

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

ACTIVITEITENRAPPORT VAN DE COLLEGES VAN GENEESHEREN

2002-2003



Inleiding

De Colleges van geneesheren werden in 1999 bij Koninklijk Besluit opgericht, als een van de toepassingsmodaliteiten van art. 15 van de wet op de ziekenhuizen, betreffende de kwaliteit van de zorg.

Dit rapport heeft tot doel verslag uit te brengen over hun activiteiten tijdens de periode 2002-2003. De coördinatie van de redactie gebeurde door de Dienst Algemene ziekenhuizen en kwaliteit van de zorg binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Dit document is als volgt samengesteld:

- Hoofdstuk 1: stelt de gemeenschappelijke algemene aspecten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren voor, een synthese van hun voornaamste activiteiten tijdens de beschouwde periode, en een SWOT-analyse voor elk College;
- Hoofdstuk 2: beschrijft de uitdagingen waarmee de verschillende ziekenhuisactiviteiten waarvoor de Colleges bevoegd zijn, geconfronteerd zijn, met een SWOT-analyse voor elke activiteitensector;
- Hoofdstuk 3: uittreksels uit de activiteitenrapporten van de Colleges;
- Hoofdstuk 4: financiële balans;
- Hoofdstuk 5: wettelijk kader.

Laten wij als algemene inleiding tot de problematiek van de Colleges van geneesheren herinneren aan de SWOT-tabel (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) die terzake werd opgemaakt naar aanleiding van het symposium “Kwaliteit van de zorg” van de ISQUA (Parijs, november 2002) :

SWOT kwaliteit

Strengths	Opportunities
<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitscultuur in opmars <ul style="list-style-type: none"> - responsabilisering - inter- en multidisciplinariteit - toenemende productie <ul style="list-style-type: none"> - eigen databanken - benchmark, win win 	<ul style="list-style-type: none"> - verbetering van de kwaliteit <ul style="list-style-type: none"> - EBM, accreditering - internationale vergelijkingen - nieuwe technologieën <ul style="list-style-type: none"> - zorgtrajecten
Weaknesses	Threats
<ul style="list-style-type: none"> - investering tijd, kosten - blijvend isolement <ul style="list-style-type: none"> - kritische massa niet bereikt - weinig betrokkenheid van de beheerders - zichtbaarheid van de activiteit en de resultaten ? 	<ul style="list-style-type: none"> - continuïteit : moeheid - budgettaire beperkingen - « geheime » agenda ? <ul style="list-style-type: none"> - van de beroepsbeoefenaars - van de beleidsmakers - van andere partners

**Colleges van geneesheren: vooruitzichten en
uitdagingen 2003-2004**

Colleges van geneesheren : vooruitzichten en uitdagingen 2003-2004

De Colleges van geneesheren werden in 1999 in 9 domeinen van de ziekenhuisactiviteit opgericht met als doel de kwaliteit te bevorderen in hun respectieve specialismen (cf. KB van 15/2/99):

- het in consensus opstellen van kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria inzake goede medische praktijkvoering;
- het uitwerken van een geïnformatiseerd registratiemodel en een typerapport;
- het eventueel afleggen van visitaties en het uitvoeren van controles van de geregistreerde gegevens;
- het opstellen van een nationaal jaarrapport ter attentie van de overkoepelende werkgroep van de overlegstructuur;
- het terugkoppelen van de gegevens naar de betrokken ziekenhuizen en geneesheren.

De benoeming van de leden van de Colleges was in het algemeen gebaseerd op het advies van de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van de betrokken disciplines. Dit legitimeerde de Colleges in principe zowel op wetenschappelijk als op corporatistisch vlak en stelde ze beter in staat om een tussenschakel te zijn tussen de overheid en het werkveld. Sommige Colleges van geneesheren werden aangevuld met werkgroepen, die meer specifiek gericht zijn op paramedische activiteiten: dat is het geval voor de Franstalige en Nederlandstalige verpleegkundigen in de nefrologie, en voor de fysici in de radiotherapie.

In verschillende van de betrokken domeinen was de oprichting van het College van geneesheren reeds voorafgegaan door een activiteit van gegevensinzameling en een aanzet tot evaluatie van de activiteit van de sector. Dit gebeurde vanuit een commissie of een *peer review*-groep, ontstaan uit een wetenschappelijke vereniging of beroepsvereniging. Reeds bij hun installatie werd de Colleges op soepele wijze een methodologische oriëntering voorgesteld. Deze is gebaseerd op de kwaliteitscyclus « Plan-Do-Check-Act », gekoppeld aan een systematische gegevensinzameling om alle fases van de kwaliteitscyclus te doorlopen.

Die fases werden grosso modo volgens een zelfde stramien door alle Colleges doorlopen, overeenkomstig de hen toevertrouwde opdrachten, met meer of minder accent op deze of gene opdracht naargelang van de gevoeligheden en de omstandigheden:

- vaststellen van een werkwijze (met goedkeuring van een huishoudelijk reglement);
- bepalen van een strategie en keuze van een of meer werkthema's;
- bepalen van kwaliteitsindicatoren gebaseerd op de middelen, de processen of de resultaten van de activiteit in de ziekenhuizen;
- verstrekken van feedback, eventueel met aanbevelingen of guidelines voor het werkveld;

- bevorderen van continue kwaliteitsverbetering, beheer van de veranderingen die optreden in de opvang van patiënten;
- mededelen van conclusies aan de Multipartite-structuur met het oog op de verbetering van het gezondheidsbeleid.

Doorheen deze fases en gelet op de hen toevertrouwde opdrachten vervullen de Colleges van geneesheren in het gezondheidssysteem een tweeledige rol: enerzijds het expliciteren van de kwaliteit zowel ten aanzien van de beroepsbeoefenaars als de andere betrokken gesprekspartners (publiek, overheid, economische partners); anderzijds de bilaterale uitwisseling van informatie over de praktijken tussen de overheid en de ziekenhuizen, wat de verzuchtingen en de prioriteiten van beiden betreft. Verzuchtingen en prioriteiten die deel uitmaken van de uitdagingen waarmee elk College geconfronteerd wordt, en dit inzake statuut, wetenschappelijke eisen die moeten worden verdedigd, de op het spel zijnde corporatistische belangen die moeten worden getoetst aan het algemeen belang, dat op zijn beurt rekening houdt met bezorgdheden inzake ethiek en volksgezondheid, en de economische implicaties ervan. De Colleges moeten een visie en een knowhow ontwikkelen om de volgende drie functies te vervullen: ten eerste die van morele autoriteit aangezien ze worden geacht een door hun *peers* erkend reflectieforum te zijn; ten tweede die van opiniemaker aangezien ze uitstekend geplaatst zijn om informatie te verspreiden in de sector die hen aanbelangt; en tenslotte die van tussenschakel voor de doorstroming van informatie, onder meer tussen de overheden van volksgezondheid en het doelpubliek en dit dankzij hun institutionele positie. Om deze drieledige functie te bevestigen, moeten de Colleges de nodige legitimiteit en erkenning genieten ten aanzien van de verschillende instanties van wie ze partner zijn. Ze moeten er ook naar streven hun zichtbaarheid ten aanzien van de beroepsbeoefenaars, zeker binnen hun eigen discipline, te verbeteren, en ten aanzien van andere disciplines die betrokken zijn bij de behandelde thema's en probleemstellingen.

U vindt voorbeelden van de activiteit van de Colleges op het volgende adres:
www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm, rubriek « feedback (Federale initiatieven « kwaliteit » in de Belgische ziekenhuizen) ».

SWOT Colleges van geneesheren

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- noodzaak de kwaliteit in een gestructureerd kader te expliciteren- steun van de overheid- autonomie inzake informatiebeheer- specifiek kenniscentrum voor de discipline- morele autoriteit	<ul style="list-style-type: none">- veelvuldigheid van de beslissingsniveaus- moeilijkheden om het wettelijk kader te bepalen- onvoldoende besef van de opportuniteit en het nut- moeilijkheden om de activiteit te financieren- wisselende motivatie
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- potentiële legitimiteit- opiniemaker- tussenschakel	<ul style="list-style-type: none">- concurrentie van andere instanties- burn-out- financiering- meningsverschil overheid - College- risico dat de overheid afhaakt als de resultaten niet relevant zijn

Resultaten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren en gekozen thema's
(synopsis)

College Radiotherapie

Activiteiten

- inventaris van de centra
- evaluatie van het voorschrijfgedrag
- evaluatie van het proces: mechanische en dosimetrische controles (werkgroep fysici)
- enquêtes via vragenlijsten : goedaardige tumoren, endometriumkanker, prostaatkanker, brachytherapie, hersentumoren, rectale tumoren
- minimale gegevens van het dossier radiotherapie
- geriatrische oncologie
- herziening van de nomenclatuur

SWOT van het College radiotherapie

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- positieve ervaring peer review- legitimiteit- uitgebreide waaier aan praktijken- multidisciplinariteit- aanpak kwaliteitscontrole fysici	<ul style="list-style-type: none">- in dit stadium meer beschrijvende dan evaluatieve aanpak- beperkt personeel voor het verrichten van de werkzaamheden van het College
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- nieuw statuut oncologische geneeskunde- College oncologie	<ul style="list-style-type: none">- vermoedelijke toename van de vraag- mogelijke spanningen met andere oncologische specialismen- relaties met specialisten nucleaire geneeskunde moeten worden verduidelijkt

Conclusie

Zoals we kunnen zien, vorderen de Colleges in een verschillend tempo; de lessen die uit de analyses van de verzamelde gegevens kunnen worden getrokken, variëren. Zo heeft het College Radiotherapie heel wat werk verricht, maar de verkregen informatie levert beschrijvende aanwijzingen op in plaats van boordtabellen voor follow-up en kwaliteitsverbetering. Het College Reproductieve Geneeskunde daarentegen richt zich op een gevoelig thema om er een kwaliteitsvolle indicator en doelstelling van te maken. Uitgaand van een register dat thans *online* beschikbaar is, definieert het College Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie indicatoren die deel kunnen uitmaken van een boordtabel. Het College heeft evenwel nog geen methode ontwikkeld om de centra, waarvan de resultaten afwijken van het gemiddelde, aan te spreken. In het algemeen is de invloed van de Colleges op de kwaliteit van de praktijken nog beperkt, maar het gaat nog om een recent experiment en voor veel beroepsbeoefenaars komt het erop aan al doende te leren.

Bovendien moet hieraan worden toegevoegd dat de Colleges, boven op de klassieke groeipijnen, vooral in de loop van 2003 administratieve moeilijkheden hebben gekend i.v.m. de hervorming van de Multipartite-structuur, de traagheid waarmee de vernieuwing van de Colleges officieel werd bekrachtigd en de modaliteiten van hun financiering, waarvoor nog een bevredigende structurele oplossing moet worden gevonden.

Niettegenstaande de grote verscheidenheid kunnen er toch enkele conclusies worden getrokken:

- een reeds bestaande traditie van gegevensregistratie is een troef (cf. Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie);
- disciplines met een klein aantal actoren die zich over een welomschreven problematiek buigen maken sneller vorderingen (cf. reproductieve geneeskunde, intensieve neonatologie... *a contrario* : cardiale pathologie, NMR);
- het is noodzakelijk dat het College voldoende legitimiteit heeft binnen het beroep;
- er is methodologische begeleiding nodig voor de vervulling van de opdracht van de Colleges. De actoren op het terrein zijn geneigd om epidemiologische databanken aan te maken die weliswaar interessant zijn op wetenschappelijk vlak, maar moeilijk te analyseren en te gebruiken zijn als indicatoren in het kader van kwaliteitsgarantie; er is begeleiding nodig om ze ertoe aan te zetten databanken aan te maken die minder exhaustief en operationeler zijn vanuit het perspectief kwaliteit;
- zonder specifiek hiervoor aangesteld personeel kan er geen verzameling van betrouwbare gegevens gebeuren: permanentie is onontbeerlijk;
- in het verlengde van het voorgaande moeten de Colleges kunnen rekenen op continuïteit m.b.t. de financiering van de activiteiten die uit hun opdracht voortvloeien;
- een daadwerkelijke erkenning van de Colleges als gesprekspartner door de overheid is onontbeerlijk om de motivatie van hun leden aan te wakkeren en in stand te houden.

In de toekomst zouden minstens twee activiteitsdomeinen moeten worden ontwikkeld die totnogtoe slechts weinig bestudeerd zijn.

Enerzijds moeten er vorderingen worden gemaakt op het niveau van het onderzoek en de definitie van aanbevelingen m.b.t. goede praktijkvoering (*guidelines*), ofwel op basis van de literatuur ofwel vanuit ervaring op het terrein. Vervolgens moeten die aanbevelingen worden verspreid, indicatoren moeten worden uitgewerkt om de acceptatie en de naleving van de *guidelines* na te gaan, ook moeten er verklaringen worden gezocht voor eventueel vastgestelde tekortkomingen. Voor die activiteit in het bijzonder zou er een samenwerkingsverband met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg moeten worden opgezet.

Anderzijds zou de activiteit moeten evolueren naar het uitwerken van een methodologie die systematisch dichter staat bij het “kwaliteitscyclus”-model PDCA, vooral voor wat de vierde fase (Act) betreft, namelijk de invoering van correctiemechanismen die nodig blijken uit de metingen (Check). Dit impliceert dat er indicatoren moeten worden ingevoerd voor constante follow-up die samen een “boordtabel” vormen. Om dat te bereiken, is het belangrijk de juiste werkthema’s te kiezen. De thema’s moeten betrekking hebben op erkende, pertinente en gevoelige problemen. Het gaat in casu niet om een eis tot theoretische orthodoxie, maar om een terugkerende vaststelling: een “kwaliteitsgerichte” werking is geen keukenrecept, maar een ingesteldheid.

Er lopen verschillende projecten die zich in een min of meer gevorderd stadium bevinden: de herstructurering van het College Cardiale Pathologie, de oprichting van een College Intensieve Kraamzorg dat gekoppeld is aan het College Neonatalogie, de stichting van een College Oncologie, de opname van het College Nucleaire Magnetische Resonantie in een groter College Medische Beeldvorming, de oprichting van een College van Hoofdgeneesheren.

Die perspectieven tonen duidelijk de interesse voor het model alsook de tendens naar meer multidisciplinariteit. Die tendens steunt op de overtuiging dat om de kwaliteit structureel te bevorderen, het belangrijk is de contacten te verruimen en de communicatie te verbeteren, met name tussen actoren die met dezelfde problemen worden geconfronteerd, maar waarbij de eigenheid van elk van die problemen een verschillende benaderingswijze vergt. De tendens is tevens een van de uitingen van een basisaxioma: de Colleges zijn er om de kwaliteit van de zorg te evalueren en te bevorderen binnen hun specifieke werkterreinen. Ze leggen zich toe op de procedures en de resultaten, maar houden zich in geen enkel opzicht bezig met de beoordeling van de individuele deskundigheid van de beroepsbeoefenaars die binnen die structuren werkzaam zijn.

De fundamentele uitdaging voor het expliciteren, evalueren en bevorderen van de kwaliteit van de zorg is dat de gezondheidszorgbeoefenaars hun specifieke rol en verantwoordelijkheid op zich nemen en een correct gebruik maken van de beschikbare middelen: efficiënt, relevant en in verhouding tot de noden.

Ze hebben als taak de variaties in praktijkvoering te bekijken, zowel wat het proces als wat de resultaten betreft, de oorzaken ervan beoordelen en verklaren en die variaties beperken met het oog op een optimaal gebruik van de middelen waar mogelijk door lessen te trekken uit de beste resultaten (i.p.v. te focussen op de minder goede).

De bestaande en toekomstige Colleges kunnen hierbij een beslissende rol spelen, gezien de uitdagingen die de gezondheidseconomie te wachten staan, onder meer de onvermijdelijke wijzigingen die zullen moeten worden doorgevoerd m.b.t. de financieringsregeling voor de ziekenhuisactiviteit.

Uitdagingen in de verschillende disciplines

Uitdagingen in de radiotherapie

1. Inleiding

De behandeling van een kankerpatiënt vereist een multidisciplinaire aanpak waaronder radiotherapie. Er bestaan verschillende soorten radiotherapie: externe radiotherapie, brachytherapie, ioniserende moleculen. De chronologische volgorde van de behandelingen of de combinatie ervan verschilt onder andere naar gelang van het aangetaste orgaan, het klinische stadium en de leeftijd van de patiënt: alleen radiotherapie, adjuvante radiotherapie of neo-adjuvante radiotherapie, radiochemotherapie, enz.. Radiotherapie vereist de nodige infrastructuur en zware apparatuur. Van de 120 acute ziekenhuizen die kankerpatiënten behandelen, beschikken er 26 (22 %) over een erkende dienst radiotherapie. De radiotherapie wordt uitgevoerd door een team dat is samengesteld uit radiotherapeuten-oncologen, gespecialiseerde verpleegkundigen, technici, fysici.

Hoewel de meerderheid van de patiënten kanker heeft, worden enkele goedaardige ziekten ook met radiotherapie behandeld (bvb. keloiden of heterotope botverkalking).

2. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak

- stijgende vraag
- multidisciplinair team
- beperkt aantal radiotherapeuten

Het aantal patiënten dat radiotherapie moet ondergaan en de nieuwe indicaties voor radiotherapie leiden ertoe dat men steeds vaker een beroep op die discipline zal doen. De belangrijkste risicofactor voor kanker is de leeftijd. De gemiddelde leeftijd van een patiënt die de diagnose van primaire kanker te horen krijgt, is 66,8 jaar (mannen) en 64,2 jaar (vrouwen). Verbeterde hygiënische omstandigheden en antibioticabehandelingen hebben de infectieuze morbiditeit en mortaliteit drastisch naar omlaag gehaald. Die 2 factoren, namelijk vergrijzing van de bevolking en daling van de infectieuze mortaliteit leiden onder andere tot een stijging van het aantal kankerpatiënten.

Uit klinisch onderzoek blijkt dat bepaalde nieuwe behandelingen (brachytherapie) of combinaties van behandelingen (adjuvante of neo-adjuvante radiotherapie) efficiënter geworden zijn. Het toepassingsgebied van de radiotherapie wordt hierdoor verruimd.

Radiotherapie wordt enkel in het ziekenhuis gegeven omdat het zware apparatuur vereist. Elke behandeling gaat gepaard met technische handelingen: simulatie, dosimetrie, ijking van de apparatuur. Het radiotherapieteam is voor alles een multidisciplinair team: radiotherapeut-oncoloog, gespecialiseerde verpleegkundige, technicus, fysicus en psychosociaal team.

Een multidisciplinaire aanpak is vooral noodzakelijk bij de behandeling van kanker : voorafgaandelijk overleg met de andere betrokken specialisten is aangewezen alvorens een behandeling op te starten. Het zorgprogramma oncologie maakt het definiëren van optimale zorgtrajecten noodzakelijk.

Het beperkte aantal radiotherapeuten en het beperkte aantal jonge artsen dat tot het specialisme wordt toegelaten, zouden in de toekomst voor problemen kunnen zorgen.

De omkadering van het technisch (fysici en technici) en paramedisch team dat in dergelijke behandeling is gespecialiseerd, wordt als voldoende beschouwd.

3. Uitdagingen op ethisch vlak en op het vlak van de volksgezondheid

- toegankelijkheid van de radiotherapiecentra
- klinisch onderzoek

Het is een hele uitdaging de toegang tot de zorg te waarborgen en er daarbij voor te zorgen dat het aanbod en de vraag, die meer dan waarschijnlijk zal blijven toenemen, in evenwicht te houden. Voor een bejaarde bevolking wier mobiliteit door de veroudering afneemt, zou het dagelijks vervoer naar een radiotherapiecentrum een probleem kunnen worden. Vervoersnetwerken zullen noodzakelijk zijn.

Gelet op de zeer strikte medische indicaties is het zo goed als uitgesloten dat bepaalde personen onterecht zouden worden behandeld.

De programma's voor kwaliteitscontrole zorgen ervoor dat de foutenpercentages minimaal zijn.

Radiotherapie is een interessant specialisme voor het klinisch onderzoek in de oncologie waardoor therapeutische regimes en modaliteiten kunnen worden bestudeerd.

4. SWOT-analyse

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- multidisciplinair team- grote waaier van pathologieën- controle van de kwaliteit :<ul style="list-style-type: none">- dosimetriemateriaal- beeldvorming positionering- veilige techniek- guidelines- klinisch onderzoek	<ul style="list-style-type: none">- afhankelijkheid van andere specialisten- dure apparatuur
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- zorgprogramma oncologie- nieuwe nomenclatuur- nieuwe technieken- nieuwe regimes	<ul style="list-style-type: none">- stijgende vraag- wedijver om de oncologische patiënt te behandelen- ontwikkeling nucleaire geneeskunde- andere nieuwe behandelingen

Bijlage : gegevens

Gegevens van de vragenlijst Jaarlijkse Statistische Gegevens (2001)

Er zijn 26 ziekenhuizen die vermelden over een erkende radiotherapiedienst te beschikken :

- 100 % heeft een CT-simulator
- 27 % heeft een CT-simulator met CT-scan
- 50 % heeft een lineaire versneller van maximum 8 MeV
- 96 % heeft een lineaire versneller van meer dan 8 MeV
- 46 % heeft een kobaltoestel
- 77 % heeft een toestel voor oppervlakte- en contacttherapie
- 27 % heeft een toestel voor stereotactische radiotherapie met dosimetrie
- 85 % heeft een specifiek lokaal voor curietherapie
- 73 % heeft een toestel met afterloading in de eenheid curietherapie

De activiteiten m.b.t. de organisatie en het beheer van de kwaliteit in de 26 erkende radiotherapiediensten kunnen als volgt worden ingedeeld:

- 100 % gebruikt wiggen tijdens de bestraling
- 100 % gebruikt maskers en/of multi-leaf collimatoren tijdens de bestraling
- 88 % gebruikt compenserende filters tijdens de bestraling
- 92 % doet een systematische controle van de bundels via gammagrafie
- 62 % doet een systematische controle van de bundels via elektronische portale beeldvorming
- 88 % heeft een systeem om het behandelingsschema in 2 dimensies op te stellen
- 100 % heeft een systeem om het behandelingsschema in 3 dimensies op te stellen
- 92 % heeft een directe aansluiting op de CT-scan
- 54 % heeft een directe aansluiting op de NMR
- 96 % gebruikt systematisch maskers
- 92 % controleert de dosis via in-vivo dosimetrie
- 100 % heeft een radiotherapie-eenheid overeenkomstig de bepalingen van de Europese normen voor stralingsbescherming

Voor de erkende radiotherapiediensten bedraagt het gemiddeld aantal artsen 3,7 VTE (of 40,3 elfden) waarvan 95 % erkende radiotherapeuten zijn. Gemiddeld zijn er 17,7 VTE paramedisch of technisch personeel werkzaam op de eenheid radiotherapie waarvan 19 % verpleegkundigen in de radiotherapie, 36 % gegradueerde verpleegkundigen, 19 % gebrevetteerde verpleegkundigen, 7 % ander gezondheidspersoneel, 12 % fysici, 4 % ingenieurs en 3 % A1 of A2-technici.