

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 Spoedgevallenzorg

Activiteiten

- onderzoek naar volledigheid van de dossiers
- onderzoek van het profiel van de patiënten op de spoedgevallendienst
- informatisering van de gegevensinzameling
- onderzoek van de werklust op basis van de activiteit

SWOT van het College Spoedgevallenzorg

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- multidisciplinariteit- beroepserkenning	<ul style="list-style-type: none">- diversiteit van de vraag- heterogeniteit van de diensten
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- reflectie gericht op de patiënt- uitbouw van netwerken	<ul style="list-style-type: none">- vereisten en aantrekkelijkheid van het beroep (minder beschikbare tijd voor activiteiten van het College)- verdwijnen van het totnogtoe getoonde enthousiasme- financiering

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 voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg

1. Inleiding

De functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg bekleedt een aparte plaats binnen het algemeen ziekenhuis : ze vormt er de voornaamste interface met de buitenwereld. Voorts vergt de spoedgevallendienst een grote polyvalentie zowel wat de manier van functioneren betreft als op medisch vlak.

Elk acuut ziekenhuis moet een spoedgevallendienst exploiteren om te kunnen worden erkend. Van de 122 acute ziekenhuizen heeft 98 % een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en 97 % maakt deel uit van een erkende 100-dienst.

2. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak

- continuïteit van de zorg - toegankelijkheid
- aanpassingsvermogen – polyvalentie van de opvang
- reglementaire vereisten
- triagefunctie

De spoedgevallendienst moet zorgen voor continuïteit van de dienstverlening en de klok rond toegankelijk zijn, elke dag van het jaar. Het aantal patiënten schommelt er inderdaad aanzienlijk en men treft er ook een cliënteel aan dat sterk verschilt op het vlak van leeftijd, pathologie en soms van afkomst.

De grote pathologiecategorieën op een spoedgevallendienst zijn : traumatische pathologie, heelkundige pathologie, medische pathologie, infectieuze pathologie en pediatrie. In elk van die categorieën, die trouwens niet exclusief zijn, treffen wij echte, relatieve en valse spoedgevallen aan.

Om op elk moment een antwoord te kunnen bieden op die diversiteit moet een spoedgevallendienst dus blijk geven van een groot aanpassingsvermogen. Dat kenmerk onderscheidt de spoedgevallendienst van de andere ziekenhuisdiensten. De meeste ervan evolueren namelijk naar toenemende specialisatie, waardoor de polyvalentie van de opvang en van het verzorgend personeel dreigt te verdwijnen.

De reglementaire vereisten zijn streng, zowel op het vlak van materieel als op dat van het medische en paramedisch personeel, zowel kwalitatief als kwantitatief: het komt er immers op aan te voorzien in een systeem dat een antwoord kan bieden op de reeds vermelde schommelingen in de vraag, schommelingen die voor een stuk onvoorspelbaar zijn. Een spoedgevallendienst vereist heel wat middelen en dat komt doordat hij polyvalent moet

zijn en verplicht is het hoofd te bieden aan moeilijk te voorspellen situaties zowel wat de aard als de omvang ervan betreft.

De goede werking van de spoedgevallendienst vereist het snel en nauwkeurig herkennen van de specifieke kenmerken van elk probleem, de ernst ervan en de meest geschikte manier van doorverwijzen, gelet op de beschikbare middelen hic et nunc.

Een specifieke uitdaging voor deze functie is dus het uitwerken van een strategie om te beslissen wat er met de patiënt moet gebeuren (triagefunctie): moet hij opgenomen worden of naar huis teruggestuurd worden? Deze beslissing zal des te accurater zijn naarmate er een betere samenwerking is tussen de spoedgevallen en de huisartsgeneeskunde en de extramurale zorgsector enerzijds en tussen de spoedgevallen en de ziekenhuisdiensten anderzijds. Artsen die niet bekend zijn met dit specialisme zijn door hun studie meestal onvoldoende vertrouwd en voorbereid op deze triagefunctie.

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

- « correct gebruik » van de spoedgevallendiensten
- sensibiliseren en informeren van de huisarts en het grote publiek
- competentie van de artsen die op de spoeddienst werken
- samenwerking tussen de ziekenhuizen

Spoedgevallenzorg moet toegankelijk blijven, maar de beschikbare middelen worden niet altijd goed ingezet en dienen al te vaak om problemen te behandelen die elders, beter en goedkoper kunnen worden aangepakt. Al te veel mensen kloppen op eigen initiatief aan bij de spoeddienst om onterechte redenen. Het gespecialiseerde personeel ziet zich verplicht huisartsgeneeskunde te bedrijven in een hoogtechnologische en gespecialiseerde omgeving. Het is dan ook nodig het publiek en zelfs de artsen “op te voeden” tot een “correct gebruik” van de spoedgevallendiensten, zodat deze zo goed mogelijk aan hun doel kunnen beantwoorden.

Het is nodig om via sensibiliseringscampagnes de patiënt te stimuleren om eerst de huisarts of de specialist te raadplegen. Het invoeren van een pretriagedienst of het bestraffen van mensen die zonder verwijzing de spoeddienst raadplegen zijn bedoeld om die diensten te ontlasten.

De kwaliteit van de basisopleiding en een gedegen permanente opleiding zijn dus van essentieel belang voor een kwalitatief zorgaanbod. Door het polyvalent karakter van de pathologie op de spoeddiensten en door de verplichting om aan weinig voorspelbare situaties het hoofd te bieden, blijkt een bijzondere bekwaamheid noodzakelijk. Thans kan een dergelijke bekwaamheid worden verworven in het kader van de bijzondere beroepstitel in de spoedgevallenzorg of in het kader van het BAG (brevet acute geneeskunde) dat zowel voor huisartsen als specialisten toegankelijk is.

Zorgcontinuïteit vormt de spil van de spoeddiensten. De verhoudingen met de huisartsen en de specialisten zijn belangrijk. Samenwerking tussen ziekenhuizen is noodzakelijk in het kader van de rampengeneeskunde of voor pathologieën die men niet kan behandelen (b.v. neurochirurgie of zware brandwonden) of voor patiënten die men wegens plaatsgebrek in de eigen instelling niet kan opnemen.

4. SWOT-analyse

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- behoefte- acuut ziekenhuis : verplichte functie voor erkenning- imago- multidisciplinair karakter- bijzondere beroepstitel	<ul style="list-style-type: none">- permanente dekking- onterecht gebruik- gebruikt als gemakkelijheidoplossing- financiering- wisselende competentie
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- activiteit gericht op de patiënt- ontwikkeling van netwerken- samenwerking tussen ziekenhuizen- extramurale samenwerking	<ul style="list-style-type: none">- beperkt aantal artsen- te weinig personeel om de continuïteit te garanderen- contingentering van de diensten- beperkte loopbaanperspectieven- zwaarte van de dienst- administratieve last voor het personeel

Bijlage : gegevens

Resultaten van de enquête van het College spoedgevallenzorg 2001

Methodologie

- retrospectief, alle opeenvolgende dossiers
- registratie van de activiteiten van één dag (15 november 2000)
- het College spoedgevallenzorg heeft 18 items in aanmerking genomen

Participatie

- 143 diensten werden aangeschreven: 44 % hebben hun gegevens doorgegeven
- 3.268 werden dossiers onderzocht: gemiddeld 52 dossiers per deelnemend centrum

Resultaten

- vermelding van de verwijzende arts
 - aanwezig in 76,5 % van de dossiers
 - verantwoorde niet-vermelding: 8,7 %
- reden van de opname
 - vermeld in 96,5 % van de dossiers
 - verantwoorde niet-vermelding: 0,3 %
- diagnose
 - vermeld in 88,4 % van de dossiers
 - verantwoorde niet-vermelding: 2,7 %
- ontslagbrief
 - aanwezig in 58 % van de dossiers
 - verantwoorde afwezigheid: 15 %

Gegevens van de vragenlijst Jaarlijkse Statistische Gegevens (2001)

Van de 120 acute ziekenhuizen hebben er 117 een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg (98 %):

- 100 % vermeldt de aanwezigheid van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg
- 100 % verzorgt een permanente medische wachtdienst met aanwezigheid van een arts ter plaatse
- 99 % is erkend voor de dienst 100
- 80 % neemt deel aan een MUG
- 81 % beschikt over een isoleerbox voor geagiteerde patiënten
- 63 % beschikt over een medisch interventievoertuig dat aan het ziekenhuis is verbonden
- 89 % beschikt over mobiele uitrusting voor dringende reanimatie binnen het ziekenhuis

De jaarlijkse mediane activiteit (percentiel 50) in de ziekenhuizen die zeggen over een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg te beschikken is de volgende:

- 19.393 opnamen (antwoord van 110/117 ziekenhuizen)
- 593 patiënten op spoed aangekomen via MUG (antwoord van 110/117 ziekenhuizen)
- 1.812 patiënten op spoed aangekomen via 100 (antwoord van 112/117 ziekenhuizen)
- 16.250 patiënten op spoed aangekomen op een andere manier (antwoord van 106/117 ziekenhuizen)

De jaarlijkse mediane activiteit (percentiel 50) inzake patiënten die na hun verblijf op de spoeddienst zijn doorverwezen, is de volgende:

- 5.253 patiënten opgenomen in het ziekenhuis (niet in intensieve zorgen) (antwoord van 116/117 ziekenhuizen)
- 438 patiënten opgenomen in intensieve zorgen (antwoord van 98/117 ziekenhuizen)
- 104 patiënten overgebracht naar een ander ziekenhuis om medische redenen (antwoord van 98/117 ziekenhuizen)

De activiteiten m.b.t. de organisatie en het beheer van de kwaliteit in de 117 acute ziekenhuizen met een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg zijn als volgt verdeeld:

- 83 % vermeldt een jaarverslag
- 92 % heeft een specifieke registratie voor de kwaliteitsopvolging
- 79 % evalueert geregeld de kwaliteit van de activiteiten, maar slechts 13 % doet dat via een externe audit en 27 % via een college van gelijken (peer-review)
- 74 % vermeldt een beroep te kunnen doen op een tolk

Gegevens « Gezondheidsenquête van het W.I.V.-LP » (2001)

Contacten

- 12 % van de bevroegden zegt het voorbije jaar contact te hebben gehad met een spoedgevallendienst
- 52 % van de bevolking is nog nooit naar de spoeddienst geweest
- vooral volwassen jonge mannen en bejaarde vrouwen doen beroep op de spoeddienst
- het opleidingsniveau is geen bepalende factor

Redenen voor het contact

- 57 % wendt zich tot de spoeddienst ingevolge een ongeval of een kwetsuur
- 41 % ingevolge een ziekte of een klacht
- 73 % wendt zich tot de spoeddienst zonder indicatie van een arts
- argumenten waarom men zich wendt tot de spoeddienst eerder dan tot een huisarts of een specialist:
 - dienst sneller toegankelijk
 - dag en nacht open
 - alle nodige onderzoeken kunnen er worden uitgevoerd (bloedafname, RX, enz.)
 - uitgestelde betaling

Moment waarop men de spoeddienst raadpleegt

- 56 % van de spoedraadplegingen vindt plaats in de week tijdens de dag

Regionale verschillen

- contacten met de spoeddienst: Brussel (15 %) > andere gewesten (11 %)
- eigen initiatief (zonder indicatie van een arts):
 - Brussel (88 %) > Vlaams gewest (75 %) > Waals gewest (63 %)
 - gelinkt aan het stedelijk karakter: in Brussel zelfde situatie als in andere grote steden
- Brussel: 20 % van de ondervraagden heeft nooit – of nog maar zelden – een huisarts geraadpleegd
- Brussel: 25 % van de contacten is ingegeven door financiële motieven (uitgestelde betaling)