

COLLEGE KWALITEIT URGENTIEGENEESKUNDE

EINDRAPPORT 2007

Het college kwam 5 maal samen in 2007 in plenaire zitting (zie verslagen van de vergaderingen die reeds separaat werden doorgestuurd).

De onderwerpen en de activiteiten die door het college ontplooid werden worden hier samengevat.

1. **Secundaire transfers van kritisch zieke patiënten tussen ziekenhuizen.**

- a. Het college boog zich over de ministeriële omzendbrief in dit verband en analyseerde de verschillende mogelijke problemen in verband met dit schrijven en meer bepaald wat betreft het gebruik van de 100-middelen om deze taken uit te voeren. Het college nodigde een aantal urgentieartsen uit van uiteenlopende types spoedgevallendiensten om voeling te houden met de problemen van het terrein . Dit gaf aanleiding tot een schrijven gericht door het college aan de minister van volks-gezondheid (bijlage 1).
Er wordt nog gewacht op een reactie.
- b. De terugbetalingsproblematiek voor het uitvoeren van secundaire transfers werd eveneens aangeraakt. Deze brengen immers ernstige kosten mee voor de centra die ze uitvoeren. Hierover werd door een lid van het college contact genomen met de bevoegde overheid. Er werd bekomen dat een budget hiervoor werd vrijgemaakt.
- c. Een analyse dringt zich op van deze secundaire transfers. Het voorstel werd in een eerste brain storming onderzocht om per centrum een analyse te vragen van vijf consecutieve secundaire transfers teneinde hier een beeld te bekomen van de aard ervan. In dit verband wijzen we ook op de bespreking in het college van het begeleiden van secundaire transfers die gebeurde door prof. J. Micheels uit te nodigen die hierover onderzoeksmateriaal heeft voor de regio Luik.

2. **Analyse van de kwaliteitsindicator**

Als jaarlijkse kwaliteitsindicator koos het college de bestaffing van de spoedgevallendiensten. Dit item werd gekozen omdat het kon voortbouwen op de enquête die reeds vroeger hierover in het college gebeurde. Het belang ervan dient hoofdzakelijk gezien te worden in functie van de voorziening van de medische permanentie waarin door het ministerieel besluit van 14 februari 2005 een belangrijke verandering kwam. Deze indicator droeg ook de belangstelling van de leden van het college weg omdat het naar de toekomst toe een meetinstrument zou worden voor wat betreft het effect op de kwaliteit van de bestaffing door permanentieartsen ten gevolge van de

betere financiering voor deze permanentie via honoraria (medio 2007 in voege getreden).

Als stappen in het onderzoek werden volgende studies ondernomen :

- a. Analyse van de gegevens waarover de FOD volksgezondheid beschikt betreffende deze indicator. Bij analyse hiervan door het college bleek duidelijk dat dit wisselend werd ingevuld en zeker niet nauwkeurig de realiteit weergaf. Dit werd bevestigd door een telefonische steekproef naar een 6-tal centra.

Hierop betrouwen kon geen adequaat en correct beeld geven van de bestaffing van de spoedgevallendienst.

- b. Er werd door het college vervolgens beslist om systematisch een telefonische enquête uit te voeren. Het enquêteformulier dat hierbij gebruikt werd wordt weergegeven in bijlage 2.

In essentie werd vooral gevraagd naar de karakteristieken van de dienst en het type van de permanentie. Meer bepaald werd nagevraagd of deze verzekerd werd door een gebrevetteerde arts of door een urgentiearts in opleiding, of acutisten in opleiding.

Er werd ook navraag gedaan naar de oproepbare specialisten.

Het college besprak de resultaten en de ervaringen bij deze telefonische enquête die naar voor werden gebracht. Grosso modo kunnen die als volgt samengevat worden :

"Ria de Soir heeft 75 % van de ziekenhuizen opgebeld. Wat zeker is, is dat er te

weinig mankracht is op de spoedgevallen. Er bestaat een verschil tussen Wallonië en Vlaanderen.

In Vlaanderen werken de spoedartsen met kleine groepen en hebben meestal een

contract met het ziekenhuis.

In Wallonië is de pool spoedartsen per ziekenhuis veel groter. Het gaat dikwijls om

geneesheren die de permanentie combineren met andere taken (wachten in een ander ziekenhuis, HA-praktijk,...)

De ziekenhuizen die meer dan 18.000 opnames op de spoedgevallen hebben, werken

meestal uitsluitend met spoedartsen.

In de kleinere ziekenhuizen met minder dan 18.000 opnames, wordt de permanentie

verzekerd door specialisten van andere diensten en assistenten, zelfs assistenten 1° en 2° jaars."

Hieruit bleek dat de antwoorden zeer uiteenlopend waren en moeilijk te systematiseren en dus kwantitatief te analyseren.

3. Analyse van de mug-data

Het college heeft in 2007 de taak op zich genomen om mee te helpen aan de verbetering van de registratie in het mug-formulier en in de vraagstelling naar mogelijke analyses die hierover i.v.m. kwaliteit van de dringende geneeskundige hulpverlening hierover kunnen gemaakt worden.

- a. In eerste instantie werd door het college een vergadering belegd met dr. Aelvoet van FOD volksgezondheid die bijzondere expertise heeft in dergelijke analyses. Hij lichtte dit toe in functie van een rapport dat hij maakte i.v.m. analyses van data betreffende acute coronaire syndromen.
- b. Voor elk van de mug-werkgroepen vaardigde het college een lid als expert af. Deze werkten actief mee aan het maken van rapporten in verband met de verschillende topics die belangrijk zijn voor de kwaliteit. Meer bepaald de patiënten met acuut coronair syndroom, kortademige patiënten, gepolytraumatiseerde patiënten, acute neurologische aandoeningen en acute intoxicaties. Deze rapporten (zijn elektronisch te verkrijgen op het secretariaat - rosette.vanlangendonck@ugent.be) werden vervolgens in eerste instantie besproken in het college. Er werd geconstateerd dat de vraagstelling en dus de items die moeten geregistreerd worden niet altijd nauwkeurig geformuleerd werden in de eindrapporten.
- c. Volgend uit b. zal het college zich verder verdiepen in de rapporten en op kwaliteit gerichte vragen nader omschrijven.

4. Permanentiehonoraria op de spoedgevallendiensten

Gezien het belang voor de verzekering van een kwaliteitsvolle permanentie (m.a.w. aantrekkelijkheid om artsen met de nodige competenties te kunnen aantrekken voor het uitvoeren van de taak) werd in verschillende vergaderingen hierover nagedacht. Meer bepaald in verband met de relaties tot de andere specialismen in het ziekenhuis (bvb. pediatrie, ...). Ook over de relatie met de huisartsen werd nagedacht en er werd een voorstel geformuleerd in verband met de verwijzing gezien dit financiële implicaties heeft voor de patiënt.

5. Continue registratie op de spoedgevallendienst

Er wordt een concept ontwikkeld waarbij een continue registratie op de spoedgevallen-diensten gebeurt waarbij hierdoor een continue monitoring zou mogelijk zijn van wat er gebeurt in de dringende geneeskundige hulpverlening. Dit instrument zou de overheid toelaten om heel snel in te spelen op bepaalde gebeurtenissen met mogelijk grote gevolgen naar de gezondheidszorg.

College van de geneesheer-specialisten in de urgentiegeneeskunde*
(M.B. dd. 10.06.99)

Collège des Médecins Spécialistes en Soins d'Urgence* (A.M. du
10.06.99)

Monsieur Rudy Demotte
Ministre de la santé publique
Avenue des arts 7

1210 Bruxelles

Gand, 22 février 2007

Concerne : Les transports secondaires de patients critiques

Monsieur le Ministre,

Le Collège Qualité des Médecins Spécialistes en Médecine d'Urgence s'est penché sur les implications de la circulaire ministérielle concernant l'utilisation des moyens de transports et d'accompagnement de l'Aide Médicale Urgente pour effectuer le transfert secondaire de patients déjà hospitalisés soit dans un hôpital, soit dans un service d'urgence, vers une autre institution disposant de moyens diagnostiques et thérapeutiques plus spécialisés (votre circulaire avec réf. 80992-ICM/AMU).

Le Collège reconnaît que cette nouvelle possibilité que donne la circulaire de mobiliser les moyens de l'AMU pour réaliser des transferts très urgents représente incontestablement une avancée en termes de rapidité et de qualité, par rapport à la situation actuelle souvent tributaire de la mobilisation de moyens privés dont les délais d'intervention et la qualification ne peut être garantis de façon uniforme à la population du pays. En effet, il apparaît que le transfert interhospitalier relève actuellement de compétences communautaires et que les normes d'agrément des services ambulanciers privés varient d'une région à l'autre.

Le Collège souhaite néanmoins vous faire part de certains soucis concernant l'application pratique de cette circulaire sur le terrain.

1. La rationalisation dans l'implantation de certaines ressources hospitalières (par ex. cardiologie invasive urgente, neurochirurgie, unités neurovasculaires,...) va immanquablement accroître le nombre de ces transferts secondaires urgents. A terme, des lacunes pourraient apparaître dans la couverture SMUR pour les missions primaires d'Aide Médicale Urgente, en particulier dans certaines régions où les moyens locaux sont limités.

* Buylaert Walter (président), de Soir Ria (vice-présidente), D'Orio Vincent (exp.), Gillet Jean-Bernard, Hachimi Idrissi Said, Lheureux Philippe (secrétaire), Marion Eric (exp.), Meulemans Agnes (exp.), Stroobants Jan (exp.), Vergnion Michel, Vroonen Marie-Christine (adj.-secrétaire).

.../...

.../...

2. La motivation de l'urgence du transfert, si elle ne fait guère de doute pour certaines pathologies, laisse une grande place à l'interprétation individuelle. D'un côté, elle risque de conduire à une utilisation abusive du SMUR pour forcer le transfert d'un patient vers une autre institution, d'autant plus que la rémunération de ces transports pourrait avoir un effet incitatif. De l'autre, on risque de voir négliger l'utilisation du SMUR au profit d'autres moyens (comme il en existe déjà dans certains grands hôpitaux en collaboration ou non avec des sociétés d'ambulances privées) pour favoriser une politique de réseau, plutôt que la politique de bassin géographique, c'est-à-dire souvent transporter le patient plus loin que le centre adapté le plus proche qui logiquement s'impose quand les moyens de l'Aide Médicale Urgente sont utilisés. Cette attitude n'est pas favorable au patient si des soins spécialisés très urgents sont réellement nécessaires.
3. Il faut aussi reconnaître que les synergies interhospitalières actuellement efficaces sont encore plus souvent basées sur cette politique de réseau que sur une rationalisation à base géographique. Une dérégulation intempestive de celles-ci pourrait être délétère, en particulier en situation d'urgence.
4. En cas d'intervention du SMUR, des mesures incitatives devraient être prises pour que le patient soit d'emblée amené à l'hôpital le plus proche, adapté aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques, afin d'éviter les transferts secondaires qui étaient prévisibles.
5. L'existence d'un dossier hospitalier en rapport avec la pathologie urgente du patient est reconnue comme une dérogation raisonnable à la règle de l'hôpital adapté le plus proche prévue dans la loi sur l'Aide Médicale Urgente. Ce principe s'applique-t-il aussi aux transferts secondaires urgents ?

En l'absence de données sur les pratiques actuelles en matière de transferts secondaires, il sera très difficile d'évaluer les répercussions de la récente circulaire. Le Collège estime dès lors qu'une vigilance s'impose et le meilleur moyen de garantir une utilisation optimale des ressources de l'Aide Médicale Urgente (ambulance simple, PIT ou SMUR), tant pour les missions primaires que pour les transferts secondaires seraient d'intégrer ces derniers dans un système global de régulation des appels au centre 100, qui apparaît de plus en plus comme le maillon insuffisant de la chaîne d'Aide Médicale Urgente. Un contrôle de qualité de ces missions secondaires s'impose aussi, dès lors qu'un remboursement par l'INAMI est instauré dans les indications reconnues.

Dans ce contexte, le Collège a l'intention d'analyser les données SMUREG et se pose la question si une collaboration avec les Collèges Soins Intensifs et Cardiologie (pour obtenir des données sur tous les transferts secondaires urgents) ne serait pas intéressant.

Nous serions heureux de connaître votre avis à ce sujet.
Au nom du Collège, recevez, monsieur le Ministre, nos sentiments les meilleurs.

Le président

Le vice-président

Prof. dr. W. Buylaert

Dr. R. de Soir

ANALYSE VAN DE MEDISCHE PERMANENTIE

ALGEMENE GEGEVENS :

Naam van het ziekenhuis :

Code ZH :

Adres

Tel.nr. spoed :

Adres site i.v.m. de vragenlijst :

Naam diensthoofd spoedgevallen :

E-mail adres :

Naam diensthoofd MUG :

Totaal aantal bedden in het ziekenhuis :

Aantal patiënten spoedgevallen/jaar

Functie gespecialiseerde spoedgevallendienst :

Eerste opvang :

ANALYSE VAN DE BESTAFFING :

	Spoed			MUG			Nacht		
	Dag	Nacht	WE	Dag	Nacht	WE	D	Nacht	WE
Welke uren									
* Aantal artsen:									
BAG									
GSO acute									
GSO urg.									
Urgentiearts									
GSO basisspec. (> 3 jr)									
GSO basisspec. (≤ 3 jr)									
* Andere specialismen:									
interne									
anesth.									
heelkunde									
ortho									
andere:									
...									

HOE GEBEURT DE SUPERVISIE VAN DE PERMANENTIEARTS?

WIE NEEMT DE COÖRDINATIE OP DE SPOEDGEVALLENDIENST WAAR?

	Telefonisch			Ter plaatse		
	Dag	Nacht	WE	Dag	Nacht	WE
* Urgentiearts						
* Andere specialismen:						
intensivist						
interne						
anesth.						
heelkunde						
ortho						
andere:						
...						
...						
* Elk voor eigen specialiteit						

VOOR WELKE PATIËNTEN GEBEURT DE TRIAGE DOOR DE PERMANENTIEARTS?

	Ja	Neen
Alle patiënten		
Levensbedreigende pathologie		
Pediatrie		
Kleine specialismen (ORL, oftalmo, ...)		
Psychiatrie		
Andere:		
...		
...		

HOEVEEL BEDDEN HEEFT UW NACHTHOSPITAAL?
(= OBSERVATIEBEDDEN SPOED)

WIE VERZEKERT REËEL DE PERMANENTIE IN HET NACHTHOSPITAAL?
(NACHTHOSPITAAL = OBSERVATIEBEDDEN)

	Ja	Neen
Permanentearts		
Intensivist		
Arts aan wie patiënt is toegewezen		
Andere :		
...		
...		

WORDT DEZE TOEZICHTSFUNCTIE GECUMULEERD MET DE SPOED (TRIAGE)- OF MUG-FUNCTIE?

	Ja	Neen
MUG		
Spoedgevallen		
Nachthospitaal		

**VERZEKERT DE SPOEDGEVALLENDIENST DE SECUNDAIRE TRANSFERS
VAN EN/OF NAAR EIGEN ZIEKENHUIS?**

	Ja	Neen
* Eigen middelen (ZW, materiaal, ...)		
* Eigen personeel :		
- medisch		
- paramedisch		