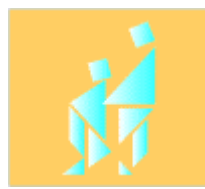


**FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu**

**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**

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

**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 werkhema'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](http://www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm), rubriek « feedback (Federale initiatieven « kwaliteit » in de Belgische ziekenhuizen) ».

**SWOT Colleges van geneesheren**

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

## College voor de Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie

### Activiteiten

- register (bestond reeds vóór de oprichting van het College)
- indicatoren hemodialyse:
  - arteriële druk
  - hemoglobinegehalte
  - controle acidose
  - doeltreffendheid van de dialyse
  - waterbehandeling
  - evaluatie van de co-morbiditeit
- verpleegkundige zorg: vasculaire toegangsweg bij dialyse (werkgroep verpleegkundige zorg)
- probleem van de laattijdige doorverwijzing
- diabetes en nierinsufficiëntie
- inschrijving op transplantatielijst

### SWOT van het College voor de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- bestaan van een register</li><li>- klein aantal actoren die elkaar goed kennen</li><li>- beroepserkenning van evaluatieorganen en erkenning van het nut ervan</li><li>- consensus over de kwaliteitsstandaarden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- aanpak eerder gericht op de evaluatie dan op de bevordering van de kwaliteit</li><li>- wantrouwen naar de overheid toe</li><li>- ontbreken van gemeenschappelijke gegevensbank voor beide «communautaire» wetenschappelijke verenigingen</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- mogelijkheid tot versterken van het gewicht van het specialisme</li><li>- perspectieven op het vlak van preventie</li><li>- mogelijkheid tot interventie in de praktijkvoering van andere specialismen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- overheid houdt te weinig rekening met de werkzaamheden van het College</li><li>- weerstand tegen verandering</li></ul>



## 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 centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie**

### **1. Inleiding**

De centra voor de behandeling van terminale chronische nierinsufficiëntie registeren reeds lang hun gegevens. Oorspronkelijk was het hoofddoel van het register de patiënten van de Belgische centra in het EDTA-register (European Dialysis Transplant Association) op te nemen teneinde te kunnen deelnemen aan het uitwisselen van transplantaten. Het register evolueerde tot een gegevensbank waarin de activiteiten worden beschreven. Het is ook een instrument voor het expliciteren en evalueren van de kwaliteit van de zorg in de centra. Op basis van kwaliteitsindicatoren voor de werking van de centra, kent elk centrum zijn prestatieniveau t.o.v. het nationaal gemiddelde. Centra met een opmerkelijk of problematisch prestatieniveau kan men ondervragen over hun praktijk en hun patiëntenpopulatie.

### **2. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak**

- keuze van de behandeling
- laattijdige doorverwijzing van de patiënten naar behandelingscentrum
- tertiaire preventie

Er rijzen vragen omtrent de criteria voor de keuze van een behandelingswijze van terminale chronische nierinsufficiëntie en dit op economisch en klinisch vlak alsook op het vlak van de levenskwaliteit. Op welke criteria zijn de keuzes gebaseerd die leiden tot de huidige tabel m.b.t. het relatieve belang van peritoneale dialyse, hemodialyse en transplantatie?

Peritoneale dialyse wordt nog te weinig toegepast, terwijl ze waarschijnlijk toch voor een betere levenskwaliteit kan zorgen. De terugbetaling van deze techniek is enerzijds minder interessant voor de centra en anderzijds verliest het zorgteam een deel van de controle aangezien de patiënt zich zelf verzorgt d.m.v. de peritoneale dialyse. Kan de huidige situatie worden gerechtvaardigd door de klinische kenmerken van de patiënten en zoniet, in welke richting moet de situatie evolueren?

Een kritische evaluatie en analyse van de praktijken in het centrum en dit op basis van de gegevens van het register, laten toe de procedures en de doeltreffendheid van de behandelingen te verbeteren.

De opvang van een patiënt met chronische nierinsufficiëntie in een dialysecentrum wordt idealiter enkele maanden op voorhand voorbereid (bvb. ingreep voor het plaatsen van de arterioveneuze shunt). De nefroloog zou veel vroeger moeten interveniëren in de opvang

van patiënten met falende nierfunctie, te meer daar de middelen voor tertiaire preventie (geneesmiddelen en strategieën) in bepaalde risicosituaties (diabetes, hypertensie) verbeterd zijn. Men stelt vast dat nog te veel patiënten te laat naar een centrum worden doorverwezen. De defensieve houding van bepaalde beroepsbeoefenaars speelt in het nadeel van de patiënt. Het zou opportuun zijn om criteria te definiëren voor een meer vroegtijdige doorverwijzing van de patiënt.

Het is noodzakelijk de behandelende arts te sensibiliseren om tertiaire preventie van diabetes, arteriële hypertensie en primaire preventie voor wat betreft de inname van nefrotoxische medicatie te integreren in de dagelijkse praktijk. Er moeten praktijkguides worden uitgewerkt die de incidentie kunnen verminderen alsook de overgang naar terminale chronische nierinsufficiëntie kunnen uitstellen.

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

- evenwicht tussen vraag en aanbod
- inschrijving van de kandidaten voor een niertransplantaat op wachtlijst

Niet verplicht worden de toegang tot de zorg te beperken (op basis van criteria zoals leeftijd en type van pathologie bv.). Men stelt vast dat de vraag toeneemt (vergrijzing van de bevolking, toegenomen prevalentie van diabetes). Men kan zich ook afvragen of het aantal centra voldoet en aangepast is aan de behoeften: hemodialyse voor bejaarde patiënten, autodialyse en peritoneale dialyse voor jongere patiënten.

Men stelt vast dat de inschrijving van patiënten als kandidaat voor een niertransplantatie niet zo systematisch gebeurt als het zou moeten. De redenen hiervoor zijn niet duidelijk: onachtzaamheid, gebrek aan organen, minder intensieve follow-up van patiënten met transplantaat. Door de verbetering van de verkeersveiligheid lijkt het aantal beschikbare transplantaten – gelukkig – te verminderen, wat een positieve verklaring is voor de daling van het aantal getransplanteerde patiënten, maar niet voor de daling van het aantal patiënten op de wachtlijsten.

Er moet over deze evolutie worden nagedacht opdat elke patiënt overal in België de garantie heeft om op een billijke manier te worden behandeld rekening houdend met zijn situatie en zijn wensen. Zoals elders moet de patiënt die dialyse nodig heeft, inspraak krijgen in zijn behandeling in plaats van die te moeten ondergaan.

#### 4. SWOT-analyse

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- multidisciplinariteit</li><li>- consensus over de kwaliteitsstandaarden</li><li>- registratie van de activiteiten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- isolement t.o.v. de andere artsen</li><li>- beperkte pathologie</li><li>- populatie van kwetsbare patiënten</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- perspectieven op het vlak van preventie</li><li>- mogelijkheid tot interveniëren in de praktijken van andere specialismen</li><li>- mogelijkheid tot versterking van het belang van het specialisme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- toenemende vraag</li><li>- kostenexplosie</li><li>- willekeurige beperking van het aanbod</li></ul>

## **Bijlage : gegevens**

De gegevens m.b.t. de activiteit van de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie zijn afkomstig van twee verschillende gegevensinzamelingen die door de “Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie” (NBVN) en de “Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique” (GNFB) worden beheerd. De gegevens worden hierna voorgesteld.

### Gegevens van het NBVN (Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie vzw) - jaar 2000

De totale activiteit van de 29 centra die deelnemen aan de registratie (prevalentie) ziet er als volgt uit: hemodialyse 1.813 patiënten, autodialyse 594, peritoneale dialyse 212 en niertransplantatie 2.115.

Het aantal nieuwe patiënten (incidentie) die behandeld worden in centra voor chronische nierinsufficiëntie neemt toe met gemiddeld 4 % per jaar. Deze stijging wordt gedeeltelijk verklaard door een betere registratie.

Tijdens de registratieperiode (1993-2000) stelt men in de behandelingen bepaalde tendensen vast naargelang de leeftijd: toename van de hemodialyse en de autodialyse bij patiënten ouder dan 75 jaar. Ook de gemiddelde leeftijd van de patiënten, die in deze centra worden behandeld, nam toe (0,5 jaar/jaar), met uitzondering van diegenen die d.m.v. peritoneale dialyse worden behandeld.

De verdeling van de incidentie gevallen toont aan dat diabetes en vasculaire nieraandoeningen de belangrijkste oorzaak zijn van terminale chronische nierinsufficiëntie; het aantal gevallen neemt toe. Analgetische nefropathie neemt af.

Men stelt een toename vast van het aantal patiënten dat laattijdig naar een nefroloog wordt doorverwezen, (< 1 maand tussen de eerste consultatie en het begin van de behandeling). De laattijdige doorverwijzing bepaalt gedeeltelijk het type van behandeling (meer hemodialyse) en de overlevingskansen (beter wanneer doorverwijzing > 6 maanden).

### Gegevens van het GNFB (Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique) - jaar 2001

De totale activiteit van de 34 centra die deelnemen aan de registratie (prevalentie) ziet er als volgt uit: hemodialyse 1.931 patiënten, peritoneale dialyse 185 patiënten.

Het aantal nieuwe patiënten (incidentie), die in 2001 behandeld werden in centra voor chronische nierinsufficiëntie, nam toe met 6,7 % t.o.v. het jaar ervoor. Het aantal patiënten, die d.m.v. hemodialyse behandeld werden, nam toe met 10,3 %, het aantal patiënten met peritoneale dialyse nam af met 9 % en het aantal transplantaties nam af met 35 %.

### Gegevens van de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie

*Zuiveringscoëfficiënt (Kt/V) : meet de doeltreffendheid van de dialyse*

Doelstellingen:

- doelstelling 1 :  $Kt/V \geq 1,2$  bij  $\geq 60$  % van de patiënten
- doelstelling 2 :  $Kt/V < 0,8$  voor  $< 10$  % van de patiënten

Resultaten:

- doelstelling 1 wordt na 6 jaar gehaald in 22 centra op 30
- doelstelling 2 wordt gehaald in 100 % van de centra sinds 1998



Conclusie:

- monitoring moet worden voortgezet
- verklaren van deze resultaten door de analyse van de kenmerken en de evolutie van de patiënten (centra met meer patiënten in terminale fase of patiënten met ongunstige kenmerken)

*Hematologische status*

Doelstelling: 11 g/dl < Hb < 12g/dl

Resultaat: globale verbetering van 1999 tot 2001, 70 % van de centra bereikt deze waarden

*Controle van de arteriële bloeddruk*

Doelstelling: < 140/90 mm Hg (< 65 jaar) en < 160/90 mm Hg (≥ 65 jaar)

Resultaten: doelstelling wordt gehaald in 75 % van de centra

*Controle van de acidose*

Doelstelling: genuanceerde, maar convergente richtlijnen

Aan de hand van een analyse van de beschikbare gegevens kan ook het gezondheidssysteem op een meer algemeen niveau worden onderzocht. Zo tonen deze gegevens o.m. aan dat artsen patiënten met nierinsufficiëntie laattijdig naar nefrologen doorverwijzen waardoor de prognose van hun aandoening ongunstig wordt beïnvloed. In dezelfde gedachtengang stelt men vast dat diabetespatiënten een belangrijke groep zijn van patiënten die worden behandeld voor terminale nierinsufficiëntie, wat ertoe aanspoort om de aandacht meer te richten op deze categorie van patiënten.

RIZIV-gegevens 1998

In een verslag van het RIZIV (gegevens 1998) neemt dialyse de eerste plaats in op de lijst van medisch-technische uitgaven: € 78, 62 miljoen . De kostprijs van een niertransplantatie wordt er geschat op € 5.652,05 .

Gegevens van de vragenlijst Jaarlijkse Statistische Gegevens (2001)

In 62 van de 120 acute ziekenhuizen (52 %) wordt de aanwezigheid van activiteiten in centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie vermeld

De 62 ziekenhuizen antwoorden als volgt:

- 90 % vermeldt te beschikken over een dienst hemodialyse voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie
- 35 % heeft een dienst thuisdialyse
- 63 % heeft een dienst collectieve autodialyse
- 81 % voert ambulante peritoneale dialyse uit
- 14 % beschikt over de nodige infrastructuur voor dialyse bij kinderen
- 76 % heeft een lokaal met dialyseposten die specifiek bestemd zijn voor patiënten met virale hepatitis B

Er wordt een mediaan (percentiel 50) berekend voor de jaarlijkse activiteit op basis van de antwoorden op de vragenlijst:

- 95 gedialyseerde patiënten in totaal (antwoord van 60/62 ziekenhuizen)
- 30 nieuwe patiënten (antwoord van 59/62 ziekenhuizen)
- 11 patiënten ingeschreven op een wachtlijst voor transplantatie (antwoord van 57/62 ziekenhuizen)
- 72 patiënten met hemodialyse in centrum (antwoord van 56/62 ziekenhuizen)
- 25 patiënten met collectieve autodialyse (antwoord van 37/62 ziekenhuizen)
- 7 patiënten met peritoneale hemodialyse (antwoord van 47/62 ziekenhuizen)
- 28 patiënten die in de dienst worden gevolgd en een transplantatie ondergingen (antwoord van 54/62 ziekenhuizen)

De activiteiten m.b.t. de organisatie en het beheer van de kwaliteit van de centra verdelen zich als volgt:

- 92 % vermeldt dat ze tijdens de ziekenhuisdialyses permanent een nefroloog ter beschikking hebben
- 87 % vermeldt een jaarverslag
- 89 % beschikt over een register voor de follow-up van de kwaliteit
- 92 % evalueert regelmatig de kwaliteit van de activiteiten, maar slechts 15% doet dit via externe audit en 74% via een college van gelijken (peer review)

Wat betreft de acute ziekenhuizen die hebben geantwoord (59), bedraagt het gemiddeld aantal geneesheer-internisten met een bijzondere bekwaamheid op het vlak van nefrologie 2,5 VTE (of 27 elfden) en het gemiddeld aantal chirurgen die niertransplantaties uitvoeren 0,4 VTE (of 4 elfden). Er werken gemiddeld 27,1 VTE paramedisch personeel, waarvan 31 % verpleegkundigen in hemodialyse, 43 % gegradueerde verpleegkundigen, 17 % gebrevetteerde of gediplomeerde verpleegkundigen en 9% ander gezondheidspersoneel.