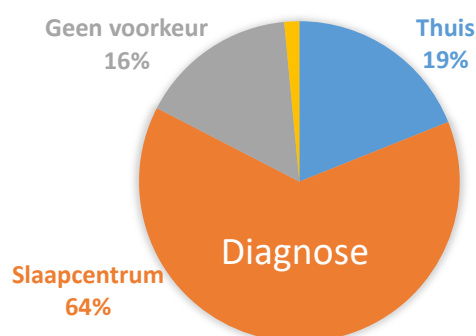


apneuconventie

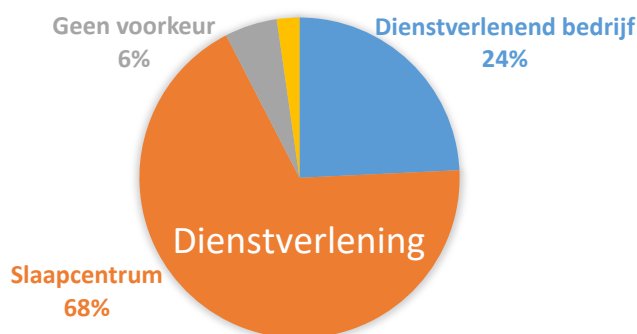
peiling

Na het webinar met dr Chris De Laet over de studie van het KennisCentrum van de GezondheidsZorg en hun aanbevelingen voor de nieuwe apneuconventie, waren we benieuwd naar de reacties van de patiënten. We ontvingen 132 antwoorden, met stip de best beantwoorde peiling van onze vereniging.

Wie nam deel? Van enkele maanden tot meer dan 20 jaar behandeld voor slaapapneu. Gemiddeld bijna 9 jaar behandeling, de grootste groep (42%) tussen 1 en 5 jaar. 98% is een cpap of bipap gebruiker, 1% MRA, 1% ASV.



Meer dan de helft heeft voorkeur voor diagnose in het slaapcentrum. De rest is verdeeld over thuis en geen voorkeur. Ook voor opvolging gaat de voorkeur naar de slaaparts (83%) tegen 11% voor de huisarts. Een patiënt: "Als het kan de huisarts, maar die is al overwerkt naar mijn mening. Mijn korte ervaring met slaapartsen is dat zij vaak van mening verschillen, dus bij wie kan je idealiter terecht? Ik weet het oprecht niet."



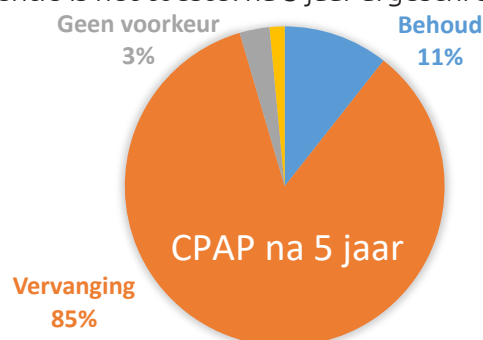
Voor keuze toestel en masker en vervanging wordt ook voor het slaapcentrum gekozen. Hierbij moeten we opmerken dat de meeste patiënten in Vlaanderen geen ervaring hebben met thuiszorg dienstverleners (de home care providers).

Een patiënt: "Voorkeur gaat uit naar wie de patiënt het best informeert over verbeterde toestellen, maskers en toebehoren, deze voorstelt en aanbiedt. Dit gebeurt nu te weinig in het slaapcentrum."

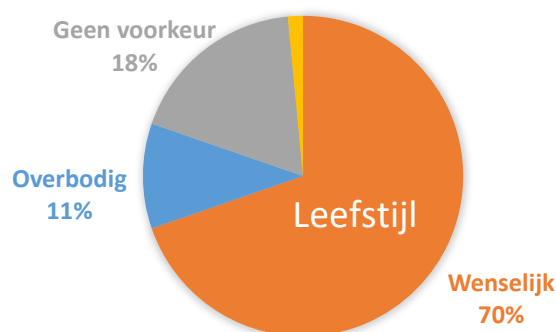
De vragen over de voorkeur naar vaste financiering of per prestatie slaan we in dit overzicht over. Vaak lazen

we en hoorden we de opmerking dat deze keuze te abstract was. We hernemen ze bij een volgende gelegenheid met een uitgewerkt cijfervoorbeeld. Dit geldt ook voor de vraag over huren of kopen van een cpap.

Een uitgesproken antwoord kwam op de vraag over de vervanging van het cpaptoestel. In de huidige conventie is het toestel na 5 jaar afgeschreven.



85% kiest voor een toestel met nieuwe technologie en of nieuwe mogelijkheden eerder dan behoud met lagere vergoeding. In de reacties wordt vaak benadrukt dat de patiënt moet kunnen kiezen, wat nu niet het geval is.



70% mist een zorgpad *leefstijl* (zoals bij overgewicht) als deel van de slaapapneu behandeling.

Telemonitoring wordt door 62% positief beoordeeld, maar vaak wordt ook hier opgemerkt dat het de keuze van de patiënt moet zijn. Slechts 5% wil het beperken tot de beginperiode en 15% is er tegen.



93% wenst opsporen van onbehandelde slaapapneu (door informatie, preventie en/of screening)

Samengevat, geeft deze peiling een vrij duidelijk beeld van de **voorkeur voor het slaapcentrum** voor de medische zorg (diagnose en opvolging). Tegelijk bedenkingen bij de **winkelactiviteit** van het slaapcentrum: vraag naar vrije keuze van toestel (vooral na 5 jaar) en maskers. Verder een voorkeur voor telemonitoring, preventie (opsporen van onbehandelde slaapapneu) en een zorgpad leefstijl.

Als ervaren apneupatiënt heb ik kennis genomen van het advies van het Kenniscentrum dat de voorkeur uitgaat naar diagnose thuis, vooral voor het lager prijskaartje. Het ging dus voornamelijk over de financiering, en laat dat nu net mijn slecht gevoel zijn bij het hele proces.

Als econoom kan ik begrijpen dat een ziekenhuis behoefte heeft aan voldoende inkomsten. Het uniek Belgisch model van co-financiering (RIZIV + remgeld) waarbij het ziekenhuis vergoed wordt voor een permanente behandeling met bijhorende apparatuur is volgens mij echter een foute keuze.

Het wetenschappelijk onderzoek naar slaapapneu levert weliswaar vaak interessante verbanden met andere ziekten of gebreken op, maar wat de behandeling zelf betreft lijkt een daadwerkelijke genezing nog niet in zicht. Het blijft bij een symptomatische, mechanische behandeling, gesteund op technologie. Dit laatste hoeft in principe niet zo erg te zijn, want de privésector doet zware inspanningen om die technologie permanent uit te breiden en te verbeteren.

En hier komt de kat op de koord: hoe meer het ziekenhuis de patiënten verzorgt met kwalitatieve, technologisch hoogwaardige apparatuur, hoe hoger de kostprijs.

Dit lijkt misschien logisch, maar de gevolgen zijn dat allerm minst. Je kan immers discussiëren over de plaats van de diagnose, maar niet over de plaats van de "behandeling". Die gebeurt immers altijd buiten het ziekenhuis.

In al die jaren dat ik thuis en op reis mijn cpap gebruikte heb ik dat veeleer ervaren als een hulpmiddel, niet als een behandeling. Een behandeling veronderstelt volgens mij opvolging en tussenkomst wanneer nodig, en dat is wat anders dan een jaarlijkse controle van de longinhoud.

De technologie biedt sinds jaren de mogelijkheid om de cpap te voorzien van software waardoor de patiënt 's morgens kan aflezen of hij al dan niet teveel apneumomenten had de afgelopen nacht. Dit geeft de mogelijkheid om snel aanpassingen te doen inzake druk, ander type masker enz.

In Nederland is dit al jaar en dag de gewoonste zaak. De reden? In Nederland wordt de aanschaf van de cpap rechtstreeks met de ziekteverzekeraar geregeld. Het ziekenhuis wordt alleen gefinancierd voor de eigen tussenkomsten en kan dus geen winst genereren uit langlopende verhuring van goedkopere toestellen die al lang afgeschreven zijn.

Een tegenargument zou zijn dat de patiënt niet weet om te gaan met de gemeten resultaten. Dit lijkt mij ietwat respectloos naar ons toe. Ik heb een ander beeld van de arts-patiënt relatie.

Besluit: Ik wil geen afbreuk doen aan de waardevolle behandeling door slaapartsen en ik begrijp dat een ziekenhuis ook een economisch gegeven is, maar ik pleit voor een betere, eerlijker verdeling van kosten en baten. Het slaapcentrum heeft hoe dan ook een fundamentele rol bij de diagnose, behandeling en opvolging van slaapapneu, maar de financiering van apparatuur zou m.i. een zaak moeten zijn tussen patiënt en ziekteverzekering (eventueel aanvullende verzekering).

Naam bekend, Antwerpen



"Ik ben geen medicus, wel jurist, sinds 25 jaar belast met de leiding van het RIZIV.", zo stelt Jo De Cock zich voor, "De federale openbare ziekteverzekering heeft belangrijke

instrumenten, zowel financieel als organisatorisch, om de zorg op een gepaste manier te organiseren. Zoals de conventies, sinds ongeveer 20 jaar, om zorg op maat te leveren.

De huidige conventie voor slaapapneu loopt af einde 2021 en om de nieuwe conventie voor te bereiden hebben we een internationale vergelijkende studie besteld bij het KennisCentrum van de Gezondheidszorg. Vraag is nu welke weg moeten we gaan, dat is de kapstok waaraan ik mijn uiteenzetting heb opgehangen.

*Het eerste wat me opvalt is een groeiende bewustwording van de slaapapneu aandoening als een **probleem van de volksgezondheid**. De titel in Nature van begin 2020 spreekt voor zich "Tijd om de reus van obstructieve slaapapneu wakker te maken". Het is duidelijk dat overal in de wereld de last van de welvaartsziektes de aandacht vestigt om goede gezondheidsprogramma's te ontwikkelen. Zoals voor obesitas, een belangrijke (maar niet enige) factor voor slaapapneu.*

In een studie door Harvard en John Hopkins wordt het voorkomen van slaapapneu bij vrouwen geschat op 17%, bij mannen op 34%. Die cijfers lijken me wat overdreven, maar het onderzoek geeft een mooi overzicht van de manier hoe we deze aandoening kunnen beheren. En dat is wat ons bezig houdt: waar hebben we evidentie over en hoe kunnen we het rendement maximaliseren?

Een belangrijke studie gedurende drie decennia toont aan dat een langdurig gebruik van cpap beduidend bijdraagt tot een daling van sterftes, een vermindering van hart-en-vaten aandoeningen en diabetes type II. Dit betekent dat investeren in dit probleem van volksgezondheid belangrijk is.

*Dit jaar zijn we gestoten op het probleem van de **continuïteit van de zorg** door de pandemie. Een Europees onderzoek stelde vast dat 80% van het beheer van slaapcentra was stilgevallen. Vooral slaaponderzoeken waren ingestort. Alleen de telegeneeskundige toepassingen zijn min of meer constant gebleven.*

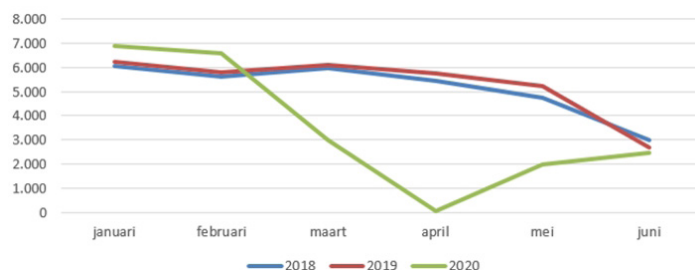
*Dit blijkt ook uit onze eigen cijfers. In de vergelijking met 2018 en 2019 kan je op de grafiek duidelijk de lockdown en de COVID-19 crisis aflezen als gevolg van het afschakelen van de *niet-essentiële zorg*. Hoe we de zorg maximaal kunnen beveiligen is een belangrijk*

We hebben een werkgroep opgericht om de resultaten van peiling en webinars te verwerken als vereniging. Zin om mee te overleggen? Bel of Mail!

aandachtspunt geworden.

Vandaag hebben zo'n 120.000 patiënten een behandeling, waaraan we zo'n 100 miljoen uitgeven. Dit is een onderraming van de behoefte.

Na de studie van het Kenniscentrum, wat zijn de aandachtspunten om te evolueren naar een volwaardig zorgtraject? Het betrekken van de eerste lijn (huisartsen), behandelen van de comorbiditeiten (verwante aandoeningen), meer patiënten (is verdere investering nodig?), toenemende digitalisering (thuisdiagnose en tele monitoring), kwaliteitswaarborg van dienstverleners, verbeteren therapietrouw, verhogen patiëntenbetrokkenheid.



Slaaponderzoek in België 2018-2020 (gegevens RIZIV)

Wat brengt de toekomst?

Die wil ik ophangen aan **vijf kernwaarden**:

1. Innovatie

Dat gaat zowel over nieuwe behandelingstechnieken zoals de MRA, als voor telegeneeskunde.

Digitale gezondheid is een culturele verandering van de traditionele gezondheidszorg. We zien een grote drukte rond het digitaal gebeuren. Hoe kunnen digitale technieken op een kwalitatieve manier bijdragen aan zorg? Wij hebben in ons land nog geen breed uitgeschreven kader voor telegeneeskunde. Al wat nieuw is klinkt mooi, maar is niet altijd beter.

Digitalisering is een uiting van de verandering van de zienswijze die zich in het globale gezondheids-landschap beweegt waar bv. de plaats van de zorg-verlening verschuift van kliniek of labo naar de patiënt. In de studie van het Kenniscentrum wordt aangehaald dat er nog geen duidelijke kwaliteitscriteria kunnen worden gehaald, studies wijzen in verschillende richtingen.

Via telegeneeskunde kan het model van samenwerking tussen disciplines, organisaties en patiënt gerealiseerd worden. Een goede evaluatie van technologie en kwaliteitscriteria zijn nodig.

2. Patiëntenbetrokkenheid

We hebben regelmatig contact met de koepelverenigingen van patiëntenverenigingen. In een studie van de WHO wordt de samenhang besproken van patiëntenbetrokkenheid en gezondheidsgelijkheid (billijke zorg). Het gaat immers

over meer dan de relatie arts-patiënt. Als je het breed open trekt, dan gaat het onder meer over gezondheidsgeletterdheid. Of hoe we patiënten met grotere noden aan boord kunnen brengen.

Maar ook over de betrokkenheid bij het beslissings-proces, wat te maken heeft met het inspelen op noden, het transparant maken van beslissingen, het weglaten van discussiepunten die kunnen leiden tot discriminatie. Dit uitwerken is belangrijk en dat kan men enkel doen met alle belanghebbenden.

Evaluatie doen we te weinig in ons gezondheids-systeem, het meten van de impact, het bekijken van de resultaten. Vorig jaar heeft het European Patients Forum een belangrijk werkstuk afgeleverd over de verschillende aspecten van patiëntenbetrokkenheid.

3. Resultaatgericht

Hoe meten we resultaten, waarmee vergelijken we?

In het kader van een proefschrift aan de Radboud Universiteit werden een aantal meetinstrumenten ontwikkeld.

4. De juiste zorg op de juiste plaats

Zorg organiseren rondom betrokken mensen en het voorkomen van duurdere zorg

5. Geïntegreerde zorg

Slaapapneu is aangekomen in het tijdperk van de gepersonaliseerde geneeskunde.

Diagnose is niet langer het meten van AHI, maar een bredere analyse van de risicofactoren, symptomen, huidige en latere verwante aandoeningen en dergelijke.

Behandeling is niet langer één oplossing voor alles, maar houdt rekening met voorkeuren, voorspellingen, onderliggende oorzaken en ondersteunende therapie

Opvolging is een belangrijk gegeven. Hoe kunnen we leren uit goede praktijken en uit ervaringen van patiënten, we noemen dit met een nieuw woord *optimalisatie van behandeling*. Ook projecten zoals in de UK rond samenwerkingsverbanden tussen eerste en tweede lijn zijn interessant. Zoals blijkt uit de discussies rond zinnige zorg en slaapapneu in Nederland, is dit niet vanzelfsprekend.

Besluit

Deze vijf hoekstenen zijn de toetsstenen waaraan die nieuwe conventie zou moeten beantwoorden.

Een van de gezondheidsproblemen van de toekomst zijn niet de centen maar de manpower, voldoende menskracht. We zitten met een krimpende arbeidsmarkt, en we gaan dat de toekomstige jaren niet anders zien.

Het gaat niet om besparen maar om meer doelmatig gebruik van de middelen: we zitten met een groeiende behoefte en slaap heeft een brede impact op het bredere maatschappelijk leven."

*Op de website vind je de volledige presentatie, alle vermelde studies en de video-opname.
www.ApneuVereniging.be/webinar-jo-de-cock-riziv*

Je kan ApneuVereniging Vlaanderen helpen.
We zijn één telefoongesprek verwijderd.
Samen bekijken we wat kan.
03 494 27 39

○ winterbijeenkomsten kalender

Het coronavirus verhinderde onze normale bijeenkomsten en we hebben onze eerste webinars achter de rug. De opkomst was goed, vergelijkbaar met onze gewone bijeenkomsten. Uit de evaluatie bleek dat de duurtijd van één uur wenselijk is, met de mogelijkheid kort wat uit te lopen voor wie het past. Niet enkel live, ook uitgesteld kijken had succes. Vooral omdat het tijdstip niet voor iedereen goed uitkwam of omdat het live kijken onderbroken werd. Ook kan je bij uitgesteld op eigen tempo kijken.

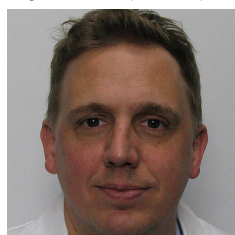
We zetten dus de reeks webinars verder. Uit de peiling (zie p 1) komt een vraag naar een zorgpad *leefstijl* bij de volgende apneuveerovereenkomst. U vraagt, wij draaien. Een eerste webinar over wetenschappelijke inzichten over overgewicht.

Op vraag worden twee praktische webinars voorzien, met product specialisten van ResMed en Philips. Hoe kan je maximum informatie halen uit de cpap's en wat zijn de eigenschappen van de maskers....

Voor wie nog nooit aan dergelijke internet bijeenkomsten (of uitgesteld kijken) heeft deelgenomen of problemen ondervindt: blijf er niet mee zitten. We zijn een telefoontje verwijderd!

○ overgewicht januari

Professor Bart Van der Schueren is voorzitter van BASO, de Belgische Vereniging voor de studie van obesitas, en endocrinoloog aan de Obesitaskliniek van UZ Leuven. Sinds Sciensano gewicht over Belgen bijhoudt (1997) is overgewicht van 41% naar 49%



gestegen. Obesitas van 11% naar 16%. *"De hoge cijfers zijn niet enkel te wijten aan wilskracht",* zegt Van der Schueren *"De meesten hebben wel ziektebesef. Vrouwen zoeken vooral medische hulp. Mannen onderschatten hun eigen gewicht."*

De impact is niet min. Vroegtijdig overlijden en aandoeningen waaronder slaapapneu. *"Toch wordt het probleem te vaak weggelachen".* We zijn benieuwd naar wetenschappelijke inzichten over duurzame oplossingen!

○ resmed: cpap en maskers februari

Welke informatie kan je uit de *AirSense 10* en de *myAir* website halen? Welke zijn de eigenschappen van de populairste maskers van Resmed?

Christina Haesendonckx, voorheen verpleegkundig specialist in thuisbeademing in het UZ

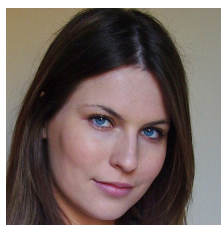


Antwerpen, heeft jarenlange ervaring in CPAP opvolging en masker aanpassingen. **Jan Van Gulck** is de product specialist die we ook al in ons Video Praatcafé te gast hadden. In het verleden werkzaam op de pediatrie intensieve zorgen eenheid en als educatief verpleegkundige. Samen zijn ze verantwoordelijk voor de opleidingen en introductie van nieuwe producten.



○ philips: cpap en maskers maart

Julie Vynckier gaat in ziekenhuizen langs om artsen en verpleging van alle nodige informatie te voorzien. Voorheen was Julie klinisch psycholoog. Door deze achtergrond is zij sterk geïnteresseerd in de therapietrouw van een apneupatiënt. Zij vindt



het heel belangrijk dat patiënten goed begeleid worden zodat ze hun therapietrouw kunnen verhogen en in stand houden. De app *Dreammapper* is daarbij een belangrijk hulpmiddel. Het geeft de ondersteuning die nodig is

en de eigen therapie kan opgevolgd worden zodat patiënten gemotiveerd blijven. Ook de *Dreamstation* CPAP en innovatieve Philips maskers komen aan bod.

Stuur of telefoneer je vragen aan de sprekers vooraf door zodat ze zich beter kunnen voorbereiden

○ kalender

Vrij toegankelijk voor iedereen:

Elke donderdag 14u VideoPraatcafé

Webinars voorjaar 2020: inschrijven vooraf verplicht!
Gratis voor leden en vrienden.

3€ voor anderen (1€ als verhoogde terugbetaling)

Dinsdag 19 januari 19u prof Van der Schueren

Dinsdag 16 februari 19u Jan Van Gulck en

Christina Haesendonckx Resmed

Dinsdag 16 maart 19u Julie Vynckier Philips

Inschrijven op www.ApneuVereniging.be/2021winter

Alle activiteiten op www.ApneuVereniging.be/kalender

○ redactie

Online versie | www.ApneuVereniging.be/apneukrant/204
Samenstelling | Mark De Quidt

○ contact

web | www.ApneuVereniging.be
e-mail | info@ApneuVereniging.be
ApneuFoon | 03 494 27 39

Verantwoordelijke uitgever: Mark De Quidt
Huybrechtstraat 65 bus 5 | 2140 Antwerpen Borgerhout