

'nota bene'

VRWB-SERV colloquium 2007

> > > > > > > een terugblik

JANUARI 2008

EXTRA EDITIE

Beste lezers,

"Health is the greatest wealth". Daarvan hoef ik u niet te overtuigen. Maar ons bestaande gezondheidszorgsysteem staat onder toenemende druk van de verouderende bevolking, die veranderende ziektepatronen, een toenemende zorgvraag en hogere kosten met zich meebrengt. De uitdaging voor de toekomst is het beter behandelen van patiënten en het voorkomen en beheersen van de ziektelast. De sector van de gezondheidszorg is precies één van de sectoren waarin Vlaanderen vandaag al heel wat unieke expertise heeft opgebouwd - en waarvoor trouwens ook heel wat internationale erkenning bestaat. Vlaanderen beschikt over academische onderzoeksgroepen van wereldklasse, een grote concentratie aan farmaceutische bedrijven, en over een zeer goed uitgebouwde en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg. Die drie factoren samen kunnen er voor zorgen dat Vlaanderen zeker op het vlak van innovatie een leidende rol kan spelen, ondanks zijn beperkte schaalgrootte.

Tijdens het jaarlijkse colloquium van de VRWB, dat plaatsvond op 27 november in de Elisabethzaal in Antwerpen, stond daarom het thema 'Innovatie in gezondheids- en welzijnszorg' centraal. Het belang van deze sector voor de toekomst van Vlaanderen was eerder al gebleken op het vorige VRWB-colloquium waar de zes strategische clusters voor Vlaanderen werden voorgesteld. Twee ervan hebben betrekking op gezondheidszorg. Een jaar later presenteert de VRWB de eerste resultaten van het vervolgtraject, dat vanuit de betrokken actoren is gegroeid met de steun van de VRWB als katalysator.

Dat we dit colloquium - nu al voor de derde keer - hebben kunnen organiseren samen met de SERV, verheugt ons zeer. Het aangesneden topic, de uitgedokterde visie en de vereiste aanpak moeten immers maatschappelijk zo breed mogelijk worden gedragen. De ondersteuning door de sociale partners is dan ook onontbeerlijk.

Isaac Asimov heeft ooit geschreven: "The saddest aspect of life is that science gathers knowledge faster than society gathers wisdom". Dat mogen we niet laten gebeuren. In Vlaanderen beschikken we momenteel over een zeer waardevol gezondheidszorgsysteem. In deze sector zijn de opportuniteiten nooit zo groot geweest en de troeven, waarover we beschikken, nooit zo belangrijk. Willen we onze gezondheidszorg en welzijn in de toekomst blijven verzekeren dan moeten we resoluut durven kiezen voor en investeren in de ontwikkeling en toepassing van technologische innovatie in deze sector.

Voor deze speciale editie van 'nota bene' ging onze huisjournalist Jan Van Pelt bij een aantal van de sprekers langs voor een boeiend gesprek. Verder brengt hij een reportage van de belangrijkste statements en uitkomsten van het geanimeerde debat. Voor wie niet kon aanwezig zijn, een mooie impressie van de namiddag, voor de congressangers een blijvende herinnering.

Met dank voor uw belangstelling.


Karel Vinck
Voorzitter

nota bene (bw. van modaliteit)
[Lat.(let goed op!], bijwoord van modaliteit bestaande uit de imperatief van het Latijnse werkwoord 'notare' (kenbaar maken, in zijn geest prenten, onthouden) en het bijwoord 'bene' wat 'goed' betekent. 'Prent dit dus goed in je hoofd, onthou het goed.'



Innovatie in gezondheids- en welzijnszorg

OPENT TECHNOLOGIE NIEUWE DEUREN?



PROGRAMMA

13.00 Ontvangst met broodjeslunch

14.00 Welkom
Caroline Copers, voorzitter SERV
Karel Vinck, voorzitter VRWB

14.15 Vision on innovation in healthcare and welfare,
in relationship with the social demand of the society
Prof. Liselotte Højgaard, Chairman of the Standing Committee
for the European Medical Research Council, ESF

Gevalstudie 1

Biobankinfrastructuur voor translationeel onderzoek

15.00 De Nederlandse biobank Parelsnoer
Prof. Gerrit A. Meijer, VU UMC Amsterdam

15.15 Ethische reflecties bij het opzetten van een biobank
Prof. Kris Dierickx, Centrum voor Biomedische Ethiek
en Recht, K.U.Leuven

Gevalstudie 2

E-health, met focus op het elektronisch medisch dossier

15.30 Het e-healthprogramma van het IBBT
Wim De Waele, algemeen directeur IBBT

15.45 Het elektronische zorgplan in de thuiszorg
in de provincie Vlaams-Brabant
Dr. Jan Walraet, preventiearts provincie Vlaams-Brabant



VRWB-SERV
colloquium
2007
27 NOVEMBER

- 16.00** Koffiepauze
- 16.25** Videoboodschap: *Steven Vanackere*, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- 16.30** Panelgesprek o.l.v. *Guy Tegenbos*
- *Dr. Stef Heylen*, Chief Medical Officer Research & Early Development, Johnson&Johnson
 - *Dr. Bert Gyselinckx*, programmadirecteur Human⁺⁺, IMEC
 - *Dr. Bart Sijnave*, ICT-manager, UZ Gent
 - *Ilse Weeghmans*, coördinator Vlaams Patiëntenplatform
 - *Olivier Remy*, secretaris LBC-NVK, rusthuissector
 - *Wim Coumans*, kabinetschef van Vlaams minister Steven Vanackere
 - *Koen Verlaeckt*, adjunct-kabinetschef van Vlaams minister Patricia Ceysens
- 17.30** Slotwoord
Patricia Ceysens, Vlaams minister van Economie, Ondernemen, Wetenschap, Innovatie en Buitenlandse Handel
- 17.45** Receptie



LISELOTTE HØJGAARD

“Wil je vandaag meetellen op het vlak van op zoek naar het beste op de wereldmarkt”.

“De huidige kwaliteit van het medisch onderzoek in Europa is niet voldoende om het hoofd te bieden aan de geglobaliseerde wereld van vandaag”, zegt Højgaard. Ze haalt drie punten aan waar het volgens haar mank loopt:

1. In Europa wordt veel gepubliceerd in goede vakbladen, maar te weinig in de topbladen. Wij doen het dus minder goed dan de Amerikanen die hun onderzoeksresultaten haast steevast in Nature, Science, The Lancet en andere topbladen zien verschijnen.
2. Voor haar onderzoek doet de Europese medische industrie vooral een beroep op partners in de V.S.. Dat betekent dat het onderzoek in de V.S. beter is dan in Europa.

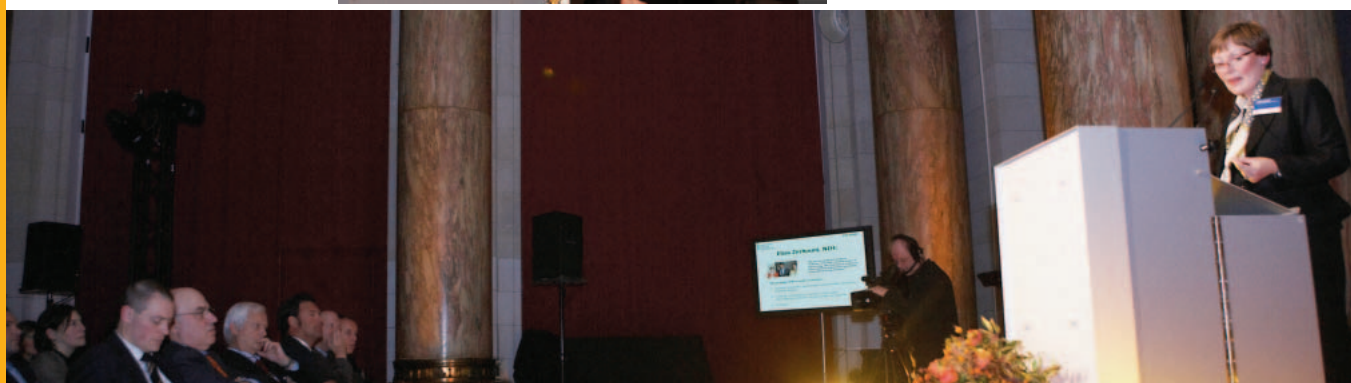
3. In Europa gebeurt het medisch onderzoek veel te gefragmenteerd.

Het heeft volgens Højgaard alles te maken met kwaliteit: “Wil je vandaag meetellen op het vlak van medisch onderzoek, dan moet je gewoon op zoek naar het beste op de wereldmarkt: de beste onderzoekers en onderzoeksgroepen, de beste faciliteiten, de beste financiering, de beste infrastructuur, de beste arbeidsvoorwaarden. En die vind je vooral in de V.S. Het gaat om de totale kwaliteit en inzetbaarheid van de Europese onderzoekers en onderzoeksgroepen als partners in alle domeinen van het medisch onderzoek, zowel fundamenteel, toegepast als klinisch”, onderstreept ze.

Højgaard vindt dat Europa zich daarom dringend moet herpakken en meer competitief moet leren denken en handelen. Maar ze steekt een waarschuwend vinger op: “Geen competitie in het wilde weg. Een betere samenwerking binnen Europa zou al veel oplossen. In Europa is het medisch onderzoek gefragmenteerd en compromisgedreven. In de V.S. niet. Het National Institute of Health heeft een duidelijke strategie en road map om het jaarlijkse budget van 29 miljard dollar doordacht uit te geven. In Europa hebben de verschillende lidstaten elk hun eigen benadering. Als we erin slagen om onderzoeksgroepen en -instituten beter met elkaar te laten samenwerken, dan hebben we al heel wat gewonnen”.

MEER GELD VOOR EXCELLENTIE

Hoe wil Højgaard de kwaliteit van het Europese medisch onderzoek dan op een hoger niveau tillen? Volgens haar is extra geld nodig voor onderzoekers en onderzoeksgroepen die werken volgens het principe van ‘best practices’. Voeg daarbij het uitbouwen van een professioneel circuit van publiek-private samenwerking (PPS) en je hebt volgens haar een uitstekende remedie om het tij te doen keren.



medisch onderzoek, dan moet je gewoon

Højgaard: “Het budget voor medisch onderzoek in Europa moet verdubbelen. De V.S. spenderen zowat de helft van het algemene onderzoeksbudget aan medisch onderzoek. In Europa is dat slechts een vierde. Dat weegt op de onderzoeksresultaten”.

Daarnaast moet Europa ook dringend werk maken van 'best practices', vindt ze. In Europa is er namelijk nogal wat kwaliteitsverschil tussen landen en regio's. De EMRC wil niet discrimineren, maar vindt het wel belangrijk om een rolmodel voor 'best practices' te hanteren zodat de financiering kan doorgesluisd worden naar onderzoekers en onderzoeksgroepen op basis van wetenschappelijke excellentie. Anders gezegd: wie goed presteert krijgt geld, wie slecht presteert niet.

Højgaard: “Landen of groepen die niet goed scoren in 'best practices' moeten luisteren naar anderen, daaruit leren en hun eigen prestaties verbeteren. Indien nodig moeten ze hun ouderwetse gewoonten en structuren omvormen tot moderne en prestatiegericht instrumenten gebaseerd op excellentie”.

PUBLIEK-PRIVATE SAMENWERKING (PPS)

Højgaard is ook erg geporteerd voor PPS. “In Europa staan we op dat vlak serieus achter op de V.S.” zegt ze. “Artsen en onderzoekers die samenwerken met de industrie is in Europa nog steeds 'not done'”. Ze pleit dan ook voor een open, transparante samenwerking waarbij langs beide kanten ideeën en initiatieven naar waarde geschat én gehonoreerd worden. “We moeten het debat daarrond echt van de grond krijgen, liefst op een constructieve en decente wijze”, antwoordt ze resoluut. “Op langere termijn zou dat ook de industrie ten goede komen. Academics die met de industrie op een constructieve manier samenwerken leidt tot een win/win situatie op beide fronten”.

Dat investeren in medisch onderzoek hoe dan ook loont en de maatschappij in haar totaliteit ten goede komt, bewijzen een aantal recente onderzoeken. De sociale return van één euro kan al vlug oplopen tot vier, vijf en, in sommige medische specialisaties, zelfs tot acht keer het geïnvesteerde bedrag. “Want, investeren in medisch onderzoek”, zo argumenteert Højgaard, “leidt tot betere patiëntenzorg, betere diagnoses, betere behandelingen, betere revalidatie, hogere levensverwachting, betere preventiemogelijkheden, enzovoort. De gezondheidszorg in zijn totaliteit wordt er gewoon beter van”.

Højgaard is niet de enige die vindt dat Europa vandaag in een cruciale fase zit. De Franse president Sarkozy, de Duitse kanselier Merkel en de Engelse

eerste minister Brown willen het onderzoek in hun land in een hogere versnelling brengen. In de aanloop naar de Barcelona-norm van 3% voor wetenschappelijk onderzoek in 2010, heeft ook de European Science Foundation haar budget verhoogd.

“Dat zal wel nodig zijn”, besluit ze, “want in China alleen al studeren er momenteel zo'n miljoen PhD's. Een ongelofelijke uitdaging voor Europa. Een van mijn missies als EMRC-voorzitter is precies beleidsmensen en beslissingsnemers warm te maken om goede 'informed decisions' te nemen. Mijn boodschap is: als je geld uitgeeft, denk dan eens goed na aan wat je het wil spenderen. Medisch onderzoek in Europa loopt achter op de V.S.. Dus, waarom niet meer investeren in medisch onderzoek? De sociale return is gegarandeerd”.



WIM DE WAELE

“De rode draad doorheen alle e-health is verhoging van de efficiëntie, niet alleen maar ook kwalitatief”.

Innovatie en onderzoek in de gezondheidssector (e-health) is een breed begrip. Het staat voor de brede waaier van projecten die gedefinieerd en opgezet worden in functie van wat de Vlaamse technologiebedrijven en de sector als prioriteiten aanzien.

DE E-HEALTHSECTOR ZIET
DRIE GROTE PRIORITEITSGEBIEDEN:

1. Gezondheidsinformatiesystemen (E-HIP of E-Health Information Systems), met als boegbeeld de interoperabiliteit van het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Het gaat om het beheer van patiëntgegevens en de uitwisseling tussen de verschillende spelers in de gezondheidszorgketen.
2. Thuiszorg (E-HomeCare of E-Thuiszorg). Om de torenhoge kosten van de vergrijzing beter op te vangen moet de patiënt zolang mogelijk thuis kunnen verzorgd worden.
3. Medische beeldvorming. Het steeds maar nauwkeuriger kunnen scannen/doorlichten van patiënten leidt tot betere diagnoses en dus betere behandelingen.

E-HIP: TWEE UITDAGINGEN

Het ontwikkelen en introduceren van gezondheidsinformatiesystemen staat voor twee grote uitdagingen. De grootste is wellicht de veiligheid van de gegevensuitwisseling tussen de verschillende betrokken actoren. De privacy van de patiënt moet optimaal kunnen gegarandeerd worden. “Een heel delicate materie”, vindt De Waele. “Het kan niet dat medische gegevens zomaar lukraak kunnen worden uitgewisseld tussen artsen onderling of tussen artsen en ziekteverzekeraars. Dat moet waterdicht kunnen beheerd worden”.

Een tweede uitdaging is de ontwikkeling van architectuur die ook rekening houdt met de belangen van de verschillende actoren: zorgverstrekkers, apothekers, terugbetalers, verzekeraars e.a. Dat vereist gemakkelijk implementeerbare systemen die voldoende flexibel zijn om belangenconflicten af te dekken.

E-THUISZORG

Een nog grotere uitdaging is de thuiszorg vindt De Waele: “E-health informatiesystemen zijn een probleem van integratie en beveiliging van gegevens. Thuiszorg gaat veel verder. Wil je een thuispatiënt vanop afstand volgen, dan moet je zeer gebruiksvriendelijke terminals ontwikkelen die uiteenlopende taken aankunnen zoals het draadloos registreren van fysiologische parameters (bloeddruk, suikerge-



ontwikkelingen kwantitatief,

halte, hartslag, temperatuur, enz.), het via sensoren monitoren van patiënten in het kader van valpreventie tot en met het communiceren met zorgverstrekkers, mantelzorgers of alarmcentrales via interactieve videoconferencing”.

Zo werkt IBBT in dat kader samen met een consortium van bedrijven, social-profit organisaties en universitaire onderzoeksgroepen aan de ontwikkeling van een aantal innovatieve projecten. Bijvoorbeeld:

- transparante ICT-platformen ter ondersteuning van het zorgproces van mensen met een chronische en/of degeneratieve aandoening (TranseCare);
- communicatieplatformen voor interactieve e-thuiszorg op basis van breedbandtechnologie - een soort van ICT-netwerk op maat - die instaan voor de ondersteuning van alle zorggerelateerde aspecten (COPLINTHO);
- de ontwikkeling van interactieve mobiele medische monitoring diensten voor telegeneeskunde en telezorgdiensten (IM3) met o.a. het draadloos registreren van fysiologische parameters zowel in de thuisomgeving als op verplaatsing.

De Waele: “In vergelijking met gezondheidsinformatiesystemen moet je in thuiszorg dus met veel meer elementen rekening houden. Daardoor is het multidisciplinaire karakter van het onderzoek ook veel groter. Hoe kan de oudere patiënt zo gemakkelijk mogelijk overweg met zo'n technologie? De eisen op het vlak van ergonomie liggen dus vrij hoog”.

MEDISCHE BEELDVORMING

Hoe langer hoe meer worden medische foto's die door de radioloog geïnterpreteerd worden, vervangen door digitale beelden. Een stap verder is het beeld vervangen door driedimensionele simulaties (3D-scans) die digitaal opgeslagen worden. Nog een stap verder is het toevoegen van een vierde dimensie, de tijd. Dan krijg je 4D-scans die de evolutie van een ziekte of genezingsproces kunnen visualiseren.

De Waele: “In de toekomst zal de behandelend arts de digitale scans/beelden zelf onder ogen krijgen. Dat zorgt voor een overvloed aan gegevens waar de arts moet mee omgaan. Een snellere en betere visualisatie van de steeds stijgende hoeveelheid aan medische beelden en gegevens is de enige manier om de efficiëntie in medische beeldverwerking te bewaren. De clinicus heeft dus behoefte aan beslissingsondersteunende software die diagnoses gemakkelijker en accurater maakt. Beelden en scans

worden dus steeds belangrijker in het EMD. Daarbij zal de klemtoon niet alleen liggen op het archiveren en opslaan ervan in het EMD, maar ook op het ondersteunen van het besluitvormingsproces voor de diagnose. Betere visualisatie, automatische meting (kwantificeren) van beelden en automatische detectie of diagnose (kwalificatie) van symptomen vormen een vitale link in de creatie van Evidence-Based Medicine, waarbij de recentste beschikbare objectieve data zullen leiden tot een optimalisering van de therapie”.

DE (NABIJE) TOEKOMST

Over een paar jaar zal het zorglandschap er heel anders uitzien. “Heel de technologische innovatieweging in de drie geschetste prioriteitsgebieden van de gezondheidssector is ingegeven door de dwingende noodzaak om de gezondheidszorg in de nabije toekomst betaalbaar te houden”, zegt Wim De Waele. “Dat kan alleen maar door de efficiëntie te verhogen, zowel door kostenbesparingen als door productiviteitsverbetering. Niet alleen kwantitatief, maar ook kwalitatief. Efficiëntieverhoging ten gunste van de gebruiker (patiënt en zorgprofessionals) is vandaag de rode draad doorheen alle ICT-ontwikkelingen in e-health”.

Op technologisch vlak ziet De Waele geen echt onoverkomelijke problemen en staat men klaar om die informatie- en thuiszorgsystemen op de markt te brengen. Maar ze zullen pas echt doorbreken als er belangrijke institutionele afspraken komen, zoals de terugbetalingstarieven (momenteel worden diagnoses op afstand niet vergoed), de hele controverse rond veiligheid en privacy van de patiënt die soms misbruikt wordt om de digitale revolutie in de sector op de lange baan te schuiven en de betrouwbaarheid van de systemen van de softwareleveranciers. (Wie is er aansprakelijk als er iets fout loopt in het systeem: de leverancier die de software levert, of de arts die een diagnose stelt op basis van de geleverde software?). Ook in de ons omringende landen wordt er niet zelden gewacht op regelgeving van de overheid vooraleer zorginstellingen grote technologische investeringen uitvoeren.

“Een kwestie van een paar jaren”, zegt De Waele, “je kan die evolutie niet meer tegenhouden”.



KRIS DIERICKX

“De hoofdbedoeling van biobanken is innemogelijk maken om de algemene gezond

We zijn al een tijdje vertrouwd met biobanken. Elk universitair ziekenhuis heeft er een. Dat zijn in de regel kleinschalige collecties van menselijk materiaal (cellen, weefsels, bloed, urine, ...). Er zijn ook de forensische biobanken, vooral bekend voor DNA-onderzoek bij de politie.

Grote biobanken echter, de zogenoemde populatiebanken, zijn een recent fenomeen. Ze bevatten veel meer gegevens dan de kleine en de forensische biobanken: naast klinische gegevens en gegevens over genetisch materiaal, ook metabole gegevens, genealogische gegevens over de ziektegeschiedenis en gegevens over levensstijl zoals eet-, drink- en leefgewoonten en seksueel gedrag.

“Een populatiebank is een exclusief onderzoeksplatform voor wetenschappers”, zegt Dierickx. “De hoofdbedoeling is innoverend wetenschappelijk onderzoek mogelijk maken om de algemene gezondheidszorg voor de burger te verbeteren”.

STARTEN

“Een biobank starten kost handenvol geld”, weet Dierickx. “Maar ook de continuïteit van de financiering moet gegarandeerd worden, want populatiebanken groeien enorm snel. Je moet dus nadenken over het financieel engagement op lange termijn en welke formule daar het best voor geschikt is”.

Maar je moet ook nadenken over structuur en management. En daarnaast is er het spanningsveld tussen de belangen van de deelnemer en die voor de maatschappij. Welke rechten heeft een deelnemer als hij lichaamsstalen en persoonlijke medische gegevens ter beschikking stelt? Tot welke instantie moet hij zich wenden bij een belangenconflict? Je moet ook nadenken over de selectiecriteria voor de deelnemers:

geslacht, leeftijdscategorie, beroep, leefpatroon ... Of opteer je voor het gebruik van de bestaande kleinschalige biobanken van ziekenhuizen? En welke gegevens wil je opnemen? Alleen al de startfase schat Dierickx op enkele miljoenen euro's per jaar.

OOG VOOR DE DEELNEMER

Bij het opzetten van een populatiebank komen heel wat ethische aspecten kijken. Voor Dierickx is 'informed consent' of 'vrije en geïnformeerde toestemming' een van de belangrijkste ethische principes: “In het algemeen toont de doorsnee burger een grote bereidheid om mee te doen, maar je moet wel zijn toestemming vragen. Alle Europese richtlijnen en nationale wetten zijn het daarover eens. Wil je in een vakblad onderzoeksresultaten publiceren of projectfinanciering bekomen voor onderzoek op basis van informatie uit een biobank, dan is het 'informed consent'-formulier een must. Men is enorm beducht voor schending van de wet op de rechten van de patiënt sinds de invoering ervan een paar jaar geleden”.

Maar wat betekent geïnformeerd toestemmen? Welke informatie moet je de deelnemer geven? Welke tests ga je opnemen? Onder welke voorwaarden? Een andere ethische noot om te kraken is de vraag hoe je uit zo'n biobank kan geraken eens je erin opgenomen bent. Welke gegevens worden er dan precies gewist? Wat gebeurt er met de stalen? En wat met de gegevens die al voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt werden? “Uit een biobank stappen”, zo zegt Dierickx, “is meestal wel mogelijk voor toekomstig onderzoek, maar niet meer voor wat er in het verleden gebeurde”.

En de deelnemer zelf? Krijgt hij geen feedback over wat met zijn gegevens en stalen gebeurd is? “Neen”, repliceert Dierickx, “deelnemen aan een biobank is een daad van altruïsme waar je niets voor terugkrijgt. Hoogstens krijg je algemene resultaten te zien, bijvoorbeeld naar aanleiding van de publicatie van een of ander statistisch onderzoek in een vakblad of een onkostenvergoeding voor bewezen diensten aan de wetenschap”. Maar ook hier zit er een ethisch angeltje onder het gras. Want, heeft de biobank niet de plicht om een deelnemer op de hoogte te brengen als uit de verzamelde gegevens blijkt dat hij/zij een ziekte heeft die moet behandeld worden?

BESCHERMING VAN GEGEVENS

Iedereen is het erover eens dat gegevens en stalen moeten worden beschermd tegen misbruik. Technisch gezien geen probleem. Maar iedereen is



overend wetenschappelijk onderzoek heidszorg voor de burger te verbeteren”

het er ook over eens dat bepaalde doelgroepen zeker geen toegang mogen krijgen tot de informatie van biobanken: verzekeraars, werkgevers en de politie. Om evidente redenen”, vindt Dierickx.

In de regel zijn biobanken enkel toegankelijk voor onderzoekers uit zowel de academische wereld als de industrie. Wie toegang wil moet meestal betalen. Dierickx: “Maar wie krijgt prioriteit? Ook dat moet vastgelegd worden”.

En tot slot, wie is eigenaar van de stalen en de gegevens? Niemand, de donor, de biobank of de onderzoeker? “Daarover wordt in de literatuur nogal wat gedebatteerd”, vertelt Dierickx. “Niet onbelangrijk, want de return kan zeer groot zijn. Als je op basis van onderzoek nieuwe inzichten hebt verworven die aanleiding kunnen geven tot de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, betere behandelingen of interventiemogelijkheden, wat doe je daar dan mee? Doorgeven aan de financiers van de biobank, ter beschikking stellen van de maatschappij, terug in de biobank inbrengen? Of de mogelijkheid open laten om er patenten op te nemen met royalties in het vooruitzicht?

TOEZICHT

Mocht het in Vlaanderen komen tot de oprichting van een populatiebiobank, dan vindt Dierickx een toezichtsorgaan een noodzaak om alles in goede banen te leiden, de prioriteiten te bepalen, de werkingscriteria op te stellen, de ethische code vast te leggen en de opgeslagen informatie te bewaken en te beheren. Het liefst met experts in een brede waaier van disciplines: artsen, juristen, ethici, informatici, biologen, ... en ook, als het kan, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen.

Dierickx vindt het goed dat het thema gespreksstof is van het colloquium: “Het is een problematiek waarmee alle ziekenhuizen in Vlaanderen vandaag geconfronteerd worden. Tijd dus om het onderwerp op de agenda te plaatsen en het debat kan beginnen”.



STEVEN VANACKERE

“Alle kansen benutten om de innovatieve knowhow binnen de sector zo optimaal mogelijk te valoriseren”.



De gezondheids- en welzijnssector in Vlaanderen boert goed. Niet alleen is onze gezondheidszorg van topniveau, ook inzake innovatie scoort de gezondheids- en welzijnssector behoorlijk. Neem bijvoorbeeld de gratis tandemmassaspectrometrie voor het opsporen van elf stofwisselingsziekten bij pasgeboren babys, een Vlaamse wereldprimeur. Of Vaccinnet, de vaccinatiedatabank ontwikkeld door Kind & Gezin, die op de UNO-wereldconferentie over e-health in Tunis 2005 gepresenteerd werd als 'good practice'.

“Maar”, zegt minister Vanackere, “er heerst terughoudendheid om uit te pakken met innovatieve realisaties. Dat is spijtig”. “Enerzijds is men geboeid om te zien hoe het er elders aan toegaat om daaruit te leren en eigen processen te verbeteren, maar wanneer men voorstelt om rond succesvol geïmplementeerde innovatieve processen een strategie uit te werken naar andere zorginstellingen of sectoren toe, zowel in binnen- als in buitenland, dan denkt men heel snel in termen van verkopen of vermarkten en deinst men terug”.

Die terughoudendheid wil Vanackere aanpakken. Hij is er immers van overtuigd dat innovatie in de gezondheids- en welzijnssector niet in de eerste plaats gaat om productiviteitswinst in de puur economische betekenis, maar vooral om het verbeteren van methodieken en processen. Hij is dan ook een vurig pleitbezorger om te zoeken naar manieren en alle kansen te benutten om de innovatieve knowhow binnen de sector zo optimaal mogelijk te valoriseren, als het kan tot ver buiten de landsgrenzen heen.

Dat pad inslaan vergt echter durf, zelfvertrouwen en zin voor initiatief. Je moet met je resultaten naar buiten durven komen, durven contacten leggen, lobbyen, netwerken uitbouwen, communiceren via congressen, symposia, publicaties. “Als je het goed aanpakt en rond innovatieve methodieken en processen goede strategieën uitwerkt, dan kan je die ook valoriseren en zo een geldstroom creëren, waarmee je dan weer nieuwe innovatieve initiatieven kan opzetten. Dat wil ik sterk aanmoedigen”, onderstreept Vanackere. “En waarom ook niet patenteren? Ook daar wil ik een lans voor breken, want daar zijn wij, Vlamingen, in vergelijking met andere sectoren en landen veel te weinig mee begaan”.

ACCREDITING

Ook Europa zit niet stil om innovatie te promoten. Als men erin slaagt om rond innovatieve resultaten of ideeën met ten minste drie partners samen te werken, dan liggen interessante Europese financieringsmiddelen binnen bereik. Vanackere wil dat in de sector promoten. Dat veronderstelt echter kwaliteitsstandaarden waarmee men kan vergelijken.

Accreditering is daarvoor het geijkte instrument vindt Vanackere: “Kwaliteitscontrole, aangedreven door interne dialoog en peering met als hoofddoel kwaliteit op te sporen en waar nodig bij te sturen. Binnen de gezondheids- en de welzijnssector zou de invoering van accreditering een echte innovatie betekenen en leiden tot een grote verbetering van interne processen waar alle betrokken actoren baat bij hebben. Dat is iets wat ik de komende achttien maanden bovenaan mijn agenda heb staan”.



“Het verbeteren van het maatschappelijk welzijn en de levenskwaliteit van de mensen zijn complementair aan de economische meerwaarde van technologische innovatie”.

Haast elke dag melden de media wel een of andere doorbraak in het medisch onderzoek. Maar welke weerslag hebben medische ontwikkelingen op het leven van een patiënt, de werking van een ziekenhuis, de thuiszorg? De nakende introductie van het Elektronisch Medisch Dossier zal een revolutie teweeg brengen in de organisatie van de gezondheidszorg. Dat staat vast. Innovatie heeft dus duidelijk ook een niet-technologische zijde. Innovatie moet je dus ook bekijken vanuit het standpunt van het verbeteren van het individuele welzijn van de burger. Die interactie tussen de economische meerwaarde van technologische innovatie en het maatschappelijk belang van het individueel welzijn wil Patricia Ceysens in haar beleid centraal stellen. Drie punten staan op haar agenda voor 2008.

TRANSLATIONEEL ONDERZOEK

Een onderzoeksdomein waar deze visie een concrete toepassing vindt is het Translationeel Onderzoek (TO). Ceysens: “Men stelt vast dat het vertalen van academische knowhow in praktische toepassingen voor de patiënt op zijn beurt aanleiding geeft tot heel wat bijkomende en onverwachte onderzoeksvragen uitgaande van de patiënt. Deze wisselwerking tussen ‘bench and bedside’ is het terrein van TO. Een breed onderzoeksdomein met een enorm potentieel dat betrekking heeft op aspecten als fiscaliteit, tewerkstelling, scholing, het loonbeleid en innovatie. De maatschappelijke en economische meerwaarde van TO is voor iedereen duidelijk en de vraag naar concrete initiatieven is dan ook evident”.

Ceysens heeft aan de VRWB gevraagd om de financieringsinstrumenten in kaart te brengen die voor TO in aanmerking komen en welke obstakels in de huidige kanalen financiering van TO beletten. Ceysens: “Op basis daarvan kan de Raad aanbevelingen formuleren om bestaande financieringskanalen bij te sturen of nieuwe in het leven te roepen, zodat we klaar staan om een concreet initiatief te nemen als de tijd rijp is”.

AMBIENT ASSISTED LIVING

Een tweede belangrijk terrein is het onderzoek naar toepassingen voor het thuis verzorgen van zorgbehoeftige ouderen. Daarvoor plant de Europese Commissie in 2008 het onderzoeksprogramma Ambient Assisted Living (AAL). Een programma gefinancierd

via ‘matching funds’. Voor elke euro van een geïnteresseerde lidstaat past de Europese Commissie er een tweede bij. Vlaanderen heeft een principiële toezegging gedaan om jaarlijks een tot anderhalf miljoen ter beschikking te stellen. Eens de bevoegdheden van het beheersorgaan AAL-Association, dat instaat voor het publiceren en opvolgen van de oproepen en de evaluatie en selectie van de ingediende projecten, vastliggen kan het programma van start gaan.

INDICATOREN

Een derde punt op de agenda is het opstellen van een set van indicatoren om innovatie in de dienstensector en dus ook in de gezondheidszorg te meten. Dat gebeurt momenteel niet. Methodologisch een zeer moeilijke oefening, maar Ceysens wil er werk van maken. Daarom wil ze in 2008 samen met Steven Vanackere nadenken over het uitwerken van een set van indicatoren voor de gezondheidszorg. “Op die manier zouden we een veel duidelijker beeld krijgen van de evolutie op het vlak van innovatie in de gezondheidszorg en dus bijsturen wanneer nodig”, aldus Ceysens.



Succesvolle innovatie in de gezondheids- en welzijnszorg: evenwichtsoefening tussen technologieaanbod en noden van de patiënt.



Eigenlijk is het heel eenvoudig, zei moderator Guy Tegenbos en hij verwees naar de toespraak van Liselotte Højgaard (zie interview in dit nummer): “Het uitgangspunt van dit colloquium is dat we moeten investeren in onderzoek voor de gezondheids- en welzijnszorg. In de eerste plaats omdat er nog zoveel vooruitgang wenselijk, nodig en mogelijk is. Ten tweede omdat er door de vergrijzing in de nabije toekomst niet genoeg personeel zal zijn om de zorgverlening die we wensen te garanderen en dus de technologie een handje moet toesteken. En ten derde, door doelgericht te investeren in innovatie in de gezondheids- en welzijnssector kan Vlaanderen zich binnen de globale kenniseconomie positioneren als een koploper. Die technologie kunnen we dan verzilveren en dat maakt de gezondheidszorg betaalbaarder”.

“Maar hoe moeten we dat doen?”, vroeg Guy Tegenbos aan de drie partijen die rechtstreeks betrokken zijn in het hele debat over innovatie in gezondheids- en welzijnszorg: de technologieaanbieders, de gebruikers en de overheid. Wil het invoeren van innovatie in gezondheids- en welzijnszorg succesvol zijn, dan moeten we in de eerste plaats naar elkaar luisteren.

INVESTEREN IN MEDISCH ONDERZOEK

Professor Liselotte Højgaard stelt dat Europa dubbel zoveel moet investeren in medisch onderzoek als vandaag om op internationaal vlak mee te kunnen. Ook Vlaanderen zal aan die Europese oproep niet ontsnappen.

Wim Coumans vindt dat Vlaanderen inderdaad meer moet investeren in fundamenteel medisch onderzoek. “Maar dat vergt internationale samenwerking. Daarnaast moeten we ook investeren in toegepast

wetenschappelijk onderzoek met het oog op de valorisatie in de context van de internationale concurrentie. En tot slot moeten we ook investeren in efficiënte zorg. We moeten de mogelijkheden ernstig nemen om arbeid voor een stuk te vervangen door technologie. Maar we moeten er ons ook van bewust zijn dat daardoor spanningen kunnen ontstaan op het vlak van de gebruiksvriendelijkheid en de klanttevredenheid. Want de anonimisering van de zorg vandaag leidt vaak tot vereenzaming van patiënten. Die menselijke toets door technologie vervangen, dat zie ik niet zo zitten”.

Olivier Remy beaamt. “Zorg zal hoe dan ook door mensen blijven gebeuren, door allerlei zorgverstrekkers, verpleegkundigen, verzorgenden, maar ook door telefoonbedienden in een alarmcentrale. Technologie is belangrijk om toekomstige uitdagingen op te vangen. Maar we moeten ons ook geen illusies maken: investeren in mensen om de vergrijzing op te vangen moet er in ieder geval gebeuren. Technologie zal dat nooit volledig kunnen invullen”.

De stelling van Koen Verlaeck is dat de Vlaamse overheid onderzoek maximaal wil faciliteren en excellentie maximale kansen geven. “Biomedisch onderzoek is goed voor ongeveer 40% van het budget dat door het FWO verdeeld wordt. Meer investeren betekent dat er misschien andere bronnen zijn die we moeten aanboren”, zegt hij. Verlaeck denkt concreet aan het mecenaat en verwijst naar de Wellcome Trust in het Verenigd Koninkrijk. Mecenaat is in België onontgonnen terrein omwille van de gebrekkige federale fiscale wetgeving. “Daar zouden we echt werk van moeten maken. Kijk naar de Vlaamse Kankerliga. Die slaagde er recent in om in korte tijd een fonds op te bouwen van zo'n drie miljoen euro voor kankeronderzoek. Het kan dus wel”.





AANBODGESTUURDE TECHNOLOGIE

De drijfveer achter innovatie is resultaten boeken. Het is de missie van bedrijven en onderzoekscentra om nieuwe technologieën te ontwikkelen en op de markt te brengen. In de gezondheidssector is dat niet anders.

“Vlaanderen heeft een sterke concentratie van uitmuntende academische onderzoekscentra, een gezondheidszorg van wereldklasse die voor iedereen toegankelijk is en een goed aantal farmaceutische bedrijven”, onderstreept Stef Heylen. “Die drie factoren samen kunnen zorgen dat Vlaanderen zeker op het vlak van innovatie, vooral rond translationeel onderzoek, een leidende rol kan spelen, ondanks onze beperkte schaalgrootte. Maar, willen we echt vooruitgang boeken, dan moeten we beter samenwerken. Een uitgelezen instrument daarvoor zijn de ‘centers of excellence’ waar partners kunnen samenwerken rond goed gedefinieerde doelstellingen, bijvoorbeeld rond medische toepassingen van micro-elektronica of nanotechnologie of rond een meer curatieve aanpak van ziektebeelden”.

“Wij kijken naar wat de patiënt vraagt en hoe wij hem kunnen verder helpen via technologie”, voegt Bert Gyselinckx eraan toe. “Dat is een continue zoektocht. Bijvoorbeeld hoe kunnen wij gebruiksvriendelijke monitoringtoepassingen ontwikkelen voor patiënten en zorgverstrekkers. Maar dat heb je niet altijd in de hand, want onderzoek gebeurt en groeit in het laboratorium en vaak resulteert dat in dingen waarvan we in het begin geen enkel vermoeden hadden. We moeten ook keuzes maken. In welke domeinen willen we investeren? In robots zoals in Japan? In systemen om mensen de trap op te helpen of zich te verplaatsen? In geneesmiddelen voor hersenaandoeningen of bepaalde genetische afwijkingen? In ziekten van het centraal zenuwstelsel? We moeten een keuze maken tussen enerzijds producten en systemen die we willen ontwikkelen en waarmee we kunnen excelleren in het kader van publiek-private samenwerking en anderzijds zaken waarin we niet willen investeren en die we dus gewoon aankopen”.

STURING VANUIT DE VRAAG

Producten of innovaties aangeboden door grote onderzoeksinstellingen of farmaceutische groepen lenigen dus lang niet alle noden van patiënten. Heeft de overheid hierin dan geen sturende rol te vervullen?

Ilse Weeghmans vindt van wel. “Innovatie moet leiden tot kwaliteitsverbetering. Daarin moet de patiënt centraal staan. In de gezondheids- en welzijnssector zijn

veel nieuwe technologieën in opmars. Ik stel vast dat dat nog steeds hoofdzakelijk aanbodgestuurd gebeurt en nog veel te weinig vraaggestuurd, laat staan behoeftegestuurd. Maar het gaat niet alleen om spits technologische producten, maar ook om het ontwikkelen van geneesmiddelen, behandelingen, e-healthtoepassingen, processen. Er zijn al veelbelovende initiatieven, bijvoorbeeld in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg, waar men kijkt naar wat een patiënt in de thuissituatie echt nodig heeft. Ik denk ook aan het concept van de ‘klinische paden’, een enorm goed instrument waar ook de eerste lijn bij betrokken is. Dat moet verder aangemoedigd worden. De overheid moet de voorwaarden scheppen zodat patiënten en zorgverstrekkers mee op de kar kunnen springen van die nieuwe innovatieve processen. Een domein waar nog enorm veel werk aan de winkel is zijn de zogenoemde weesgeneesmiddelen. Dat zijn behandelingen voor heel beperkte aantallen chronische patiënten met zeldzame ziekten op wie geen grootschalige tests kunnen worden uitgevoerd en waar de return on investment totaal niet gegarandeerd is. Daar is het noodzakelijk dat onderzoekscentra, industriële partners en alle actoren binnen de gezondheidszorg samen met de overheid de handen in mekaar slaan om een sturend beleid uit de grond te stampen. Zo'n beleid uitwerken hoeft echt niet zoveel geld te kosten, maar is wel heel belangrijk voor patiënten die dit echt nodig hebben”.

“De ruimte voor vraagsturing moeten we vooral zoeken in processen die technologie gebruiken om op een efficiënte, veilige en klantvriendelijke manier te communiceren met een brede waaier van betrokken actoren”, vindt Wim Coumans. “Dat moet gebeuren op basis van overleg en via onderzoeksprogramma's die van een andere aard zijn dan het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Ik denk heel concreet aan het ‘welzijnsinformatiesysteem’ voor geïnformateerde uitwisseling van basisgegevens tijdens de verschillende fazen van het zorgtraject en aan een zestal lopende projecten gericht op het gebruik van GPS-technologie om matig dementerenden de mogelijkheid te bieden om toch thuis te kunnen blijven. Dat is echte sturing vanuit de noden en behoeften van de patiënt. Daarmee tonen we aan dat er wel degelijk nieuwe ontwikkelingen mogelijk zijn eens de kinderziekten overwonnen zijn. Als zo'n projecten lukken, dan kunnen we meer mensen bedienen binnen dezelfde budgettaire ruimte, zeker kwetsbare groepen die nu minder of geen zorg krijgen, terwijl ze er wel behoefte aan hebben”.

Bart Sijnave haalt het voorbeeld aan van een pas gestart pilootproject waarbij de vier grote ziekenhuizen en in het Gentse samenwerken met thuiszorgorganisaties,





PANELLEDEN

- **v.l.n.r.:** *Koen Verlaeckt* (adjunct-kabinetschef van minister Patricia Ceysens), *Wim Coumans* (kabinetschef van minister Steven Vanackere), *Olivier Remy* (secretaris LBC-NVK, rusthuissector), *Ilse Weeghmans* (coördinator Vlaams Patiëntenplatform), *Bart Sijnave* (ICT-manager van het UZ Gent), *Bert Gyselinckx* (programmamanager van het Human++ programma binnen IMEC) en *Stef Heylen* (chief medical officer voor Johnson&Johnson Pharmaceutical R&D, Research and Early Development, Europa).

artsen, specialisten en waarbij de patiënt centraal staat. Via een terminal thuis kan de patiënt zelf afspraken maken, online betalingen doen, vragen stellen, medische basisgegevens invoeren of de alarmknop indrukken. Hij kan zelfs beslissen aan wie hij de toelating geeft om zijn dossier geheel of gedeeltelijk in te zien. Probleem is dat de regelgeving nog niet op punt staat. Als er met name iets fout loopt, wie is dan verantwoordelijk, de patiënt die verkeerde informatie doorgeeft, de zorgverstreker of de technologieaanbieder?”

Een domein waar die confrontatie tussen aanbod en vraag centraal staat is het translationeel onderzoek. Voor Koen Verlaeckt is translationeel onderzoek een van de grote uitdagingen voor de toekomst. “Daar treffen vraag en aanbod mekaar en kunnen nieuwe ideeën gegenereerd worden. De meer theoretische kennis uit de onderzoekswereld wordt geconfronteerd met de typische gebruikersomgeving van de patiënt. De resultaten van die confrontatie worden dan teruggekoppeld naar het onderzoek. Translationeel onderzoek staat in Vlaanderen nog in de kinderschoenen. Minister Patricia Ceysens heeft de VRWB de opdracht gegeven om dat conceptuele kader verder uit te werken”.

Stef Heylen ziet hier interessante mogelijkheden. “Een van de doelstellingen van translationeel onderzoek is niet alleen de oorzaken te ontrafelen van ziektebeelden, maar ook om bijvoorbeeld biomerkers te ontwikkelen om te kijken hoe een patiënt reageert op een therapie. Op die manier kunnen we heel doelgerichte behandelingen afstemmen op de concrete noden van de patiënt. Nu worden allerlei behandelingsmethodologieën in het wilde weg gebruikt omdat we niet voldoende inzicht hebben in het reactiepatroon van een patiënt op toegediende geneesmiddelen”.

VALKUILEN

Invoering van technologie in de gezondheidszorg is lovenswaardig, maar kan ook valkuilen creëren. Hoogtechnologische apparaten of processen genereren allerlei nieuwe taken waar de betrokken actoren weliswaar voordeel bij hebben, maar ten koste van wat?



“Bij de invoering van IT-technologie moeten we rekening houden met de 20/80-regel” zegt Bart Sijnave. “20% is het aandeel van de technologie en 80% gaat naar alles wat daarrond hangt: nadenken over het nieuwe proces alvorens het te implementeren, sensibiliseren, opleidingen organiseren. Als men niet nadenkt over het ganse zorgtraject en over wat het teweeg brengt in de praktijk, op de werkvloer, dan vraagt men om problemen. In tegenstelling tot vroeger moeten zorgverstrekkers gegevens meer en meer digitaal invoeren. Dat zorgt voor een verschuiving in de werklust. Daar moet men over nadenken”.

Stef Heylen is het daarmee eens, maar is optimistisch. “Ik zie ook hier mogelijkheden tot convergentie”, beweert hij. “Neem het Elektronisch Medisch Dossier. Als dat goed opgesteld is, zorgt dat voor een betere zorg van de patiënt. Zorgtrajecten kunnen beter op elkaar worden afgestemd, mogelijke fouten bij registratie of toediening van geneesmiddelen worden vermeden, de kwaliteit van de zorg en de communicatie binnen de zorgteams verbeteren. Dit soort informatie kan de industrie gebruiken om nieuwe behandelingsmodaliteiten uit te werken”.

Een andere valkuil van nieuwe technologieën is de toegankelijkheid. Ilse Weeghmans onderscheidt een aantal facetten. In de eerste plaats zijn er de mensen die met nieuwe technologieën moeten leren omgaan. Daarnaast zijn er mensen die niet in staat zijn om een oordeel te vellen over het voorgeschotelde technologieaanbod. Maar minstens even belangrijk vindt zij de financiële toegankelijkheid. “Wij pleiten ervoor om nieuwe behandelingen en geneesmiddelen zoveel mogelijk op te nemen in de verplichte ziekteverzekering”, stelt ze. “Iedereen moet toegang krijgen tot nieuwe medische en zorgtechnologie en de overheid heeft de taak om daarvoor de nodige ondersteuning te geven”.

Ook Olivier Remy vindt dat de overheid de middelen moet voorzien om die toegankelijkheid te garanderen. Als dat, rekening houdend met de uitdagingen waar onze maatschappij voor staat, niet kan, dan rijzen er grote problemen, aldus Remy. “Innovatie heeft hoe dan ook een effect op de werkvloer. Personeel moet opgeleid worden, niet alleen in nieuwe techno-

logieën, maar ook in nieuwe processen en werkmethoden, zeker in het zorgtraject vanaf de thuiszorg via het ziekenhuis naar rusthuis of psychiatrie. Als je dat op grote schaal wil organiseren, moet dat ook goed gebeuren”.

Wim Coumans waarschuwt echter om alles in de schoenen van de overheid te schuiven. “De basis van kwaliteitsbescherming”, zo stelt hij, “is de technologie- en zorgaanbieders te confronteren met vragen die hen doen nadenken over waar ze mee bezig zijn. Dat is veel meer dan een set van gedetailleerde regelingen die door een inspecteur afgepunt worden. We moeten dat doen door de basisspelers in het veld, zowel de technologieaanbieders als de zorgaanbieders, te responsabiliseren en informeren, ondersteunen en sturen waar nodig”.



De Vlaamse Raad voor Wetenschapsbeleid (VRWB), opgericht bij decreet van 15 december 1993, is het adviesorgaan voor de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement inzake elke aangelegenheid betreffende het wetenschaps- en technologiebeleid. De VRWB is een uniek forum waar vooraanstaande actoren uit de academische en sociaal-economische wereld zich beraden over de algemene krachtlijnen van het te voeren wetenschaps- en technologiebeleid in Vlaanderen.

De VRWB is samengesteld uit een voorzitter en zestien leden, allen benoemd op grond van hun deskundigheid en/of betrokkenheid bij het wetenschaps- en technologiebeleid in Vlaanderen. Zes van deze leden worden voorgedragen door de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR), drie door respectievelijk de werkgevers- en werknemersorganisaties vertegenwoordigd in de SERV en vier leden worden rechtstreeks benoemd door de Vlaamse regering. Vijf hoge ambtenaren uit de Vlaamse administratie nemen met raadgevende stem deel aan de vergaderingen.



Vlaamse Raad voor Wetenschapsbeleid
Ellipsgebouw
Koning Albert II-laan, 35, bus 13
B-1030 Brussel
Tel. +32(0)2 553 45 20 • Fax +32(0)2 553 45 23
e-mail: vrwb@vlaanderen.be
website: www.vrwb.be