 1 van de PICT) vastgelegd in een koninklijk besluit.⁸ Maar er werd nog geen beleidsinitiatief genomen om schaal 2 van de PICT, die de ernst van de zorgnoden bepaalt, in de regelgeving op te nemen. In dit kader moeten ook bepaalde rechten worden gekoppeld aan de respectievelijke palliatieve statuten (en dit voor de verschillende settings): tegemoetkomingen, toegang tot palliatieve voorzieningen en/of andere maatregelen en diensten.

De afwezigheid van beleidsinitiatieven op dit vlak impliceert dat het huidige palliatieve zorgaanbod in theorie in dezelfde mate geldt voor alle palliatieve patiënten (in de verruimde betekenis), los van de ernst van de zorgnoden. Dit is enerzijds niet realistisch gezien de beperkte financiële middelen (die niet geëvolueerd zijn ondanks de verruimde definitie van palliatieve zorg), en anderzijds moeilijk te rechtvaardigen. De intensiteit van de zorg moet in verhouding staan tot de ernst van de zorgnoden.

Er dient daarom werk te worden gemaakt van de invoering van de PICT in zijn totaliteit en van de bijhorende toewijzing van rechten volgens het principe van toenemende zorg.

6. Maatschappelijk werkers in de palliatieve zorg: van onbekend en onbemind naar bekend en bemind

Maatschappelijk werkers van de ziekenfondsen kunnen een grote meerwaarde betekenen in de palliatieve zorg. Maar wat deze meerwaarde inhoudt, en meer algemeen welke rol maatschappelijk werkers kunnen spelen, is bij vele andere zorgverleners niet goed gekend. De uitwisseling tussen deze zorgverleners en maatschappelijk werkers verloopt vandaag dan ook niet optimaal. Het is in ieders belang, en in het bijzonder in het belang van de patiënt, dat we streven naar een betere verbinding en samenwerking, zodat maatschappelijk werkers vaker, vroeger en sterker worden betrokken in de palliatieve zorg.

5. Bijvoorbeeld Cité Sérine in Brussel (Hôtel de Soins - Zorghotel): www.serine-asbl.org

6. De PICT schalen werden gevalideerd via een grootschalige studie door M. Desmedt (2016).

7. <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/pict/>

8. Koninklijk besluit van 21 oktober 2018 tot vaststelling van de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren.

Maatschappelijk werkers zijn vooral gekend voor hun ondersteuning bij financiële tegemoetkomingen en andere vormen van sociaal-medische hulp. Maar ze hebben nog veel meer te bieden. Een kernelement van hun rol is het bespreekbaar maken van zorg en levenskwaliteit aan het einde van het leven. Communicatie staat dus centraal. De sterkte van een maatschappelijk werker in een palliatieve situatie zit in het 'verbindend' werken: zowel naar de patiënt, naar de professionele zorgverleners als naar de naasten/mantelzorgers toe. Regelmatig multidisciplinair overleg met alle betrokkenen is van groot belang. Maatschappelijk werkers zien het als hun opdracht om de balans tussen draagkracht en draaglast van mantelzorgers mee te bewaken.

Naast het medisch verhaal dat in palliatieve situaties noodgedwongen op de voorgrond staat, is aandacht voor sociale aspecten (familierelaties, wensen, enz.) voor de rust van de palliatieve persoon maar ook toekomstgericht voor nabestaanden erg belangrijk. Maatschappelijk werkers kunnen patiënten die tot hun doelgroep behoren, voorbereiden op een gesprek met de huisarts over vroegtijdige zorgplanning. Ze brengen de bestaande zorgopties dichterbij de persoon en reiken daarbij eventueel brochures aan. Ze informeren, kaderen, verduidelijken de mogelijkheden. Ze moedigen mensen aan om tijdig individueel of als familie al eens na te denken over hun wensen. Er wordt eventueel samen bekeken wat de persoon (nog) wil, en wat anderen nodig hebben. Men helpt op die manier om keuzes te maken, om het denkproces breder en gelaagder te maken en het bewustwordingsproces inzake zorgplanning op gang te brengen bij alle betrokkenen. En men draagt ertoe bij dat de patiënt geïnformeerd naar zijn of haar arts gaat. Omgekeerd kunnen maatschappelijk werkers ook een patiënt introduceren bij de huisarts, opdat die huisarts het gesprek over vroegtijdige zorgplanning als prioritair behandelt.

Ook voor andere aspecten van het palliatieve zorgaanbod zijn maatschappelijk werkers een kanaal voor 'actieve' transmissie van informatie. Ze kunnen bestaande voorzieningen en diensten voor palliatieve patiënten bespreekbaar maken en hun meerwaarde verduidelijken. Maatschappelijk werkers werken op maat van de persoon die voor hen zit. Hun werking is laagdrempelig en veelzijdig: van ondersteuning bij dagelijkse beslommingen, administratie en organisatie van zorgverlening over informatie, advies en toeleiding tot bemiddeling bij onenigheden over zorg.

In de palliatieve zorg, misschien nog meer dan in andere zorgcontexten, is een vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener van groot belang. Maatschappelijk werkers nemen in

hun werk precies die vertrouwensrol op. Het grote voordeel ten opzichte van andere palliatieve zorgverleners is dat maatschappelijk werkers van de ziekenfondsen al vóór de palliatieve situatie kunnen betrokken worden bij de zorg. Dit bevordert de vertrouwensband.

We pleiten ervoor dat artsen, verpleegkundigen, ziekenhuizen en palliatieve netwerken sneller contact opnemen met maatschappelijk werk. Vandaag gebeurt dit al te vaak in een erg laat ziektestadium. Om hen daartoe aan te moedigen, kan een actie opgezet worden om de zorgverleners (alsook de doelgroep van palliatieve patiënten zelf) proactief te informeren over de rol, betekenis en meerwaarde van maatschappelijk werkers in de context van palliatieve zorg.

Daarnaast pleiten we er langs Franstalige kant eveneens voor om de coördinatiecentra ('les centres de coordination') sterker te betrekken.

Opdat de diensten maatschappelijk werk en de coördinatiecentra deze rol ten volle kunnen opnemen, zijn extra financiële middelen noodzakelijk.

7. Palliatieve zorg voor mensen met migratieachtergrond: nood aan vorming

De evolutie naar een multiculturele of superdiverse samenleving stelt de zorgverlening voor uitdagingen en vereist aangepaste zorg, met aandacht voor de verschillende belevingswijzen, zienswijzen en gevoeligheden. Goede zorg kan maar verleend worden in een klimaat van onderling begrip en vertrouwen tussen zorgverleners en patiënten (en hun naasten). **We pleiten daarom voor een groter aanbod aan vorming/opleiding voor zorgverleners over palliatieve en levenseindezorg voor patiënten met een migratieachtergrond.** Ook de maatschappelijk werkers van de ziekenfondsen hebben nood aan dergelijke vorming.

8. Het palliatief forfait in de thuiszorg: enkele knelpunten

Het palliatief forfait voor patiënten die thuis verzorgd worden en het palliatief statuut hebben is een waardevolle tegemoetkoming. Het forfait kent echter een aantal knelpunten:

Situatie vandaag	Wij pleiten ervoor...
De wet vereist dat de aanvraag van het forfait op papier gebeurt. Dit is omslachtig en werkt vertragend.	... dat het forfait (ook) digitaal kan worden aangevraagd.
Het forfait kan éénmaal verlengd worden na 30 dagen als de voorwaarden nog steeds zijn voldaan. Daarvoor moet een nieuwe aanvraag worden gedaan. Dit is tijdrovend en omslachtig.	... dat één aanvraag volstaat voor beide forfaits, waarbij het tweede forfait zoals nu na 30 dagen wordt toegekend als de voorwaarden nog steeds voldaan zijn.
Zorgverleners die thuiszorg verlenen (verpleegkundigen, kinesitherapeuten) zijn vaak niet op de hoogte van het palliatief statuut van de patiënt. Dit moet dan door anderen, bijvoorbeeld door de familie of de patiënt zelf, aan de zorgverlener worden meegedeeld.	... dat alle zorgverleners die thuiszorg verlenen op digitale wijze kunnen nagaan of de patiënt het palliatief statuut heeft. Ook de patiënt zelf moet toegang hebben tot deze informatie.
Om het palliatief statuut te kunnen krijgen en dus recht te hebben op het forfait, moet de patiënt een levensverwachting hebben van maximaal drie maanden. Nochtans werd de definitie van palliatieve zorg verruimd door de hogervermelde wet van 2016, waarbij de levensverwachting niet langer centraal staat. Ook de PICT (<i>Palliative Care Indicator Tool</i>), die tot doel heeft de palliatieve patiënt te identificeren, verwijst niet langer naar een levensverwachting van maximaal drie maanden (KB 2018).	... dat een brede groep (te definiëren) van palliatieve patiënten (in de zin van de PICT) recht heeft op het forfait en andere financiële tegemoetkomingen.

9. Psychologische, sociale en spirituele-existentiële zorg: onmisbaar

Fysieke pijnbestrijding en symptoomcontrole zijn belangrijk. Maar palliatieve zorg is meer dan comfortzorg. Palliatieve patiënten hebben ook niet-fysieke behoeften. **Psychologische, emotionele, sociale en spirituele-existentiële zorg is daarom onmisbaar en verdient (veel) meer aandacht.** Ook deze zorg draagt bij tot het verhogen van de levenskwaliteit. De blik wordt hier gericht op de mens achter de ziekte. Bekijken we palliatieve zorg vanuit een brede, positieve visie op gezondheid, dan gaat het om de vraag: wat kan je ondanks je aandoening en zorgnoden wél nog doen? Wat wil je nog beleven, zeggen, meegeven? Wat geeft je kracht, wat doet je deugd, wat geeft je vreugde? We zetten hieronder vier mooie voorbeelden van niet-fysieke palliatieve zorg in de kijker – dit zijn slechts enkele voorbeelden van wat er mogelijk is.

Ondersteuning bij het optekenen van een eindelevensverhaal
Mensen die weten dat ze maar een korte tijd meer te leven

hebben, ervaren vaak de behoefte om te spreken, te vertellen over hun gevoelens, het einde van hun leven en het afscheid. Sommigen hebben de behoefte om iets tastbaars na te laten aan hun nabestaanden. Een opgeleide vrijwilliger, verpleegkundige of andere professional kan daarbij ondersteuning bieden, bijvoorbeeld via het vastleggen van een 'eindelevensverhaal' in een boek, op een video of op een digitaal platform. Het kan helpen om verbinding te creëren en het naderende afscheid bespreekbaar te maken. Het verhaal wordt mooi vormgegeven en afgegeven aan de nabestaanden als een blijvende herinnering en als ondersteuning bij de rouw.⁹

Zorgmassage

Zorgmassage is een zachte massage, waarbij de parasympathicus¹⁰ wordt gestimuleerd. Dit zorgt voor rust en diepgaande ontspanning. Zorgmassages zijn geschikt voor iedereen, maar in het bijzonder voor mensen met een chronische aandoening of langdurige ziekte (bijvoorbeeld kanker, Parkinson, MS, depressie, ouderen met polypathologie, stress gerelateerde aandoeningen en ook palliatieve patiënten). In rust kunnen zieke

9. Dit zorgaanbod bestaat in verschillende (kosteloze en betalende) vormen en varianten. Voor een overzicht van de mogelijkheden, zie <https://palliatievezorgvlaanderen.be/patient-mantelzorger/wat-doet-het-met-mij/afscheid-nemen/>

10. Het parasympathische zenuwstelsel is het deel van het autonome zenuwstelsel dat de organen zodanig beïnvloedt dat het lichaam in een toestand van rust en herstel kan komen.

mensen meer kracht ervaren wat hun behandeling draaglijker maakt en het herstel kan bevorderen. Onderzoek toont aan dat zorgmassage positieve effecten heeft op zowel fysieke als mentale pijn. Pijnmedicatie werkt er beter door, psychische klachten verzachten door het kalmerend effect.

In tijden van COVID-19 is zorgmassage des te waardevoller: we hebben 'huidhonger', behoefte aan aanraking en fysieke verbondenheid. Of zoals een kankerpatiënt het verwoordde: "Medicijnen houden ons in leven, zorgmassage maakt het leefbaar". Zorgmassage is een onderdeel van palliatieve zorg net zoals een pijnstillert dat is. De kracht ervan ligt in de zachtheid en traagheid in een context van kwetsbaarheid. Het gaat om fysieke nabijheid en zorgzame aandacht, zonder woorden, in tijden waarin het lichaam je onzeker maakt.¹¹

Conflictbemiddeling

Familiale conflicten aan het levenseinde, bijvoorbeeld over medische beslissingen of financiële kwesties, kunnen het afscheid bemoeilijken. Het uitpraten van conflicten voor het overlijden kan rust geven aan de persoon in de laatste levensfase en de rouw verzachten voor de nabestaanden. Het gaat erom de relatie en communicatie tussen naasten te zuiveren.

Ondersteuning bieden bij het oplossen van dergelijke conflicten is een vorm van zorg voor de palliatieve patiënt en zijn naasten. Die ondersteuning kan geboden worden door een medisch professional (bijvoorbeeld arts, verpleegkundige, psycholoog), maar evenzeer door maatschappelijk werkers en professionele bemiddelaars. Het gaat erom dat partijen ertoe worden gebracht om terug met elkaar te spreken en naar elkaar te luisteren, zodat elkeens behoeften beter worden begrepen en samen naar een oplossing kan worden gezocht.¹²

Wensambulace

De vzw Wensambulace heeft als missie om de laatste wens van palliatieve patiënten in vervulling te laten gaan. Dit gaat vaak over kleine, alledaagse dingen die voor de ongeneeslijke patiënt belangrijk zijn (bijvoorbeeld nog één keer naar huis, de zee nog eens zien, een muzikaal optreden bijwonen), maar door de ziekte vaak niet meer mogelijk zijn. De Wensambulace vervoert de patiënt en begeleidt hem bij de gekozen activiteit.¹³

10. Palliatieve zorg voor psychiatrische patiënten: veelbelovende zorgbenadering

Mensen met een psychiatrische aandoening overlijden zelden door hun aandoening. Toch kan palliatieve zorg ook voor een bepaalde groep van psychiatrische patiënten een grote meerwaarde betekenen, namelijk voor diegenen met een 'ernstige en aanhoudende psychiatrische aandoening'. Zij hebben geen zicht meer op een redelijk behandelperspectief voor het lenigen van hun ondraaglijk lijden. Ze worden beschouwd als ongeneeslijk ziek of 'uitbehandeld'.

'Crustatieve zorg' of 'schelpzorg' is een bijzonder waardevolle, innovatieve palliatieve benadering voor deze groep patiënten (Decorte et al., 2020). Deze benadering, die in volle ontwikkeling is, is niet gericht op de genezing van de ziekte, maar wel op de beheersing van de hinderlijke symptomen met als doel de levenskwaliteit te verhogen. Patiënten met een ernstige en aanhoudende psychiatrische aandoening hebben complexe zorgnoden en zijn volgens de benadering van crustatieve zorg in grote mate afhankelijk van een externe structuur om te kunnen functioneren en ten volle tot leven te komen. Crustatieve zorg houdt met andere woorden in dat zorgverleners een 'schelp' of 'exoskelet' creëren voor de patiënt: een veilige zorgomgeving waarin de patiënt een zo kwaliteitsvol mogelijk leven kan leiden. Het weekdier dat in de schelp zit, staat symbool voor de patiënt die beschermd moet worden. De dynamiek van openen en sluiten van de schelp om de inhoud ervan te beschermen, staat symbool voor de rol van de zorgverleners, die inspelen op de noden van de patiënt. Er wordt dus een zorgkader gecreëerd dat mensen rechthoudt, en waarin men zich geborgen voelt.

Crustatieve zorg is een holistische zorgbenadering (naar analogie met de palliatieve zorg voor somatische aandoeningen): er is aandacht voor zowel fysieke, psychologische, sociale als spirituele-existensiële zorgnoden. Kernaspecten van het crustatieve zorgconcept zijn flexibiliteit en creativiteit: de zorg focust op creatieve manieren om met hinderlijke symptomen en het leed dat ze veroorzaken om te gaan, eerder dan op diagnoses. De benadering vraagt een out-of-the-box mentaliteit en een flexibele omgang met geldende regels. Er wordt gewerkt op maat van de patiënt. Crustatieve zorg wil de menselijke waardigheid behouden of herstellen, en zoekt naar manieren om het leven op een betekenisvolle wijze te

11. Er zijn vrijwillige masseurs (gratis in (bepaalde) zieken- en zorghuizen) en zelfstandige masseurs (betalend, verspreid over Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest). Deze erkende zorgmasseurs hebben een professionele opleiding gevolgd. Je kan ze respectievelijk vinden via www.zorgmassage.be en www.netwerkgorgmaseurs.net

12. Zie www.connfinity.be/aanbod/bemiddeling voor het aanbod van professionele bemiddelaars gespecialiseerd in conflicten aan het levenseinde.

13. Zie www.wensambulacezorgvzw.be

kunnen beleven. Het doel van de interventies is niet langer om hinderlijk gedrag weg te krijgen opdat de persoon terug in de samenleving kan functioneren, maar wel om een omgeving te creëren waarin de persoon ongedwongen kan bestaan mét zijn 'afwijkend gedrag'.

Deze palliatieve aanpak impliceert geenszins dat andere medische of psychologische behandelingen moeten worden gestopt, en evenmin dat de patiënt een korte levensverwachting zou hebben. Het gaat om het herdefiniëren van zorgdoelen, het verhogen van zinvolheid, het versterken van de aanwezige krachten bij de patiënt en het zoeken naar een draaglijke manier van leven ondanks het aanwezige lijden en de beperkingen. Deze benadering sluit aan bij een brede en positieve visie op gezondheid, waarbij de nadruk gelegd wordt op de veerkracht en het aanpassingsvermogen van de mens en zijn omgeving, en niet op de beperkingen of de ziekte zelf (Hubert, 2013, p. 133-134).

We pleiten ervoor dat crustatieve zorg sterker geëxploreerd en ontwikkeld wordt, zodat deze vorm van zorg uiteindelijk in alle psychiatrische zorgsettings kan worden verleend.

Een gelijkaardige palliatieve zorgbenadering moet worden geëxploreerd voor personen met een verstandelijke beperking.

11. Sensibilisering rond palliatieve zorg: een positieve invulling

Niemand betwist dat er grote nood is aan sensibilisering rond palliatieve zorg. Voor velen staat 'palliatief' nog altijd gelijk aan 'terminaal', waardoor palliatieve zorg geassocieerd wordt met een overlijden op korte tijd. Patiënten en/of naasten willen er daarom vaak niet over horen, met als gevolg dat palliatieve zorg laattijdig wordt opgestart (in vele gevallen slechts enkele dagen of weken voor het overlijden). Ook zorgverleners vermijden soms de term palliatieve zorg in hun gesprekken met patiënten en naasten omwille van de onterechte associaties en daaruit volgende paniekreacties. Sommigen gebruiken de notie 'comfortzorg' als alternatief, wat als minder confronterend wordt ervaren en waardoor patiënten sneller zouden ingaan op de aangeboden zorgverlening.

Blijvende sensibilisering, zowel van de bevolking als van de zorgverleners (in brede zin, dus ook bijvoorbeeld gezinshulp, thuisoppassers, maatschappelijk werkers en vrijwilligers), is dus van cruciaal belang. Palliatieve zorg moet daarbij een positieve invulling krijgen: hoe maken we van deze laatste levensfase nog een mooie periode? Welke deugdgoedde dingen wil je nog

doen? Campagnes zoals 'Zorg en zoveel meer'¹⁴ van de drie Federaties voor Palliatieve Zorg zijn de weg vooruit en dienen regelmatig herhaald te worden. Ook vanuit de ziekenfondsen kan bijgedragen worden aan een correct begrip van palliatieve zorg, via campagnes of door het thema extra aandacht te geven binnen de werking van maatschappelijk werkers.

12. Palliatieve zorg in de opleidingen: roep om een volwaardige plek

Palliatieve zorg wordt in ons land in de opleiding van artsen en andere hulpverleners nog stiefmoederlijk behandeld. Vaak gaat het slechts om enkele lessen. **Palliatieve zorg verdient een meer prominente plaats in de (basis)opleidingen voor artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere hulpverleners.** Alleen zo kunnen we palliatieve zorg werkelijk verankeren in onze gezondheidszorg. De positieve visie op palliatieve zorg dient daarbij duurzaam te worden binnengebracht in de medische professionele cultuur. Een palliatieve handeling is geen therapeutisch falen en de keuze van de patiënt staat centraal.

Voor maatschappelijk werk in het bijzonder vragen wij grote aandacht voor deze lacune. Aspecten betreffende het levenseinde, waaronder palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning, enz. zijn vaak geheel afwezig in de huidige curricula. Ook de vereiste competenties in de palliatieve zorg worden in de opleidingen onvoldoende ontwikkeld. Daardoor moet de ervaring vooral *on the job* worden opgedaan.

13. Euthanasie en palliatieve zorg: geen antagonisme

We beschouwen euthanasie en palliatieve zorg niet als tegengesteld aan elkaar. Euthanasie hoort binnen de palliatieve zorg een volwaardige optie aan het levenseinde te zijn. Palliatieve zorg is er immers voor elke patiënt, ook voor patiënten met een euthanasievraag.

We hebben respect voor de autonomie van de patiënt. Een menswaardig levenseinde is, zoals hoger in deze nota reeds beschreven, in onze visie immers een levenseinde dat de patiënt voor zichzelf als goed of gepast beschouwt. Niettemin beschouwen we het betrekken van de omgeving (naasten) van de patiënt als zeer belangrijk. De individuele autonomie van de patiënt, gebaseerd op het zelfbeschikkingsrecht, kan

14. www.zorgenzoveelmeer.be

inderdaad niet los gezien worden van de relationele verbondenheid met betekenisvolle anderen. Men kan daarom spreken van 'autonomie in verbondenheid'. Mensen verwerven autonomie door hun ondersteunende relaties met anderen (Zorgnet-Icuro, 2018, p. 16-17).

Palliatieve zorg kan niet opgelegd worden als voorwaarde voor euthanasie. **Anderzijds zijn we ervan overtuigd dat palliatieve zorg borg staat "voor de best mogelijke aanpak van het lijden van de patiënt en zijn familie, waardoor de patiënt met een vraag naar euthanasie in staat is een echte, geïnformeerde keuze te maken"** (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2011, p. 2).

Kernpunten

We pleiten ervoor dat:

- de palliatieve zorgsector extra financiële middelen krijgt
- palliatieve expertise betrokken wordt bij het COVID-19-beleid
- herhaaldelijke sensibiliseringscampagnes rond vroegtijdige zorgplanning worden opgezet
- bijkomende ondersteuning voor palliatieve zorg in woonzorgcentra wordt voorzien
- het palliatieve zorgaanbod wordt uitgebreid met een nieuw type infrastructuur: de palliatieve middle care
- werk gemaakt wordt van de invoering van de PICT in zijn totaliteit en van de bijhorende toewijzing van rechten volgens het principe van toenemende zorg
- artsen, verpleegkundigen, ziekenhuizen en palliatieve netwerken sneller contact opnemen met maatschappelijk werk (van de ziekenfondsen) en de coördinatiecentra waarbij deze laatste de nodige middelen krijgen om hun opdracht te vervullen
- een groter aanbod aan vorming/opleiding wordt voorzien voor zorgverleners over palliatieve en levenseindezorg voor patiënten met een migratieachtergrond
- het palliatief forfait ook digitaal kan worden aangevraagd; dat één aanvraag volstaat voor twee forfaits; dat alle zorgverleners die thuiszorg verlenen op digitale wijze kunnen nagaan of de patiënt het palliatief statuut heeft; dat ook de patiënt zelf toegang heeft tot deze informatie; en dat een bredere groep van palliatieve patiënten recht heeft op het forfait en andere financiële tegemoetkomingen
- psychologische, emotionele, sociale en spirituele-existensiële zorg veel meer aandacht krijgt
- 'crustatieve zorg' sterker geëxploreerd en ontwikkeld wordt, zodat deze vorm van zorg uiteindelijk in alle psychiatrische zorgsettings kan worden verleend; dat een gelijkaardige exploratie wordt uitgevoerd voor andere doelgroepen, zoals personen met een verstandelijke beperking
- zowel de bevolking als de hulp- en zorgverleners blijvend geïnformeerd en gesensibiliseerd worden over palliatieve zorg met een positieve invulling
- palliatieve zorg een meer prominente plaats krijgt in de (basis)opleidingen voor artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere hulpverleners
- euthanasie binnen de palliatieve zorg een volwaardige optie aan het levenseinde uitmaakt

Bibliografie

- Desmedt M. (2016) *Identificatie van de palliatieve patiënt & toekenning van een statuut dat verband houdt met de ernst van de noden: het gebruik van een nieuw instrument "PICT"*, Beschikbaar op https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/rapport_pict_studie-palliatief_-nl.pdf
- Decorte, I., Verfaillie, F., Moureau, L., Meynendonckx, S., Van Ballaer, K., De Geest, I. en Liégeois, A. (2020) Oyster care: an innovative palliative approach towards SPMI patients, *Frontiers in Psychiatry*, 11, 509.
- Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg (2017) *Evaluatierapport palliatieve zorg*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (2017) *Beleidsnota Palliatieve zorg in de woonzorgcentra - een pad naar kwaliteitsverbetering*. Brussel.
- Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (2011) *Over palliatieve zorg en euthanasie*. Brussel.
- Huber, M. (2013) Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91.
- Zorgnet-Icuro (2018) *Ethisch advies 20: Levenseindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Brussel.

Resultaten van de tevredenheidsbevraging bij de lezers van CM-Informatie

Rebekka Verniest – Studiedienst

Samenvatting

Ons tijdschrift CM-Informatie, intussen al bijna 50 jaar, had van bij de aanvang de bedoeling om een informatie- en reflectieblad te zijn over belangrijke thema's binnen gezondheid en gezondheidszorg en over tendensen in de ziekteverzekering en sociale zekerheid. In de loop der jaren waren er, na evaluatie, een aantal grondige hervormingen. Inhoudelijk evolueerde het tijdschrift mee met de groeiende inzichten rond gezondheid, de rol van de patiënt binnen de gezondheidszorg en de organisatie van de gezondheidszorg. Ook ging er minder aandacht naar sterk actualiteitsgebonden informatie. Daarnaast is het tijdschrift op vlak van vormgeving al enkele keren ingrijpend vernieuwd en is de weg naar digitale communicatie en beschikbaarheid op de website ingezet.

In 2020 startte binnen het redactiecomité een nieuwe grondige evaluatie van CM-Informatie. Alle aspecten van het tijdschrift, van de inhoud en de vormgeving tot de wijze van verspreiding en het abonnementenbeheer worden hierbij onder de loep genomen.

Omdat we CM-Informatie naar inhoud en vormgeving verder willen verbeteren en aantrekkelijker willen maken voor de lezers, vonden we het belangrijk om ook de mening van de lezers van het tijdschrift te kennen. Daarom lanceerden we eind 2020 een online tevredenheidsenquête. Uit de resultaten leiden we af dat CM-Informatie nog steeds sterk gewaardeerd wordt door de lezers. Niettemin zijn er ook enkele aandachtspunten. De respondenten merken op dat niet alle artikels even toegankelijk zijn voor een breed publiek en dat de opmaak van het tijdschrift wat gedateerd oogt. Ze formuleren ook een aantal concrete verbeteringsuggesties.

Het redactiecomité zal de resultaten van de tevredenheidsbevraging meenemen in het traject om CM-Informatie verder te verbeteren.

Sleutelwoorden: CM-Informatie, tevredenheidsbevraging

1. Inleiding

Op 28 februari 1973 verscheen de allereerste editie van M-Informatie, de voorloper van CM-Informatie. Van bij de aanvang wilde het tijdschrift een informatie- en reflectieblad zijn over belangrijke thema's binnen gezondheid en tendensen in de ziekteverzekering en sociale zekerheid. In de loop der jaren waren er, na evaluatie, een aantal grondige hervormingen. In 1998 werd het tijdschrift een eerste keer vernieuwd en omgedoopt tot CM-Informatie. Een tweede ingrijpende aanpassing, zowel op inhoudelijk vlak als op vlak van vormgeving kwam er tien jaar later in 2008. De artikels werden korter, meer actualiteitsgebonden informatie werd weggelaten en in overeenstemming met de nieuwe CM-huisstijl, werd ook meer kleur gebruikt in de opmaak. Op dat moment zijn ook de eerste stappen richting digitalisering gezet met de beschikbaarheid van het tijdschrift op de CM-website en de introductie van een nieuwsbrief voor Nederlandstalige abonnees.

Vandaag, bijna 50 jaar na de lancering, bevat CM-Informatie nog steeds resultaten van CM-studies binnen alle domeinen van gezondheid, welzijn en de sociale zekerheid. Hierbij is er aandacht voor de evaluatie van het gezondheidsbeleid en de analyse van tendensen. In lijn met de basiswaarden van de organisatie blijft de focus op de toegankelijkheid, de prestatie en de kwaliteit van ons gezondheidssysteem. Maar conform de brede definitie van gezondheid gaat het in de bijdragen bijvoorbeeld ook over de betrokkenheid van patiënten bij en hun deelname aan hun eigen gezondheid, het verhogen van het welzijn van iedereen en de levenskwaliteit van mensen die ziek of gehandicapt zijn.

Net als voor andere tijdschriften, is het ook voor CM-Informatie belangrijk dat het op regelmatige tijdstippen geëvalueerd wordt en aangepast aan de noden van haar lezers. Is de redactionele lijn voldoende duidelijk? Sluit het tijdschrift inhoudelijk aan op de interesse van de lezers? Zijn er thema's die onderbelicht worden? Zijn de bijdragen voldoende toegankelijk voor de lezers? Nodigt de opmaak voldoende uit tot lezen? Is het tijdschrift voldoende snel vindbaar? Welke doelgroepen willen we met het tijdschrift bereiken en is het abonneementbestand hier mee in overeenstemming?

De evaluatieoefening gebeurt in belangrijke mate intern, in de schoot van het redactiecomité, aangestuurd vanuit de CM-Studiedienst. Omdat het uiteindelijk de bedoeling is dat een tijdschrift en zijn lezers op elkaar afgestemd blijven, vonden we het belangrijk om ook de mening van de lezer in het evaluatieproces te integreren. Daarom lanceerden we eind 2020 een uitgebreide tevredenheidsbevraging bij de abonnees en lezers van CM-Informatie.

2. Methode voor de tevredenheidsbevraging

De tevredenheidsbevraging bij de lezers gebeurde aan de hand van een online enquête met vragen over het profiel van de abonnee/lezer, over de wijze waarop ze het tijdschrift lezen en over hun beoordeling van de inhoud en de vormgeving.

De oproep om aan de enquête deel te nemen is in de eerste plaats verspreid onder de abonnees via een aankondiging in het nummer van december 2020, inclusief een QR-code voor een snelle toegang, en in de nieuwsbrief voor digitale abonnees. Zo konden ruim 4.000 abonnees bereikt worden. De enquête kon ook ingevuld worden door lezers van CM-Informatie die zelf niet geabonneerd zijn, maar het tijdschrift op een andere manier ontvangen (bijvoorbeeld via hun partner of een collega). Daarnaast is ook bij CM-medewerkers via verschillende interne kanalen gevraagd om aan de bevraging deel te nemen. De enquête kon ingevuld worden tot en met 22 februari 2021.

3. Resultaten van de tevredenheidsbevraging

3.1. Profiel van de respondenten

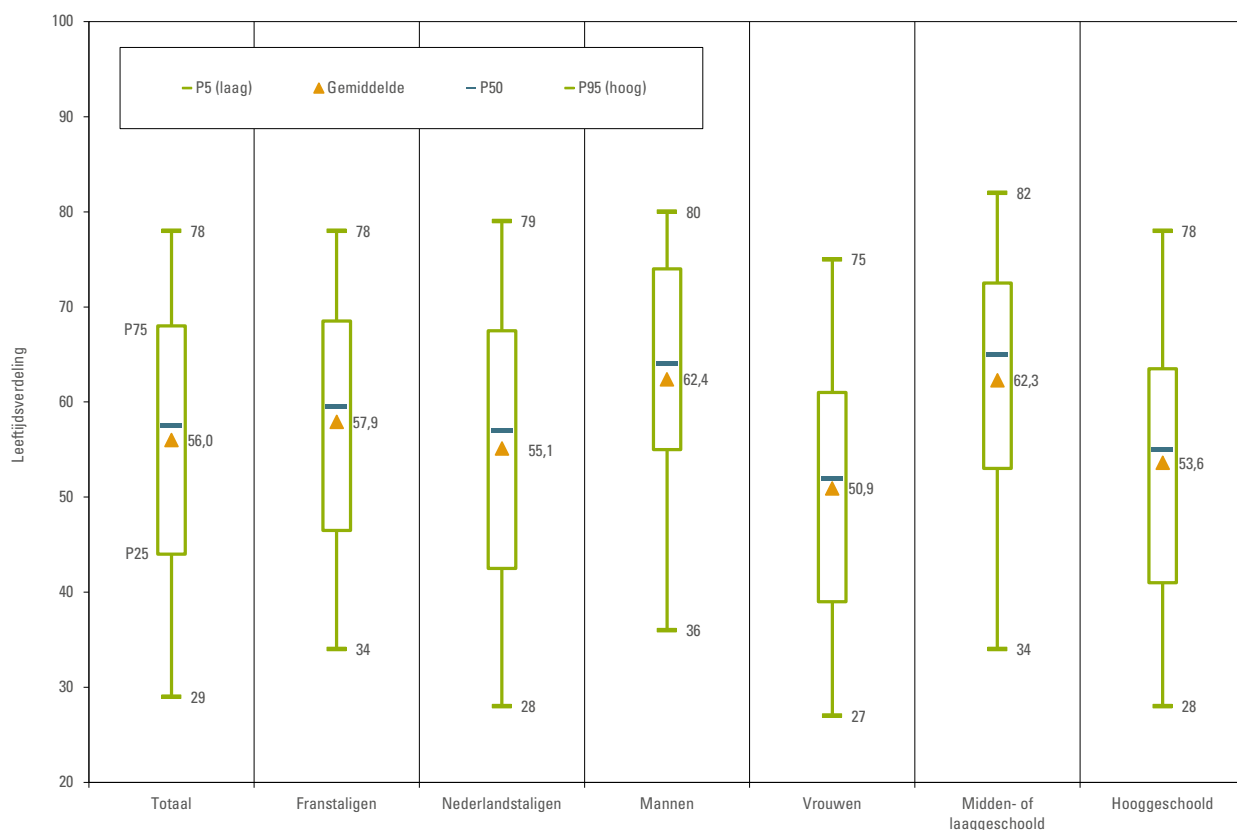
3.1.1. Socio-demografisch profiel van de respondenten

In het totaal hebben 411 personen de enquête geheel of gedeeltelijk ingevuld. Iets meer dan de helft van de respondenten is vrouw (54,7%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 56 jaar, de mediane leeftijd 57,5 jaar (zie Figuur 1). We stellen vast dat de Franstalige respondenten gemiddeld iets ouder zijn dan de Nederlandstalige. Dit geldt ook voor de respondenten die midden- of laaggeschoold zijn en de mannelijke respondenten.

71,5% van de respondenten is hooggeschoold (diploma hoger of postuniversitair onderwijs), 27,7% is midden- of laaggeschoold (hoogstens diploma hoger secundair onderwijs).

Met 60,6% is een meerderheid van de respondenten loontrekkende, 32,6% is gepensioneerd. Bij de Nederlandstalige respondenten is het aandeel loontrekkenden beduidend hoger dan bij de Franstalige (64,2% tegenover 53%). Onder de Franstalige respondenten vinden we dan weer een groter aandeel (brug)gepensioneerden (36,4% tegenover 30,2%). Dit hangt uiteraard samen met het iets ouder leeftijdsprofiel van de Franstalige respondenten.

Figuur 1: Leefstijdsverdeling van de respondenten, volgens taal, geslacht en opleidingsniveau



Een meerderheid van de respondenten is tewerkgesteld bij CM (52,1%), bij een organisatie aanverwant aan CM (7,8%) of een organisatie die lid is of geassocieerde partner van Beweging.net of de Franstalige tegenhanger Mouvement Ouvrier Chrétien (MOC) (3,2%). Dit heeft wellicht deels te maken met het feit dat CM-medewerkers sterk vertegenwoordigd zijn in het abonnementenbestand, maar ook met het feit dat zij makkelijker en via meerdere kanalen te bereiken zijn.

We hebben geen zicht op het profiel van alle abonnees van het abonnementenbestand of van de lezers van het tijdschrift. We kunnen dus niet beoordelen in welke mate het profiel van de respondenten overeenstemt met dat van de abonnees/lezers van het tijdschrift. Bijgevolg moeten de hierna voorgestelde resultaten met de nodige voorzichtigheid gelezen worden. Niettemin achten we de resultaten representatief en bevatten ze interessante bevindingen die ons zullen inspireren voor het vernieuwde uitzicht van CM-Informatie in de toekomst. De signalen uit de enquête liggen ook in de lijn van signalen die ons al via andere kanalen bereiken.

3.1.2. Leesprofiel van de respondenten

a) Type en duurtijd van het abonnement op CM-Informatie

De respondenten zijn vooral geabonneerd op CM-Informatie via de digitale nieuwsbrief (38%). 29,4% ontvangt enkel de papieren versie en 14,4% combineert het papieren abonnement met een digitaal. 17% was op het moment van de bevraging niet geabonneerd.

Bij de respondenten met een abonnement bedraagt het aandeel abonnees op de digitale nieuwsbrief (al dan niet in combinatie met een papieren abonnement) ongeveer 46%. Dit is hoger dan in het globale abonnementenbestand (ongeveer 35%). Dit resultaat kan voor een deel mede bepaald zijn door het feit dat digitale abonnees via een afzonderlijke mailing een tweede keer zijn gecontacteerd met de vraag om aan de enquête deel te nemen. Voor hen was het ook iets eenvoudiger om via de nieuwsbrief of de herinneringsmail onmiddellijk door te klikken naar de enquête. Voor wie een papieren abonnement heeft, was de toegang tot de enquête iets complexer, ondanks de toevoeging van een QR-code.

Bovendien ontvangt een deel van de abonnees het tijdschrift op de werkplek. Aangezien veel mensen door de COVID-19-epidemie verplicht waren van thuis uit te werken, is de kans groot dat een aantal onder hen het tijdschrift met de oproep voor de tevredenheidsenquête niet of te laat gezien heeft.

In figuur 2 zien we dat bij de jongere respondenten, in vergelijking met de oudere, een kleiner aandeel geabonneerd is op de papieren versie van CM-Informatie. Bij de jongere respondenten zijn ook meer respondenten niet geabonneerd. Het gaat hier mogelijk om CM-medewerkers die via specifieke interne kanalen de uitnodiging voor deelname aan de enquête kregen. Bij de respondenten ouder dan 45 jaar of 65 jaar zien we dat ongeveer een derde CM-Informatie nog op papier ontvangt en bijna een op de vier geabonneerd is op de digitale nieuwsbrief.

Opvallend is dat ook bijna een op de drie hooggeschoolden CM-Informatie op papier ontvangt terwijl dit bij midden- of laaggeschoolden ongeveer een op de vijf is. Een mogelijke gedeeltelijke verklaring is dat bij er bij het abonneementenbeheer voor gekozen is om het tijdschrift aan leidinggevenden binnen CM in de papieren versie te bezorgen. Bij de midden- of laaggeschoolde respondenten is het aandeel digitale abonneementen dan weer groter dan bij de hooggeschoolde.

Een derde van de respondenten heeft al meer dan 10 jaar een abonnement op CM-Informatie, 23% drie tot tien jaar en 11,5% minder dan drie jaar. Vooral bij de Franstalige respondenten zijn er meer recent geabonneerden (18,5%). Dit kan te maken hebben met de meer recente invoering van de digitale nieuwsbrief (in juni 2020) waarbij hiervoor promotie gemaakt is via digitale communicatiekanalen.

b) Met welke frequentie en hoeveel lezen respondenten CM-Informatie?

Met de tevredenheidsbevraging wilden we ook zicht krijgen op de manier waarop CM-Informatie doorgaans gelezen wordt. Uit de antwoorden blijkt dat ruim 62% het tijdschrift altijd of regelmatig leest (elk nummer of de meerderheid ervan) (zie Tabel 1). Het aandeel respondenten dat altijd of regelmatig in het tijdschrift leest, neemt toe volgens de leeftijd.

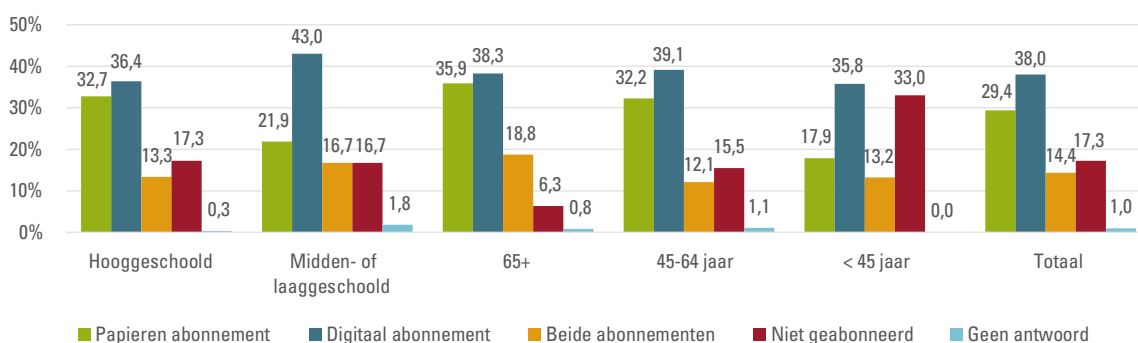
De respondenten van 65 jaar of ouder geven vaker aan dat ze het tijdschrift doorgaans van het begin tot het einde lezen (17,6%). Niettemin leest een meerderheid van de respondenten een of meerdere artikels volledig in functie van het onderwerp (38%), op basis van de informatie op de cover of in de inhoudstafel (24,5%) of op basis van de samenvatting van alle artikels (7,5%).

Met de enquête wilden we ook een beeld krijgen van de mate waarin bijkomende elementen in een artikel gelezen worden. Het kan dan gaan om:

- figuren met een visuele voorstelling van belangrijke onderzoeksresultaten;
- tabellen met meer gedetailleerde (cijfermatige) informatie;
- voetnoten met extra verduidelijking of de verwijzing naar een geraadpleegde bron;
- informatieve kaders met bijkomende toelichting over een specifieke reglementering, een specifiek concept, enz.

Uit de analyse van de antwoorden blijkt dat bijna 58% van de respondenten altijd of meestal de figuren bekijkt. Voor tabellen en informatieve kaders is dit respectievelijk 45,6% en 44%. Zowel voor de figuren, de tabellen als voor de informatieve kaders geeft een meerderheid van de respondenten ook aan dat deze over het algemeen nuttig zijn.

Figuur 2: Type abonnement op CM-Informatie, volgens leeftijd en opleidingsniveau



Tabel 1: Frequentie waarmee respondenten doorgaans in CM-Informatie lezen, volgens leeftijd

	Totaal (N=318)	<45 jaar (N=65)	45-64 jaar (N=134)	65 jaar en ouder (N=119)
Altijd (elk exemplaar)	25,5%	10,8%	17,9%	42,0%
Regelmatig (de meeste exemplaren)	37,1%	29,2%	41,0%	37,0%
Soms (ongeveer de helft van de exemplaren)	16,0%	26,2%	16,4%	10,1%
Zelden (minder dan de helft van de exemplaren)	8,2%	18,5%	9,7%	0,8%
Geen antwoord	13,2%	15,4%	14,9%	10,1%

De voetnoten worden daarentegen minder gelezen. Een kwart leest de voetnoten (bijna) altijd. Maar ruim een op de vijf respondenten leest deze zelden of nooit en dit is nog vaker het geval bij jongere of hooggeschoolde respondenten. Voor de voetnoten wordt ook vaker aangegeven dat deze meestal of soms overbodig zijn. Nog meer dan voor de andere bijkomende elementen, worden voetnoten vooral gelezen wanneer men bijkomende uitleg of meer gedetailleerde informatie wil.

c) Voorkeurthema's van de respondenten

De respondenten lezen dus doelgericht een of meerdere artikels, in functie van de eigen interesses. We vroegen in de enquête ook om uit een lijst de vijf thema's en domeinen te kiezen waarover ze het liefst bijdragen lezen. Tabel 2 vat de resultaten samen en geeft de vijf thema's en domeinen die het vaakst werden gekozen en de vijf die het minst vaak werden gekozen.

De toegankelijkheid van de zorg, zowel financieel als op andere vlakken, is het thema dat door het grootste aantal respondenten is gekozen. Een ander transversaal thema, de kwaliteit van zorg, komt op de vijfde plaats. Binnen de meer specifieke domeinen gaat de voorkeur naar eerstelijnszorg, preventie en gezondheidsbevordering en geneesmiddelen. Onderaan de lijst van voorkeurthema's vinden we het internationaal gezondheidsbeleid, palliatieve zorg en levenseinde en ten slotte chronisch zieken.

d) Type artikels die respondenten verkiezen

Daarnaast vroegen we aan de respondenten ook welk soort artikels ze het liefst lezen. Uit figuur 3 blijkt dat een meerderheid een voorkeur heeft voor artikels met een algemene

duiding van gezondheidsthema's. Maar ook informatiefiches en opiniestukken rond gezondheid(szorg) en welzijn(szorg) zijn door ruim 40% van de respondenten aangekruist. Er is dan weer duidelijk minder interesse voor een korte bespreking van onderzoeken van andere organisaties.

Er zijn enkele verschillen naar leeftijd. Alle leeftijdscategorieën zetten algemene duidingsartikels bij gezondheidsthema's op de eerste plaats, met uitzondering van de groep 65-74 jaar waar dit op de derde plaats staat. Deze groep plaats informatiefiches op 1 en opiniestukken op 2. Ook volgens opleiding zijn er een aantal verschillen. Laag- en middengediplomeerden hebben een grotere voorkeur voor opiniestukken en toelichting over hervormingen, hooggeschoolden voor algemene duidingsartikels bij gezondheidsthema's en de voorstelling van onderzoeksresultaten van CM of van andere organisaties.

e) Type artikels die respondenten verkiezen

Daarnaast vroegen we aan de respondenten ook welk soort artikels ze het liefst lezen. Uit figuur 3 blijkt dat een meerderheid een voorkeur heeft voor artikels met een algemene duiding van gezondheidsthema's. Maar ook informatiefiches en opiniestukken rond gezondheid(szorg) en welzijn(szorg) zijn door ruim 40% van de respondenten aangekruist. Er is dan weer duidelijk minder interesse voor een korte bespreking van onderzoeken van andere organisaties.

Er zijn enkele verschillen naar leeftijd. Alle leeftijdscategorieën zetten algemene duidingsartikels bij gezondheidsthema's op de eerste plaats, met uitzondering van de groep 65-74 jaar waar dit op de derde plaats staat. Deze groep plaats informatiefiches op 1 en opiniestukken op 2. Ook volgens opleiding zijn er een aantal verschillen. Laag- en middengediplomeerden

hebben een grotere voorkeur voor opiniestukken en toelichting over hervormingen, hogeschoolden voor algemene duidingsartikels bij gezondheidsthema's en de voorstelling van onderzoeksresultaten van CM of van andere organisaties.

3.2. Beoordeling van CM-Informatie

Met de enquête wilden we niet alleen een beeld krijgen van het profiel van de lezers van CM-Informatie, wat hun leesgewoontes en hun voorkeuren zijn. We wilden ook weten wat de lezers van het tijdschrift vinden.

Globaal genomen beoordeelt bijna acht respondenten op de tien CM-Informatie (zeer) positief. Dit aandeel is groter bij de oudere lezers in vergelijking met de jongere. Hetzelfde geldt voor respondenten die al langer op CM-Informatie geabonneerd zijn.

3.2.1. Beoordeling van de inhoud van CM-Informatie

a) Algemene beoordeling van de inhoud en de variatie in thema's

De respondenten waarderen CM-Informatie sterk op inhoudelijk vlak. 78,3% vindt de inhoud (zeer) goed. En ook in aanvullende bemerkingen blijkt de grote appreciatie. Dit aandeel verschilt weinig of niet volgens de taal van de respondent, de leeftijd, het opleidingsniveau of de duurtijd van het abonnement.

De globale waardering van de variatie in thema's is eveneens goed. Hier zijn er wel kleine verschillen volgens leeftijd en opleiding. Het aandeel dat de variatie (zeer) goed vindt, is iets groter naar mate de respondent ouder is of minder hoog opgeleid. Wie minder dan drie jaar geabonneerd is op CM-Informatie geeft vaker een minder goede beoordeling van de variatie in thema's. Dit is niet onlogisch. Aangezien CM-Informatie maar vier keer per jaar verschijnt, is de kans groter dat deze abonnees zich nog geen volledig beeld hebben kunnen vormen van de verschillende thema's die in CM-Informatie aan bod komen.

Verder blijkt uit de tevredenheidsbevraging ook dat er over het algemeen een grote tevredenheid is over de mate waarin de verschillende thema's of specifieke domeinen aan bod komen in CM-Informatie.

b) Begrijpelijkheid van de artikels, de bijkomende elementen en de afkortingen

Een respondent op de vier geeft expliciet aan dat de artikels over het algemeen goed verstaanbaar zijn. Dit aandeel is hoger bij de hogeschoolde respondenten (43,5%). Bijna een derde vindt dat de artikels meestal of soms te moeilijk zijn. Ze vermelden onder meer dat de artikels niet altijd even toegankelijk zijn voor een breder publiek omwille van het niveau van techniciteit of omwille van de complexe schrijfstijl. Ook de figuren en tabellen bemoeilijken soms de verstaanbaarheid: een derde van de respondenten vond dat figuren en tabellen meestal of soms moeilijk te begrijpen waren. Tegelijkertijd vond een even

Tabel 2: Overzicht van de thema's die de respondenten het meest en het minst verkiezen

Thema	Aandeel respondenten
Toegankelijkheid van zorg	49,1%
Eerstelijnszorg	37,1%
Preventie en gezondheidsbevordering	35,5%
Geneesmiddelen	32,4%
Kwaliteit van zorg	29,9%
Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit	18,6%
Geestelijke gezondheid(szorg)	17,3%
Chronisch zieken	15,4%
Palliatieve zorg en levenseinde	11,9%
Internationaal gezondheidsbeleid	8,5%

Figuur 3: Overzicht van de soorten artikels die respondenten het liefst en het minst graag lezen



groot aandeel dat deze altijd of meestal makkelijk te begrijpen zijn. Ook het gebruik van afkortingen speelt een belangrijke rol voor de begrijpelijkheid van de artikels. Wat dit betreft, vond een groot deel van de respondenten het gebruik ervan in de CM-Informatie goed.

c) Diepgang en lengte van de artikels

46% van de respondenten vindt de diepgang van de artikels, dit is de mate waarin op een specifiek onderwerp of op onderzoekresultaten wordt ingegaan, over het algemeen goed. Ongeveer een respondent op de vijf vindt dat de artikels soms of meestal te veel diepgang hebben.

Het grootste deel van de respondenten vindt ook de lengte van de artikels in CM-Informatie over het algemeen goed. Toch is er een niet te onderschatten aandeel dat de artikels meestal of soms te lang vindt (een derde van de respondenten die deze vraag beantwoordden).

3.2.2. Beoordeling van niet-inhoudelijke aspecten

a) Algemene beoordeling vormgeving

In vergelijking met de inhoud en de variatie in thema's, wordt de vormgeving over het algemeen minder sterk gewaardeerd. Iets minder dan zeven respondenten op de tien vinden de vormgeving (zeer) goed terwijl 12,6% expliciet aangeeft dat hij de vormgeving (zeer) slecht vindt. Dit laatste wordt door de jongere abonnees vaker aangegeven, net als door de hooggeschoolden en door wie nog niet zo lang geabonneerd is. De mindere waardering wordt door enkele respondenten ook

meer toegelicht in de bijkomende opmerkingen waarbij verwezen wordt naar het kleurengebruik, het lettertype en de compacte opmaak. Meer algemeen wijzen sommigen erop dat de opmaak van CM-Informatie gedateerd is en niet sterk uitnodigt om te lezen.

Een bijzonder aandachtspunt in de bevraging was de evaluatie van de leesbaarheid van tabellen en figuren. Meer dan de helft van de respondenten vindt de leesbaarheid over het algemeen goed. Toch oordeelt een respondent op de acht dat de leesbaarheid van deze bijkomende elementen soms of meestal niet goed is.

Wat betreft de totale omvang van een nummer van CM-Informatie, vindt de meerderheid dat deze over het algemeen goed is. Toch vindt een respondent op de zes dat er soms of meestal te veel pagina's in een nummer zijn.

b) Beoordeling van de cover

Hoewel de inhoud van een tijdschrift nog steeds het belangrijkste is, vonden we het ook belangrijk stil te staan bij de cover. Deze is immers het gezicht van ons tijdschrift die de eerste indruk bij de lezer bepaalt en soms zijn keuze beïnvloedt om het tijdschrift te lezen.

We zagen al dat heel wat respondenten volgens eigen interesse een of meerdere artikels lezen en dat een kwart zich hierbij laat leiden door de informatie op de cover. Maar hoe beoordelen ze de cover? Over het algemeen vindt iets meer dan een derde van de respondenten de cover zeer goed. Dit aandeel is groter bij midden- of laaggeschoolde respondenten (47,9%).

De tevredenheid over de cover neemt ook toe volgens leeftijd (14% bij -44-jarigen tegenover ruim 40% bij 65-plussers).

Dit betekent meteen ook dat een deel van de respondenten vindt dat de cover voor verbetering vatbaar is. Ze geven vooral aan dat er nu doorgaans te veel informatie op de cover staat (19,2%). Bij hooggeschoolden is dit nog meer het geval (23,3%). De overige antwoordopties zoals de moeilijke leesbaarheid van de tekst of van de figuren en tabellen, of de minder geslaagde kleurencombinatie werden maar door een beperkt aantal respondenten gekozen.

Uit de antwoorden kunnen we ook al suggesties voor verbetering afleiden. 17,6% verkiest een sprekend beeld op de cover en 12% aandacht voor één artikel uit het tijdschrift. Dit laatste is meer aangekruist door de Nederlandstalige dan door de Franstalige respondenten (15% tegenover 7,6%). Hooggeschoolden uitten nog duidelijker de voorkeur voor een sprekend beeld (21,1%). De voorkeur voor een sprekend beeld is ook groter naarmate de respondent jonger is.

c) Beoordeling van de naam van het tijdschrift

Ten slotte vroegen we in de tevredenheidsenquête ook wat men vindt van de naam van het tijdschrift. Hoewel slechts een heel kleine minderheid van de respondenten van oordeel is dat de naam van het tijdschrift helemaal niet aansluit bij de inhoud (4%), zien we evenzeer dat de helft van de respondenten vindt dat de naam van het tijdschrift volledig aansluit bij de inhoud. 27% vindt dat de naam slechts gedeeltelijk aansluit bij de inhoud.

Het aandeel dat van oordeel is dat de naam volledig aansluit bij de inhoud is hoger bij Nederlandstalige respondenten (56,8%), bij midden- of laaggeschoolde respondenten (57,4%) en bij oudere respondenten. Heel wat respondenten formuleerden ook suggesties voor een nieuwe naam.

4. Besluit

CM-Informatie bestaat bijna 50 jaar. Door de jaren heen is het tijdschrift een gevestigde waarde geworden met een trouw lezerspubliek en hebben ook nieuwe geïnteresseerden de weg naar het tijdschrift gevonden. In al die jaren had CM-Informatie de bedoeling een informatie- en reflectieblad te zijn over belangrijke thema's binnen gezondheid en gezondheidszorg en over tendensen in de ziekteverzekering en sociale zekerheid. In de loop der jaren is het tijdschrift zowel inhoudelijk als naar vormgeving al geëvolueerd.

In 2020 hebben we binnen het redactiecomité opnieuw verschillende aspecten van het tijdschrift onder de loep genomen. We onderzochten in welke mate we met het tijdschrift voldoende het doelpubliek bereiken en hoe we andere doelgroepen kunnen bereiken. Ook de manier waarop CM-Informatie ter beschikking wordt gesteld van geïnteresseerden is geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

We vonden het ook belangrijk om CM-Informatie te evalueren op inhoudelijk vlak en op vlak van vormgeving. Deze evaluatie gebeurde in de schoot van het redactiecomité, maar er is rekening gehouden met de mening van de lezers die we eind 2020 aan de hand van een online tevredenheidsenquête hebben bevestigd en waarvan de resultaten in dit artikel zijn voorgesteld.

Uit deze resultaten blijkt dat CM-Informatie nog steeds een sterk gewaardeerde publicatie is. Zowel de algemene beoordeling als de beoordeling van de inhoud en van de variatie in thema's en onderwerpen waren bij een grote meerderheid van respondenten zeer positief. Het is ook duidelijk dat een groot deel van de abonnees artikels leest vanuit een interesse voor specifieke thema's. We noteerden desondanks ook een aantal aandachtspunten, onder meer op het vlak van de begrijpelijkheid en de techniciteit van de artikels.

Ook krijgt de vormgeving van het tijdschrift van de respondenten een mindere waardering. Zowel het gebruikte lettertype, de kleuren, de cover als het volledige uitzicht van het tijdschrift zijn aan modernisering toe.

Ten slotte vinden ook heel wat respondenten dat de naam van het tijdschrift niet of niet volledig aansluit bij de inhoud. Ze formuleerden al een aantal suggesties voor een nieuwe naam.

Het redactiecomité zal de resultaten van deze tevredenheidsbevraging en de concrete verbeteringsuggesties van de respondenten meenemen in het traject om CM-Informatie verder te verbeteren. Het resultaat zal zichtbaar zijn in de loop van 2022.

Tot slot houden we eraan om de abonnees en lezers te bedanken voor het invullen van de enquête.

Hebben innovatieve geneesmiddelen tegen kanker altijd een echte meerwaarde?

KCE rapport 343As

1. Inleiding

Op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten, worden er nieuwe geneesmiddelen tegen kanker ontwikkeld. Dit is goed nieuws voor patiënten en hun familie. De keerzijde van de medaille is dat deze geneesmiddelen vaak heel duur zijn. In België betaalt de ziekteverzekering een aantal veelbelovende medicijnen terug zodat patiënten sneller toegang hebben. Dit gebeurt via een snellere dan de reguliere procedure, namelijk, artikel 81/111-overeenkomsten of *Managed Entry Agreements* (MEAs)¹. Het achterliggende principe bij deze procedure is dat farmaceutische bedrijven voor innovatieve geneesmiddelen alvast tijdelijk een terugbetaling krijgen, ook al is er op dat ogenblik nog weinig bekend over de toegevoegde waarde voor de patiënt. Gedurende de looptijd van deze procedure, moet de producent van het geneesmiddel wel de nodige klinische studies uitvoeren om wetenschappelijk bewijs te leveren dat de geneesmiddelen een effect hebben en zo te voldoen aan de voorwaarden voor een definitieve terugbetaling. Op dit punt treden er problemen op, want uit een studie van het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) blijkt dat bitter weinig producenten dit wetenschappelijk bewijs leveren. In een studie van het Europees geneesmiddelenagentschap (EMA) was er na een mediane follow-up van 5,4 jaar nog geen bewijs beschikbaar in 35 van de 68 onderzochte gevallen. En wanneer ze dit wel doen, kunnen er vragen gesteld worden bij het opzet van de klinische studies.

Dit roept toch een aantal vragen op, zeker gezien de hoge kostprijs van deze innovatieve geneesmiddelen. De versnelde terugbetaling biedt, eens ze is toegekend, weinig stimulans aan de producent om daadwerkelijk voor het gevraagde wetenschappelijk bewijs te zorgen. Dit is nochtans een voorwaarde voor de terugbetaling van een kankermedicijn en ook belangrijke informatie voor de patiënt. De tijdelijke terugbetaling wordt maar zelden stopgezet omdat dit voor de auto-

riteiten een moeilijke (ethische) beslissing is, soms mede wille van de druk vanuit de publieke opinie. Terzelfdertijd neemt de terugbetaling van innovatieve kankergeneesmiddelen een enorme hap uit het budget. In 2019 bedroeg het budget voor geneesmiddelen, die onder een *Managed Entry Agreements* (MEAs) vielen, al 25% van het totale geneesmiddelenbudget. In 2019 gaf het Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering (RIZIV) ongeveer 1 miljard euro uit voor innovatieve kankergeneesmiddelen. Ter vergelijking, in 2007 was dit nog 140 miljoen euro.

2. De studie

Gezien het hoge kostenplaatje, mede omdat de prijsbepaling bepaald wordt door de bereidheid van de overheid te betalen, en de afwezigheid van afdoend bewijs voor de effectiviteit van deze geneesmiddelen, vroeg het RIZIV het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een studie uit te voeren. Hierbij werd onderzocht in welke mate het gebruik van innovatieve kankermedicijnen die de voorbije vijftien jaar op de markt kwamen, bijgedragen hebben aan een verlenging van het leven bij Belgische patiënten. Het onderzoek concentreerde zich op 40 innovatieve geneesmiddelen die gebruikt worden voor twaalf types van kanker². Het onderzoek gebeurde aan de hand van observationele gegevens, dit zijn gegevens die verwijzen naar de realiteit in ons land. De gegevens zijn afkomstig van de Stichting kankerregister (voor gegevens over het type kanker en de diagnose), het Intermutualistisch agentschap (IMA) (voor gegevens over de terugbetaling) en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (voor de vitale status van de patiënt).

1. Voor meer informatie over deze overeenkomsten kan je KCE-rapport 288 raadplegen, alsook het artikel in dit nummer van CM-Informatie over innovatieve geneesmiddelen.
2. Voor de volledige lijst van geneesmiddelen en kankers verwijzen we naar de Nederlandstalige synthese van het KCE-Rapport 343As, p.10.

Aangezien innovatieve kankergeneesmiddelen vaak pas ingezet worden wanneer andere geneesmiddelen niet helpen, werd de studie veelal beperkt tot patiënten met een uitgezaaide vorm van kanker (stadium 4). Op basis van de beschikbare gegevens kon de waargenomen en relatieve overleving berekend worden.

3. Resultaten

De resultaten van de KCE-studie zijn overwegend teleurstellend. Voor zes van de twaalf onderzochte kankers werd een (zeer) lichte verbetering van de overleving waargenomen, voor de andere niet. Er is voor al deze kankers wel een enorme stijging in de bruto-uitgaven voor de ziekteverzekering. De conclusie van het KCE luidt als volgt: “wanneer er sprake is van een grote stijging in de uitgaven zonder duidelijke verbetering van de overleving, kunnen er vraagtekens geplaatst worden bij zowel de effectiviteit van de betreffende innovatieve geneesmiddelen als bij de kosteneffectiviteit”. Het KCE benadrukt dat de resultaten niets zeggen over de impact van de geneesmiddelen op de situatie van de individuele patiënt. Behandelend arts en patiënt dienen steeds in dialoog te gaan om een beslissing te nemen over de behandeling.

De resultaten voor de Belgische context sluiten aan bij bevindingen van het EMA en van de medische literatuur. Het EMA analyseerde de resultaten voor goedgekeurde kankermedicijnen in de periode 2009-2013 voor 68 indicaties (Davis C., Naci H., Gurpinar E., Poplavska E., Pinto A., Aggarwal A et al., 2017). Ook in deze studie was de verlenging van de overlevingsduur van patiënten beperkt (mediaan 2,7 maanden) en deze is maar vastgesteld in 24 van de 68 gevallen. De resultaten voor levenskwaliteit waren nog teleurstellender. In slechts 7 van de 68 gevallen was er bewijs voor een verbetering. Dit is toch wel een belangrijke bevinding. De geneesmiddelen worden ingezet in een vergevorderd stadium van de ziekte, een moment waarop je een innovatief geneesmiddel verwacht dat het de levenskwaliteit verbetert of de levensduur verlengt. Voor beide aspecten, scoren de meeste geneesmiddelen ondermaats en dit voor een erg hoge kostprijs.

4. Beperkingen van de studie

Het KCE wijst ook op enkele beperkingen van haar studie. De resultaten van de studie zijn gebaseerd op observationele gegevens en kunnen dan ook geen uitspraak doen over een oorzakelijk verband tussen de inzet van het geneesmiddel en de langere overleving. Ook andere elementen kunnen hierbij een rol spelen: comorbiditeit, zorg, terugbetalingsregels, screening, enz.

De evolutie op vlak van kankergeneesmiddelen gaat snel en rekening houdend met de beschikbare gegevens, werden in deze studie geen recente kankergeneesmiddelen opgenomen. Al gaat het KCE ervan uit dat de bevindingen rond de beperkte verbetering van overleving en de grote stijging van de kosten, waarschijnlijk ook van toepassing zijn op recente en toekomstige middelen. De innovatieve geneesmiddelen resulteren niet meteen in grote verbeteringen op vlak van overleving of kwaliteit van leven.

De uitgaven voor de geneesmiddelen die in het KCE-rapport vermeld worden, zijn bruto-uitgaven omdat het KCE niet de nodige informatie heeft om de verkregen terugstortingen en belastingen toe te wijzen aan specifieke geneesmiddelen. De informatie over de prijs van deze geneesmiddelen is vertrouwelijk, waardoor er geen kosteneffectiviteitsanalyse kan gemaakt worden. Een dergelijke analyse is echter wel een belangrijk instrument voor de overheid om al dan niet te beslissen over de terugbetaling van een geneesmiddel.

3. Het eindpunt of de uitkomst is datgene wat men meet om het resultaat van een gebeurtenis of interventie te bepalen. Naar gelang de aard van het gekozen eindpunt kan men een onderscheid maken in harde eindpunten en intermediaire of surrogaateindpunten. De surrogaateindpunten zijn afgeleide parameters, die meestal alleen indirect samenhangen met harde eindpunten. Wanneer er geen directe relatie is aangetoond tussen het intermediaire eindpunt en relevante harde eindpunten, is de waarde van studies die slechts intermediaire eindpunten weergeven zeer beperkt. (Bron: <http://www.minerva-ebm.be/Results/Glossary/1382>)

5. Aanbevelingen

Met het oog op het versterken van toekomstig beleid, formuleert het KCE een aantal aanbevelingen. We beperken ons hier tot de aanbevelingen gericht aan het RIZIV (voor het volledig overzicht van de aanbevelingen, verwijzen we naar het rapport of de samenvatting ervan).

Ten aanzien van het RIZIV beveelt het KCE aan om:

- De nadruk niet hoofdzakelijk te richten op toegang tot innovatieve kankergeneesmiddelen, maar in te zetten op een tijdige toegang tot geneesmiddelen waarvoor de meerwaarde voor de patiënt werd aangetoond.
- Bij het beoordelen van een dossier, ingediend voor het aanvragen van terugbetaling, na te gaan of alle studieresultaten aanwezig zijn, en dit voor alle opgestarte studies en alle eindpunten, inclusief levenskwaliteit.
- Enkel surrogaateindpunten³ te aanvaarden wanneer deze voldoende wetenschappelijk gevalideerd zijn.
- Het systeem van Managed Entry Agreements (MEAs) selectiever te gebruiken dan nu het geval is, om ervoor te zorgen dat de data die nodig zijn ook effectief wordt verzameld door de farmabedrijven. Er dient ook gestreefd worden naar een evidence generation system dat ook de klinische onzekerheden kan oplossen. Het moment van de beslissing om terug te betalen kan hierbij als hefboom dienen.
- Gezien het gebrek aan transparantie en de onhoudbaarheid van het huidige systeem met vertrouwelijke prijzen en kortingen op de prijs van het product, onderhandeld tussen de firma en de overheid, wordt aangeraden samen te werken met andere landen en zo te evolueren naar een systeem met meer transparante en publieke prijzen.
- De volledige beoordelingsdossiers van alle terugbetalingsaanvragen publiek te maken en de resultaten van klinische studies hierbij niet als confidentieel te behandelen.

Daarnaast roept het KCE eveneens op tot een breed maatschappelijk debat over verschillende aspecten van terugbetaling van geneesmiddelen, waaronder het in kaart brengen van de meerwaarde van innovatieve geneesmiddelen, de snelle toegang en de betaalbaarheid ervan.

Een snelle toegang tot innovatieve geneesmiddelen is alleen maar in het voordeel van de patiënt als er een werkelijke meerwaarde is. Het is belangrijk om daarop in te zetten, want alleen dan kunnen de (beperkte) middelen waarover de ziekteverzekering beschikt op een verantwoorde en meer efficiënte manier ingezet worden en primeert het belang en de meerwaarde voor de patiënt over het snel op de markt brengen van een geneesmiddel. In het huidige model primeert nog te vaak het laatste.

Bron

- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., Castanares-Zapatero, D., Fairon, N., Hulstaert, F., and Verleye, L. (2021) *Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium (2004-2017)*. Health Technology Assessment (HTA). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 343.
- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., Castanares-Zapatero, D., Fairon, N., Hulstaert, F., en Verleye, L. (2021) *Hebben innovatieve geneesmiddelen tegen kanker altijd een echte meerwaarde? – Synthèse*. Health Technology Assessment (HTA). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 343As.

Bibliografie

- Davis C., Naci H., Gurpinar E., Poplavska E., Pinto A., Aggarwal A. et al (2017). Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13 *BMJ*; 359 :j4530 doi:10.1136/bmj.j4530

CM Informatie is het driemaandelijkse tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van de belangrijkste CM-studies en achtergrondinformatie over de regionale en federale systemen van sociale bescherming, andere takken van de sociale zekerheid en het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Uiteraard wordt het adressenbestand uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van de producties van de studiedienst en het beheer van het tijdschrift. Dit bestand is alleen toegankelijk voor de medewerkers en leveranciers van CM die betrokken zijn bij dit beheer. Het wordt ook op een veilige manier bewaard.

In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR), kan je op elk moment verzoeken om je persoonsgegevens te raadplegen en, indien nodig, onjuiste gegevens te corrigeren of om jouw gegevens te vervolledigen. In dit kader kan je ook vragen dat je persoonsgegevens tijdelijk niet worden verwerkt (behalve in een aantal door de wet bepaalde gevallen) totdat de juistheid ervan is gecontroleerd.

Je kan ook verzoeken om een kopie van je persoonsgegevens te ontvangen en/of deze door te sturen naar een andere instelling of persoon van jouw keuze in een formaat dat het mogelijk maakt om de persoonsgegevens gemakkelijk door te sturen.

Je persoonsgegevens worden niet langer bewaard dan nodig is voor de in dit document beschreven doeleinden. Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet meer kan verwerken in het kader van CM Informatie, kan je in bepaalde specifieke gevallen ook vragen om uw persoonsgegevens definitief te laten verwijderen. In plaats van verwijdering kan je vragen om de gegevens te bewaren, maar niet meer te verwerken (behalve in bepaalde gevallen die door de wet worden voorgeschreven).

Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet rechtmatig en legaal verwerkt, kan je een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (contactgegevens beschikbaar op: <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>). In dergelijke geval raden wij je echter aan om eerst contact op te nemen met onze Data Protection Officer. Mogelijke problemen of misverstanden kunnen vaak gemakkelijk worden opgelost.

Als je je op CM Informatie heb geabonneerd, maar nadien van gedacht verandert, kan je je toestemming altijd intrekken. Intrekking van de toestemming doet geen afbreuk aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de vóór de intrekking verleende toestemming.

Voor de uitoefening van bovenstaande rechten kan je, indien je CM Informatie niet meer wenst te ontvangen, dit schriftelijk laten weten bij

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Of per mail : cminfo@cm.be

Indien je meer algemene informatie wenst over de verwerking van persoonsgegevens door CM, kan je ons algemeen privacybeleid raadplegen op onze website: <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Inhoud

Edito	2
Geneesmiddelen Evolutie van de uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd in ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten	4
Gezondheidszorg Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen: naar kortere verblijven	21
Palliatieve en levenseindezorg Hoe kunnen we de kwaliteit van gespecialiseerde palliatieve zorg meten? Een ervaring uit Vlaanderen	40
Palliatieve zorg CM-visie op palliatieve zorg: een zoektocht naar verbondenheid	46
CM-Informatie Resultaten van de tevredenheidsbevraging bij de lezers van CM-Informatie	55
In het kort Hebben innovatieve geneesmiddelen tegen kanker altijd een echte meerwaarde?	63

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op:

<http://www.cm.be/CM-Informatie>.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Élise Derroitte
Eindredactie	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova
Abonnementenbeheer	Mieke Hofman
Layout	Helga Van Aken, Herman Barthels, Rob Segers - grafische vormgeving CM
Druk	Albe De Coker
Retouradres	CM Studiedienst Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel