

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen van  
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS  
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof  
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel  
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@VBS-GBS.org](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 3 / MEI 2008**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

---

## KWALITEIT IN DE GENEESKUNDE: EEN UTOPIE?

**Toespraak van Dr. J.L. DEMEERE, voorzitter van het VBS,  
in het kader van het VBS-SYMPOSIUM van 02.02.2008**

**"De kwaliteit van het medisch handelen in de specialistische geneeskunde"**

De geneeskunde blijft een kunst die aan eisen beantwoordt die steeds beter worden gedefinieerd door de patiënten, de beroepsbeoefenaars uit de gezondheidszorg en de shareholders of financiers van het systeem.

Onder het predikaat "kwaliteit" verwachten zij een prestatie of dienst die volgens hun opvattingen overeenstemt met een vaak slecht gedefinieerde realiteit. Binnen het domein van de kwaliteit blijft de perceptie doorslaggevend. Om het aandeel van de subjectiviteit in die perceptie tot een minimum te beperken, worden referentiesystemen opgesteld, resultaten gemeten en systemen geëvalueerd. Naargelang men patiënt is, beoefenaar, verantwoordelijke van een ziekenfonds of controlearts van de DGEC, zal de perceptie van de resultaten verschillen en vatbaar zijn voor commentaar. Toch moeten al die verschillen worden verwerkt in het zorgdoel dat de volksgezondheid is, en in het zorgsysteem waarin we ons bevinden. De kwaliteit wordt betrokken op dit systeem, op de middelen die voorhanden zijn, op het doel dat de samenleving zich stelt.

### **Kwaliteit:**

De definities van kwaliteit zijn divers. De definitie voor de patiënt stemt niet overeen met die van de arts, noch met die van de politieke beleidsmaker, omdat hun percepties en doelstellingen verschillen. Bij de beleidsmaker kan de perceptie zelfs variëren naargelang de aard van het doel: wanneer hij de financieringsregels vaststelt (ZIV-wet), of wanneer hij de regels vaststelt voor de schadeloosstelling van patiënten (de "no fault"-wet).

Steward omschreef het als volgt: "Quality is the feeling that something is better than the others".<sup>1</sup> Voor het Amerikaanse geneeskundig instituut luidt de definitie: "The degree to which health services for individuals increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge".<sup>2</sup> Donobedian had het over "that kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts".<sup>3</sup>

Uit al de voorgaande definities onthouden we de begrippen "feeling", "outcome", "knowledge" en "process". Een onderzoek naar de kwaliteit van zorgverlening is dus niet alleen gebaseerd op

---

<sup>1</sup> J.L. Demeere, QMDA, Acta Anaesth. Belg.56, 291-296, 2005

<sup>2</sup> T. Archer, A Maccario, current opinion in Anaesthesiology, 19, 171-176, 2006

<sup>3</sup> KCE reports ; Clinical quality indicators, 7;2006

perceptie, maar vooral op de analyse van de structuur, met de gezondheidswerkers en hun bekwaamheden, de analyse van de processen en de analyse van het resultaat.

Al deze informatie moet worden samengebracht, geanalyseerd, indien nodig gecorrigeerd, en vervolgens opnieuw verwerkt in het zorgproces. Deming vat de betrachting van “kwaliteit” samen met de woorden “Plan, Do, Check and Act (PDCA)”<sup>1</sup>.

Om een project rond “kwaliteit” op te zetten (Plan) moeten er guidelines, aanbevelingen, procedures en referentiesystemen worden opgesteld en toegepast (Do), die moeten worden geëvalueerd en gemeten aan de hand van indicatoren (Check). Deze indicatoren moeten worden gekozen, gedefinieerd en gevalideerd. Het KCE heeft in dit verband procedures beschreven. Op basis van de literatuur moeten expliciete, relevante indicatoren worden gedefinieerd en aanvaard door een team van shareholders (patiënten, artsen, betalingsinstellingen, onderlinge verzekeraars...). De geldigheid van de indicator die in het ziekenhuis zal worden gebruikt, dient te worden getest<sup>4</sup>. Op basis van de resultaten van de indicatoren worden de “kwaliteitsverbeteringen” toegepast (Act).

## **STRUCTUUR:**

### **Gezondheidsstructuur en -systeem in België:**

Het gezondheidssysteem waarin we werken bepaalt de structuur. We hebben huisartsen (H.A.), geneesheren-specialisten (G.Sp.), intramurale en extramurale G.Sp. Sommigen splitsen het medische aanbod op in eerstelijnszorg voor algemene geneeskunde<sup>5</sup> en tweedelijnszorg voorbehouden aan de intramurale gespecialiseerde geneeskunde. Deze indeling stoelt op een opvatting van de geneeskunde uit de periode 1970-1995, toen een arts over een universele medische kennis beschikte, als huisarts kon werken vanaf het einde van zijn opleiding, en zelfs intramurale en extramurale wachtdiensten mocht waarnemen. Sindsdien zijn de huisartsen specialisten in de algemene geneeskunde geworden en mogen ze nog intramurale wachtdiensten verzekeren na het afleggen van een aanvullende opleiding (B.M.A.). Voor de echte spoedgevallen aan huis of op openbare plaatsen zijn de H.A. ingehaald door de M.U.G. (mobiele urgentiegroepen).

De epidemiologische gezondheidsstudies tonen een groei van de chronische en degeneratieve ziekten, en een vermindering van het aantal infectieziekten. Waar de gezinsarts in de periode na de oorlog bevallingen, kleine heelkundige ingrepen (aan huis) en de behandeling van infecties met sulfamiden, penicilline, terramycine en streptomycine verzorgde, heeft het zwaartepunt door het technische karakter van de geneeskunde zich naar het ziekenhuis verplaatst<sup>6</sup>. Thuisbevallingen komen zeker terug, maar dan met vroedvrouwen. Tonsillectomieën worden in het ziekenhuis uitgevoerd, en de H.A. houdt toezicht op mensen met een hoge bloeddruk, diabetici, patiënten met coronaire aandoeningen, bejaarde personen met meerdere aandoeningen, kortom, hoofdzakelijk chronische ziekten. De wachtdiensten van de H.A. verlaten het kabinet van de dokter in de stad om autonome entiteiten te vormen<sup>7</sup>. De kabinetten worden praktijken met meerdere artsen of groepspraktijken. De arts wordt een expert in zijn domein en is niet langer een dokter (persoon die zeer geleerd is op een bepaald gebied)<sup>8</sup>.

Dit alles betekent dat we de zorgstructuur moeten herbekijken. Het ziekenhuis is de tempel van de techniciteit, met zijn specialisten die hyperspecialisten zijn geworden in een welbepaald domein (vb. de orthopedist gespecialiseerd in de handchirurgie). De huisarts verzekert de opvolging van de chronische aandoeningen, de preventieve geneeskunde en het sociale gezondheidsaspect. De WHO heeft gezondheid gedefinieerd als een “toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn, en niet alleen een afwezigheid van ziekte of gebrek”.

De extramurale G.Sp. is de medisch expert die tegen een lagere kost dan de intramurale G.Sp. zijn expertise in een bepaald domein van de gezondheidszorg uitoefent. Het ziekenhuis heeft met

---

<sup>4</sup> K.C.E. : Clinical quality indicators, 2006

<sup>5</sup> Art. 9 van het Vlaams Decreet van 03.03.2004 betreffende de eerstelijnszorg en de samenwerking van zorgaanbieders

<sup>6</sup> P. Vandekerckhove : Meneer Dokter. Ed GLOBE, Roularta Books, Roeselaere, 2006.

<sup>7</sup> Arrest Demotte: wachtdiensten van huisartsen

<sup>8</sup> Dictionnaire Larousse 1968.

zijn logistieke en administratieve structuren een hogere marginale kost dan een praktijk in een privé-kabinet.

De kwaliteitsstructuur voor de geneeskunde van morgen beschrijven, betekent dus de eerste lijn organiseren als de preventie- en toezichteenheid van de chronische aandoeningen. De echte spoedgevallen worden ter harte genomen door het ziekenhuis en de MUG-diensten. De diagnostische bijstellingen en de behandelingen die een zeer technische benadering of een welbepaalde expertise vereisen, zijn voorbehouden aan het ziekenhuis. De gevallen waar geen ziekenhuisapparatuur voor vereist is, kunnen tegen een lagere kost op het privé-kabinet van een G.Sp. of in een polykliniek worden behandeld.

In deze structuur, en om redenen van kostenbeheersing, bekleden verpleegkundigen en paramedici een steeds belangrijkere rol. De arts is met zijn expertise niet langer de thuisverzorger, maar de expert die beslist over behandelingen die de nurses of, zoals in sommige landen, nurse-practitioners uitvoeren. Op te merken valt dat de H.A. de thuisbevellingen hebben moeten prijsgeven aan de vroedvrouwen.

### **Structuur en opleiding**

De medische opleiding is geëvolueerd. Komende van een “doctrinaire” opleiding is het onderwijs tegenwoordig op de praktijk gericht. De oude universele medische kennis is niet meer mogelijk, gezien de uitgebreidheid en complexiteit van het kennisdomein.

Het probleemgestuurd onderwijs wordt alsmaar vaker toegepast in onze universiteiten. Het komt uit Canada, het land waar het concept van de evidence based medicine (EBM) is ontstaan, en bestaat hoofdzakelijk uit het oplossen van medische problemen tijdens gesprekken (PBLD = problem based learning discussion) of groepswerken (team working). Bijzonder aan dit concept is de self-training, waarbij de snelheid van de kennisverwerving (en de kennisbeheersing) op het ritme van de student of de assistent is afgestemd, met een opleiding in modules en de overdracht van de verworven kennis (of het tekort aan kennis) van jaar naar jaar, of zelfs van universiteit naar universiteit.

Twee bedenkingen hierbij. De eerste is dat de identiteit van de doctor in de geneeskunde die over een kennis van een holistische geneeskunde beschikt en, met een welhaast goddelijk vermogen, zijn patiënt behandelt, plaats heeft geruimd voor de identiteit van een geneesheer-expert die medische problemen oplost. Over een dokter die zijn patiënt behandelt, wordt niet meer gesproken!

De tweede bedenking gaat over de keuze van de probleemoplossing. Deze keuze wordt ingegeven door het streven naar uitmuntendheid, naar kwaliteit en naar de laagste kost. Men spreekt over de waarschijnlijkheid van resultaten, over efficiëntie, over EBM. De beste keuze als dusdanig is ethisch als ze de beste kansen biedt aan de patiënt, voor een levenskwaliteit (QALY) tegen de laagste kost. De medisch expert wordt ook een economisch expert. De arts wordt stilaan een ingenieur van de menselijke machine, die hij moet helpen functioneren in onze productie- en consumptie maatschappij.

De “kwaliteitskeuzes” hangen af van gezondheidseconomische technieken als beslisbomen; het model van Markov. De genomen beslissingen zijn verdedigbaar in termen van gezondheid en gezondheidseconomie. De genomen beslissingen worden meervoudig, multidisciplinair. Er wordt ook niet meer afzonderlijk, maar in teamverband gewerkt.

### **Structuur en vaardigheden:**

De nieuwe G.Sp. heeft het profiel van<sup>9</sup>:

- Professional
- Communicator
- Manager
- Team worker

---

<sup>9</sup> G. Hudon: Développement professionnel continu des médecins au Québec : toile de fond académique et juridique. MS7 – Montréal 2005

- Gezondheidspromotor
- Wetenschapper
- Medisch expert

Al deze vaardigheden (die vaak slechts in geringe mate zijn opgedaan tijdens de geneeskundeopleiding) moeten worden verworven en ontwikkeld via een permanente medische opleiding. Daarom organiseert het VBS samen met de Hogeschool Universiteit Brussel, HUB<sup>10</sup>, een managementcursus voor artsen.

### **Ziekenhuisstructuur:**

Het ziekenhuis van morgen zal een hightech-omgeving zijn. Het aantal ziekenhuisverblijven zal nog dalen door de ontwikkeling van de ambulante zorgen en het in de hand houden van de duur van de verblijven. Momenteel telt België 4,4 bedden per 1000 inwoners<sup>11</sup>. Canada telt er 2,9, Zweden 2,2, Nederland 3,1. Deze cijfers tonen aan dat de Belgische ziekenhuisorganisatie niet van de efficiëntste is, aangezien de opnamecapaciteit (en -kost) hoger liggen dan in buurlanden die, met vergelijkbare ziektebeelden, gelijkaardige resultaten behalen op het vlak van levensduur van patiënten.

### **Structuur van thuisverzorging en extramurale verzorging:**

Het hospitalocentrisme van de jongste jaren heeft de uitbouw van een extramuraal gecoördineerd zorgnetwerk onmogelijk gemaakt. De Belgische politiek, met haar zorgnetwerken, de communautarisering van de problemen, en haar federale en regionale of communautaire bevoegdheden, creëren een “georganiseerde” chaos. De krant ‘De Standaard’ schreef op 22 oktober 2007 dat 85% van de bejaarde en demente patiënten in België nog thuis worden verzorgd. Er bestaat dus geen gecoördineerd en multidisciplinair zorgnetwerk<sup>12</sup>. Deze toestand heeft in Vlaanderen tot gevolg dat voor het verkrijgen van gesubsidieerde hulp van het gewest, de federale overheid en het RIZIV tal van documenten moeten worden ingevuld, waaronder drie verschillende schalen voor de beoordeling van de patiënt. Kunnen we in dit geval nog spreken van een kwaliteitsstructuur?

### **PROCESSEN:**

#### **De clinical pathways; klinische paden**

De paden worden op de website van de KUL<sup>13</sup> omschreven als:

“Clinical management tools that organize, sequence, and time the major care activities and interventions of the entire multidisciplinary team for a particular diagnosis or procedure.”

De klinische paden zijn dus managementtools voor zorgverstrekking aan patiënten die zijn opgesteld a.h.v. vooraf bepaalde criteria. Ze omvatten de eerstelijns- en ziekenhuisgeneeskunde, en maken een globale benadering van de zorgen mogelijk op basis van de diagnose en de procedure.

### **EBM**

Sacket heeft EBM gedefinieerd als “The conscientious, explicit, and judicious use of the best evidence in making decisions about care of individual patients.”<sup>14</sup>

De oordeelkundige en uitdrukkelijke keuze van EBM gebeurt op basis van wetenschappelijk bewijs, de ervaring van de arts en de keuze van de patiënt.<sup>15</sup> Dit verschilt sterk van de opvatting

<sup>10</sup> HUB was voorheen EHSAL, KUB, HONIM en VLEKHO

<sup>11</sup> OESO-verslag 12 juni 2007

<sup>12</sup> J. De Lepeleire : Samenwerking is geen wondermiddel. De Standaard p. 20; 22.10.2007

<sup>13</sup> [www.uzleuven.be/ebm/kp](http://www.uzleuven.be/ebm/kp)

<sup>14</sup> D.L.Sackett, W.M. Rosenberg, J.A.M. Gray, R.B. Haynes, W.S. Richardson. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. B.M.J. 1996; 312: 71-72

van sommigen, die EBM beschouwen als een unieke keuze zonder alternatief, die impliceert dat er inzake behandeling en diagnostische benadering geen variabiliteit mogelijk is.<sup>16</sup> EBM is per definitie de beste keuze voor de arts en de verwachtingen van de patiënt en het gezondheidssysteem waarin men zich bevindt. Het is het streven naar uitmuntendheid in de kunst van het mogelijke.

### **Gezondheidseconomie: kostenefficiëntie?**

De kunst van het mogelijke die zonet werd omschreven heeft een ethische en een economische dimensie. De toegang tot de zorgverlening voor iedereen en de financiering van die zorgen is een probleem van alle samenlevingen<sup>17</sup>.

Zelfs als de gemeenschap in haar geheel aan de financiering van de zorgen deelneemt, via belastingen of een sociaal zekerheidssysteem op basis van de vrucht van arbeid, moet men toegeven dat de patiënt zelden degene is die dit systeem betaalt. Dit heeft drie gevolgen. Ten eerste is er een gebrek aan transparantie van het systeem, tussen de verzekeraar, de zorgproducent en de consument; ten tweede moet de omvang van de zorgen, aangezien ze gesolidariseerd zijn, worden beperkt; ten derde beïnvloedt de vrijheid van toegang tot zorgen die door derden worden betaald het gedrag van de consument, die hierin dus moet worden opgevoed.<sup>17</sup>

Gebrek aan transparantie:

Om het gebrek aan transparantie te compenseren, proberen de financiers performantie te valideren en inefficiëntie te bestraffen<sup>18</sup>. Hieruit is de idee van Pay for Performance (P4P) en meer recent van Pay for Quality (P4Q) gegroeid.

Begrenzing van de terugbetalingen:

De impact van de nieuwe technologieën, de vergrijzing en de evolutie naar langdurige aandoeningen doen de vraag naar zorgverlening en de zorgkost alleen maar toenemen<sup>17</sup>. De variatie in de behandelingen en technieken brengt variaties in de kosten met zich mee<sup>19</sup>. Tegelijkertijd stellen we de afwezigheid van gezondheidsdoelen<sup>20</sup> vast, zoals in de preventieve geneeskunde, en een gebrek aan politieke keuzes en moed.

Opvoeding van de patiënten:

Dankzij het medisch shoppen kan de patiënt een tweede mening inwinnen over zijn kwaal, wat in overeenstemming is met de rechten van de patiënt<sup>21</sup>. Doordat het enig medisch dossier niet bestaat en de gezondheidsgegevens niet worden geïnformatiseerd is er geen rechtstreekse controle mogelijk. Enkel de ziekenfondsen zouden aan de hand van het aantal raadplegingen bij verschillende artsen met hetzelfde specialisme de overconsumptie kunnen opsporen. Maar zelfs dan is het niet vanzelfsprekend om in te grijpen. Daarom moeten patiënten en politieke beleidsmakers bewust worden gemaakt. Bij de uitoefening van de gespecialiseerde geneeskunde moeten de patiënten ook worden opgevoed om de verwachtingen en vooroordelen te oriënteren<sup>22</sup>. We mogen niet vergeten dat de kwaliteit zoals die wordt beleefd door de patiënt in hoofdzaak uit perceptie bestaat<sup>1</sup>.

---

<sup>15</sup> B.G. Fahy : EBM in perioperative care. Does it help us improve care? A.S.A. San Francisco Refresher Course, 2007 : 213:1-6

<sup>16</sup> C. Lucet : The perspective of Social Health insurance company to P4Q. Pfizer Health Forum; Limelette, dec 2007

<sup>17</sup> P. Mordelet : gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé. ENSP 2006, Rennes, p. 113

<sup>18</sup> R. Adams : Pay for performance : A decision Guide for Purchasers. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ publication 06-0047, April 2006

<sup>19</sup> D. Schaeffer , D.E. Mc Murty : Variation in medical care : time for action : Health Affairs, nov 2005.

<sup>20</sup> L. Annemans : Why pay for performance gains interest. A health economic view. Pfizer Health Forum, Limelette, dec 2007.

<sup>21</sup> K.B. van 22 augustus 2002

<sup>22</sup> Klafta, Roizen: Anesth Analg 1996

## **Kwaliteitsmetingen:**

Door kwaliteitsindicatoren te definiëren, kunnen we de kwaliteit gaan meten en een benchmarking tussen de verschillende instellingen opstellen.

De Wereldgezondheidsorganisatie financiert in Europa het PATH-project (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals) dat 6 assen omvat; twee horizontale (gericht op de patiënt en het streven naar veiligheid) en vier verticale (klinische doeltreffendheid, efficiëntie van de zorgverlening, verantwoordelijk bestuur en organisatie van het personeel<sup>23</sup>).

In België financiert de FOD Volksgezondheid (federale overheidsdienst: voorheen het ministerie) in de ziekenhuizen diverse projecten over kwaliteitsonderzoek<sup>24</sup>. Het intermutualistisch agentschap en het KCE hebben gerapporteerd over de preoperatieve onderzoeken in de ziekenhuizen en guidelines werden opgesteld met de NRKP<sup>25</sup> (Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie, een orgaan van het RIZIV).

De analyse van de ziekenhuisparameters laat een benchmarking tussen de ziekenhuizen toe<sup>26</sup>. De Dexia-studie over de financiële gezondheid van de ziekenhuizen maakt een onderlinge vergelijking mogelijk<sup>27</sup>. De gegevens van de MKG (minimale klinische gegevens) kunnen bij de FOD Volksgezondheid worden opgevraagd om de performanties van de ziekenhuizen aan elkaar te toetsen. Ten slotte kunnen ook evaluatietechnieken zoals de pilot feedback van 2006 met 12 indicatoren, de balanced score card, de administratieve gegevensbanken zoals de MKG, Finhosta, de sociale balansen en de jaarstatistieken dienen om een vergelijking te maken van de activiteiten en de kosten, maar zelden van de outcome.

## **P4P en P4Q:**

Het gebruik van kwaliteitscriteria om de gezondheidszorg te financieren vloeit voort uit een bekommernis om doeltreffendheid in de zorgverlening en dienstverlening aan de patiënt.

Drie doelstellingen motiveren de verzekeraars om de P4P te gebruiken, m.n. een financiële stimulans om vooraf omschreven doelstellingen op het vlak van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening te halen, een verbetering van de kwaliteit door het terugdringen van de variabiliteit in de behandelingen, en de beperking van de kosten<sup>16</sup>.

In het Verenigd Koninkrijk is de financiering van de huisartsen door de NHS voor een gedeelte gebonden aan kwaliteits- en prestatiecriteria. Aan de hand van 146 indicatoren en een puntensysteem – aan elk punt is een bepaalde geldwaarde toegekend – krijgen de huisartsen een aanvullende financiering van hun activiteiten<sup>28</sup>. In de VS en Australië worden diverse initiatieven genomen om de financiering aan kwaliteitscriteria te koppelen.

'Pay for Result' is een volgende stap, waarin de resultaatverplichting voor geneesmiddelen de betaling rechtvaardigt<sup>29</sup>.

## **OUTCOME:**

Diverse landen vergelijken de outcomes (resultaten) per aandoening of categorie van aandoeningen. Jaarlijks wordt een klassement van de ziekenhuizen opgesteld<sup>30</sup>. U.S. News and World Report stelt zijn klassement voor hartziekten en hartchirurgie op op basis van drie criteria:

---

<sup>23</sup> J. Veillard et al: A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project.; Int jour. for Quality in Health Care vol 17 p. 487-496; 2005

<sup>24</sup> M. Haelterman: Coordination of quality and patient safety. Pfizer Health Forum, Limelette, dec 2007

<sup>25</sup> Het Preoperatief onderzoek, KCE, 2004.

Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières. D.G. Organisation des établissements de soins. FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. April 2006.

<sup>26</sup> Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières. D.G. Organisation des établissements de soins. FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. April 2006.

<sup>27</sup> A. Dessoy: Analyse sectorielle des hôpitaux généraux. (2003-2006). Dexia, 4 oktober 2007

<sup>28</sup> T. Doran, The UK's Pay for performance programme for primary care. Pfizer Health Forum, Limelette, 2007

<sup>29</sup> A.M. Gabner: Satisfaction guaranteed – "Payment by results" for biologic agents. N.E.J.M. 357; 16; 1575-2007

<sup>30</sup> M. Mitka: Health care varies widely across the States. JAMA, 18, 298,3, 276-77, 2007

ziekenhuismortaliteit, de reputatie van de cardiologen en de ziekenhuisinfrastructuur. Door de mortaliteit over 30 dagen te vergelijken behalen de beste ziekenhuizen betere scores, hoewel ook bepaalde niet-geklasseerde ziekenhuizen uitstekende scores neerzetten.

Deze ranking van de Amerikaanse ziekenhuizen werpt de vraag op wat de relevantie is van de gemeten parameter. De mortaliteit in het ziekenhuis levert resultaten op die gedeeltelijk verschillen van de mortaliteit over 3 maanden<sup>31</sup>.

## **BESLUITEN:**

Is kwaliteit in de geneeskunde een utopie? Door het ontbreken van een definitie van het begrip kwaliteit kan dit concept door elke partij volgens haar eigen verwachtingen worden ingevuld. De patiënt huldigt een perceptie van een kwalitatief hoogstaande geneeskunde, die bedreven wordt door beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg en de beste resultaten oplevert. De arts zoekt de conformiteit met wetenschappelijke gegevens, professionele aanbevelingen, guidelines op het vlak van zorgverlening. Hij vergeet vaak de kost van de zorgen en streeft naar een maximalistische behandeling in het belang van de patiënt. Deze visie wordt niet gedeeld door de betalingsinstellingen, verzekeraars en voogdijoverheden, die het concept 'kwaliteit' gebruiken voor het begrip 'performantie'. Kwaliteit wordt het excuus om de therapie te uniformiseren, op basis van strikt economische parameters. Sommigen willen in de richting gaan van een resultaatverplichting. Deze evolutie is uiterst gevaarlijk. Een Amerikaanse groep (Geisinger) neemt alle complicaties op 90 dagen in postoperatieve hartchirurgie ten laste. De financiële gezondheid van deze groep kan enkel worden gegarandeerd door een zeer strenge selectie van de patiënten, of door de uitsluiting van bejaarden of risicopatiënten. In dit geval mogen we, in plaats van over kwaliteit, gerust spreken over discriminatie in het zorgaanbod. Kwaliteit in de geneeskunde is een utopie wanneer ze alleen aan een financieel objectief beantwoordt. Deze economische kwaliteit betekent niets meer of niets minder dan de ontmenselijking van de geneeskunde. De enige oplossing bestaat in het definiëren van de indicatoren door of samen met de artsen en uit het nastreven van echte doelstellingen van volksgezondheid.

Ons zorgstelsel omvat overigens tegenstrijdigheden. Zo garandeert de wet op de vergoeding van schade zonder fout de schadeloosstelling van de patiënt voor zorgen waarvan hij niet heeft kunnen genieten, terwijl hij er volgens de huidige stand van de wetenschap wel van had moeten kunnen genieten, maar waarvan de ZIV-regels geen terugbetaling toelaten. En wat te zeggen van een "no fault"-systeem als de weigering tot accreditatie van een ziekenhuis per definitie een vermoeden van fout vormt?

Kwaliteit mag niet dienen als excuus om met het gezondheidsbeleid een zuiver economische weg in te slaan. Want dan is ze een utopie.

---

## **VBS WIL MDEON DRINGEND BIJSTUREN**

Wij hebben gedurende vele jaren studiedagen, symposia, cursussen en congressen georganiseerd of helpen organiseren. Deze activiteiten maakten de medische navorming uit vóór de accreditering, de CME (Continuing Medical Education) en de CPD (Continuing Professional Development). Het kwam er en het komt er nog op aan deze wetenschappelijke activiteiten een zekere luister te geven, te organiseren in interessante of mooie, of attractieve locaties teneinde zowel veel deelnemers aan te trekken (wat de navorming, maar ook de volksgezondheid ten goede komt) alsook prominente sprekers en vooraanstaande medische personaliteiten (die ook liever naar en in attractieve locaties komen en vertoeven!).

Hiervoor was bijna nooit financiële hulp voorhanden vanwege de overheid of de academische instanties, maar gelukkig wel van farmaceutische of medisch materiaal producerende firma's. Het mag en moet zeker gezegd worden dat, hadden deze ondernemingen de initiatieven van het

---

<sup>31</sup> O. Wang : « America's Best Hospitals » in the treatment of acute myocardial infarction. Arch Intern Med 167,13, 1345-51, 2007

geneesherenkorps niet op daadwerkelijke manier gesteund, de medische ontwikkeling en bijgevolg de gezondheidszorg een heel belangrijke achterstand zouden hebben gekend. Hierover wordt echter nauwelijks een woord gerept.

Zich beroepend op een aantal drogredenen of uitwassen, die bij alle menselijke initiatieven aanwezig zijn, hebben de politici en de overheid zich eens te meer de rol van “redresseur de torts” toegemeten en hebben ze – daarin dolgraag door de media gevolgd – zich voorgenomen eens naar hartelust te gaan sabelen in die “voorrechten”, in dit “snoep” voor de dokters!

Ze hebben ons onder het mom van autoregulatie en zelfcontrole een soort inquisitie voor de voeten geworpen die met een mentaliteit van haarklieverij en persecutie de artsen ook in dit domein eens mores zou leren. Totale volgzzaamheid, nederige onderwerping en enthousiaste toetreding tot deze bureaucratische overlast en tot deze beperking van onze mogelijkheden worden hierbij vereist! Het organisme is er op korte tijd in geslaagd om een reeks infantiele, belachelijke regels te construeren, in een perfecte Jozef II-stijl (de keizer van Oostenrijk reguleerde zelfs de lengte van de kaarsen voor de eredienst!), waarvan men er reeds enkele, maar nog steeds absoluut onvoldoende, heeft moeten afzwakken.

Terwijl de hoogste politieke wereldinstanties zich rustig in selecte oorden mogen ontmoeten (vb. de jaarlijkse hoogmis in Davos) en onze parlementariërs (en al dan niet overbodige staatssecretarissen) op onze kosten (zogezegd van de staat) “snoepreizen” maken naar alle werelddelen, moeten medisch-wetenschappelijke activiteiten verplicht worden gehouden in oorden “die geen verwarring scheppen omtrent hun wetenschappelijke karakter”!

Mdeon heeft zich tot op heden gedragen als een organisatie die zich als een pretentieuze kikker opblaast, aan automotivatie doet, zijn rol nodeloos wil uitbreiden en zich gewichtig maakt, zich hierbij blijkbaar inspirerend op het gezegde *“warum ’s einfach machen wenn ’s auch kompliziert geht”!*

Het kan niet anders dan dat deze bureaucratische rompslomp een ernstige bedreiging zal vormen voor onze medische navorming en een negatieve, remmende invloed zal veroorzaken op het initiatief van de organisatoren, het enthousiasme van de deelnemers en het volume en de kwaliteit van de aangeboden activiteiten.

Het VBS is van oordeel dat het de hoogste tijd is dat Mdeon zijn doelwitten bijstuurt, zijn reguleringen versoepelt en afziet van zijn dokterpesterijen. Het VBS heeft, samen met de BVAS, initiatieven genomen om een koerswijziging door te drukken. De 670.000 € die Mdeon vandaag aan zijn opdracht besteedt, kan ongetwijfeld beter aangewend worden om onze wetenschappelijke evenementen te steunen en te promoveren en zo een positieve inbreng betekenen voor de volksgezondheid!

Prof. Dr. J. GRUWEZ

#### **Oproep tot kandidaturen om te zetelen in de visumcommissies van MDEON**

De geneesheren-specialisten zullen het beleid van Mdeon slechts positief kunnen beïnvloeden indien ze zelf actief deelnemen aan de activiteiten van deze vereniging door ondermeer te zetelen in de visumcommissies. Het VBS lanceert dan ook een oproep aan de geneesheren om zich kandidaat te stellen voor een functie in deze commissie. U kunt uw kandidatuur rechtstreeks te richten tot Mdeon, Koning Albert I -laan 64 te 1780 Wemmel. Gelieve het VBS op de hoogte te houden van uw kandidatuurstelling.



**VBS – GRAS SAVOYE SYMPOSIUM "DE AANSPRAKELIJKHEID"**  
**14.06.2008**

**Accreditering aangevraagd in ethiek en economie**

**Programma**

08.30-09.00	Onthaal	
09.00-09.05	Verwelkoming	Dhr. V. Safarian, Gras Savoye
09.05-09.20	Inleiding	Dr. J.L. Demeere, VBS
09.20-09.55	Jongste ontwikkelingen inzake de no fault-wet op de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.	Meester Th. Vanswevelt
09.55-10.15	Wat zijn voor artsen de essentiële aandachtspunten in een verzekeringscontract beroepsaansprakelijkheid?	Mevr. A. Jaumotte, Fortis Corporate Industry
10.15-10.40	Vragen en discussie	
10.40-11.00	Koffiepauze	
11.00-11.25	Wat is de aansprakelijkheid van de behandelend geneesheer van een patiënt, bestuurder van een voertuig, die medicatie krijgt?	Meester E. Thiry
11.25-11.40	De voor de arts toegevoegde waarde van een rechtsbijstandverzekering in geschillen met het RIZIV, met patiënten en met ziekenhuizen. Case studie	Mevr. AC Sylvestre, DAS
11.40-12.00	De bestuurdersaansprakelijkheid in een artsenvennootschap. Hoe kan een arts persoonlijk aangesproken worden ?	Dhr C. Cools, AIG
12.00-12.25	Vragen en discussie	

**Plaats**

Solvay Bibliotheek  
 Belliardstraat 137 1040 Brussel

**Inlichtingen en inschrijvingen**

Delphine Van den Nieuwenhof  
 VBS, Kroonlaan 20 – 1050 Brussel  
 Tel 02/ 649 21 47 Fax: 02/649 26 90

✂ -----

**INSCHRIJVINGSFORMULIER**

**RIZIV Nr** : ..... **Adres** : .....

**Naam** : ..... **Postcode** : .....

**Voornaam** : ..... **Gemeente** : .....

**Specialisme** : ..... **E-mail** : .....

Ik zal deelnemen aan het symposium van 14.06.2008 en stort de som van:

	Tot en met 31.05.2008	Vanaf 01.06.2008
Leden	<input type="radio"/> 20 €	<input type="radio"/> 30 €
Niet-leden	<input type="radio"/> 45 €	<input type="radio"/> 55 €
Kandidaat-specialisten	<input type="radio"/> 5 €	<input type="radio"/> 10 €
	Ter plaatse	<input type="radio"/> 70 €

**op rekening 068-2095711-53 van het VBS**  
**met vermelding van de naam van de deelnemer en "Symposium : De aansprakelijkheid"**

**Datum / Handtekening:**

## FUNCTIE « NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE »

**10 FEBRUARI 2008. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » moet voldoen om te worden erkend (B.S. d.d. 07.03.2008)**

**Artikel 1.** § 1. Dit besluit is van toepassing op de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » bedoeld in het koninklijk besluit van 10 februari 2008 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie ».

§ 2. Om te worden erkend en erkend te blijven, moet de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » voldoen aan de erkenningsnormen van dit besluit.

§ 3. De functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » :

1° maakt organisatorisch en functioneel deel uit van een algemeen ziekenhuis en bevindt zich op dezelfde vestigingsplaats;

2° wordt uitgebaut door dezelfde inrichtende macht als het ziekenhuis op wiens vestigingsplaats ze zich bevindt;

3° verricht, gebruik makend van de infrastructuur van het algemeen ziekenhuis en met de inzet van medisch, verpleegkundig en/of paramedisch personeel van het ziekenhuis, geplande niet-heelkundige diagnostische en therapeutische handelingen, zonder dat zulks aanleiding geeft tot een ziekenhuisverblijf met overnachting. Indien een overnachting is aangewezen dient hiervoor een procedure voorzien te zijn.

**Art. 2.** De functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » vormt één of meerdere herkenbare en aanwijsbare entiteiten.

**Art. 3.** De omvang, het aantal en de aard van de uitrustingen moeten afgestemd zijn op de aard en het aantal opnames.

De functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » dient over patiëntenkamers te beschikken in functie van de aard en het aantal verstrekkingen.

**Art. 4.** De in de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » in acht te nemen procedureregeling heeft betrekking op :

1° de verstrekking van de nodige informatie aan de patiënten;

2° alle activiteiten inzake selectie voor een voorbereiding van opname, met inbegrip van de activiteiten die deze opname noodzakelijkerwijze voorafgaan; één van de bedoelde selectiecriteria bestaat erin dat er in de functie enkel patiënten worden opgenomen die thuis, tot 24 uur na hun ontslag, over de nodige opvang beschikken;

3° de regels inzake een optimale verzorging en veiligheid van de patiënten tijdens hun verblijf;

4° de voorbereiding van het ontslag uit de functie en de wijze waarop de continuïteit van de zorg gewaarborgd wordt. Er dient desgevallend te worden voorzien in een schriftelijke procedureregeling met betrekking tot de nazorg van de patiënt na diens ontslag.

De behandelende geneesheer zal verwittigd worden van het feit dat de patiënt, na in daghospitalisatie opgenomen te zijn, het ziekenhuis verlaat.

Bij het ontslag moet een geschreven rapport voor de behandelende geneesheer voorhanden zijn. Bedoeld verslag dient onverwijld doorgestuurd te worden naar de behandelende geneesheer. Dit rapport moet alle elementen bevatten die noodzakelijk zijn opdat de behandelende geneesheer de coördinatie van de verdere medische hulpverlening zou kunnen verzekeren.

**Art. 5.** De functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » beschikt over schriftelijk vastgelegde selectiecriteria betreffende zowel de patiënten als de diagnostische en therapeutische handelingen die in daghospitalisatie verricht worden.

**Art. 6.** De functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » dient een programma van kwaliteitsbewaking per type « niet-heelkundige daghospitalisatie » uit te werken dat minstens betrekking heeft op de werking van de functie, op het resultaat van de zorgverstrekking en op de communicatie met de verstrekkers van de eerstelijnszorg.

De medische en verpleegkundige activiteit van de functie moet kwalitatief getoetst worden. Op basis van een interne registratie dient een jaarlijks rapport te worden opgesteld over de kwaliteit van de medische, respectievelijk verpleegkundige, activiteit.

De in het vorig lid bedoelde rapporten worden jaarlijks overgezonden, op hun verzoek, aan de organisatorische structuren bedoeld in respectievelijk artikel 15, § 2, en artikel 17quater, § 2, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

**Art. 7.** De functie « niet-chirurgische daghospitalisatie », staat onder leiding van een geneesheer-specialist. Hij is wat zijn ziekenhuisactiviteit betreft voltijds en exclusief verbonden aan het ziekenhuis dat de functie beheert of aan één of meerdere andere ziekenhuizen die deel uitmaken van eenzelfde ziekenhuisgroepering, zoals bedoeld in artikel 69, 3°, van de gecoördineerde wet van de ziekenhuizen.

Hij is, in samenspraak met de diensthoofden of verantwoordelijke geneesheren van de eventuele entiteiten van de functie niet-heelkundige daghospitalisatie, van de betrokken diensten, medisch-technische diensten, functies of zorgprogramma's, verantwoordelijk voor het opmaken van de schriftelijke organisatorische afspraken voor het vaststellen van de criteria en de procedureregeling bedoeld in de artikelen 4 en 5.

**Art. 8.** In de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » en zijn eventuele entiteiten dient er in een permanentie van een geneesheer -specialist of geneesheer -specialisten voorzien te worden die de nodige deskundigheid heeft of hebben om eventuele urgenties en/of complicaties te herkennen, op te vangen en te stabiliseren, en dit tot op het ogenblik dat de laatste patiënt uit de functie ontslagen is.

**Art. 9.** Over het ontslag van een patiënt uit de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » beslist de behandelende geneesheer of, bij diens afwezigheid, de in het ziekenhuis aanwezige geneesheer die verantwoordelijk is voor de patiënten van de functie « niet-chirurgische daghospitalisatie ».

**Art. 10.** § 1. De functie « niet-chirurgische daghospitalisatie » heeft gedurende de openingsuren een eigen verpleegkundige en verzorgende personeelsopstelling, te onderscheiden binnen de personeelsopstelling van het ziekenhuis.

§ 2. De functie « niet-heelkundige daghospitalisatie » moet gedurende de openingsuren een permanentie verzekeren door ten minste één verpleegkundige per onderscheiden architectonische entiteit.

**Art. 11.** De functie « niet-heelkundige daghospitalisatie » dient, gedurende de openingsuren, te beschikken over een administratief personeelslid.

---

## ERKENNINGSNORMEN NIC-DIENSTEN

**10 MAART 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (B.S. d.d. 07.04.2008)**

**Artikel 1.** Punt 3 van rubriek « I. Algemene bepalingen » van de bijzondere normen toepasselijk op de dienst voor intensieve neonatologie, kenletter NIC, gevoegd als bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 20 augustus 1996, wordt vervangen als volgt :

« 3. De NIC-dienst moet beantwoorden aan tenminste drie van de hiernavolgende activiteitsnormen :

1° jaarlijks worden minstens 50 pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1500 gram opgenomen;

2° jaarlijks heeft tenminste 20 % van de opnamen betrekking op intra- of extra-uteriene transferts;

3° jaarlijks worden de pasgeborenen met nood aan intensieve zorg afkomstig van tenminste 5.000 verlossingen behandeld via samenwerkingsovereenkomsten met M-diensten en N\*-functies;

4° jaarlijks wordt minstens 50 % van de intra- of extra-uterien verwezen NIC-patiënten terugverwezen naar de doorverwijzende instelling. ».

**Art. 2.** Bij rubriek « III. Functionele normen » van de bijzondere normen toepasselijk op de dienst voor intensieve neonatologie, kenletter NIC, gevoegd als bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 20 augustus 1996, wordt een punt 10 ingevoegd, luidend als volgt :

« 10. De dienst staat in voor de organisatie van een gestandaardiseerde follow-up van de zogenaamde hoogrisico pasgeborenen, dit zijn pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1500 gram of waarvan de moeder vóór 32 weken zwangerschap is bevallen. »

---

## HYPERBARE ZUURSTOF THERAPIE : MEER DAN LUCHT ?

Persbericht KCE

Hyperbare zuurstoftherapie wordt al decennia toegepast. In België wordt het voor een tiental aandoeningen gebruikt, waaronder CO-vergiftiging, acute doofheid en probleemwonden. Toch bestaat er voor de meeste hiervan onvoldoende wetenschappelijk bewijs van de werkzaamheid, stelt het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vast. De ziekteverzekering voorziet een beperkte terugbetaling voor de eerste 2 dagen, maar wordt gevraagd om de terugbetaling uit te breiden.

Bij hyperbare zuurstoftherapie of HBOT (Hyperbaric Oxygenation Therapy) wordt er aan de patiënt zuurstof toegediend terwijl hij zich in een kamer met verhoogde druk bevindt (compressiekamer). Een gekend voorbeeld is de behandeling na duikongevallen. Als een duiker te snel naar de oppervlakte komt ontstaan er gasbellen in de weefsels, de caissonziekte, een toestand die acute pijn veroorzaakt en in ernstige gevallen ook dodelijk kan aflopen. De behandeling gebeurt met HBOT. Het slachtoffer wordt zo snel mogelijk opnieuw in een kamer met verhoogde luchtdruk geplaatst, om daarna de druk geleidelijk te laten dalen, zodat de bellen oplossen. Deze aanpak bestaat al sinds de 19e eeuw.

In het verleden werd HBOT gebruikt voor meer dan 100 andere aandoeningen, en op dit moment wordt het voor zo'n 10 aandoeningen in België toegepast., waaronder CO-vergiftiging, acute doofheid, moeilijke genezende diabetische wonden en weefselbeschadiging na radiotherapie. In België zijn er 12 centra met hyperbare voorzieningen, 10 verbonden aan algemene ziekenhuizen en 2 aan militaire. In vergelijking met onze buurlanden is dat een grote capaciteit.

Men zou verwachten dat de werkzaamheid van deze therapie al lang wetenschappelijk bewezen is, maar daar wringt net het schoentje. Voor sommige aandoeningen bestaan er helemaal geen wetenschappelijke studies. Voor andere, zoals bij diabetische voetwonden, acute doofheid en weefselschade na radiotherapie zijn ze van lage kwaliteit. HBOT bij CO-vergiftiging blijkt niet effectief te zijn om de neurologische lange termijn gevolgen te verminderen in vergelijking met het alleen toedienen van gewone zuurstof. Voor de korte termijn gevolgen zijn er geen gegevens. Voor HBOT bij duikongevallen is er historisch bewijs dat behandeling in een compressiekamer werkt, maar of het toedienen van zuurstof bijkomende voordelen biedt is onduidelijk.

En de veiligheid? HBOT lijkt vrij veilig. De occasionele bijwerkingen zijn meestal beperkt en omkeerbaar. Om ze te beperken is een zorgvuldige patiëntselectie noodzakelijk.

Momenteel is er een beperkte terugbetaling door de ziekteverzekering voor de eerste twee dagen, onafhankelijk van het totaal aantal sessies. Daardoor zijn de kosten voor de gemeenschap beperkt: 83 000 euro in 2006 voor ongeveer 1400 sessies. Voor de overige sessies, die niet door het RIZIV worden terugbetaald, blijkt er nogal wat verschil tussen de centra te bestaan. Sommige rekenen de patiënt niets aan, andere vragen 20 à 30 euro per bijkomende sessie of een forfait van 200 euro voor meer dan 5 sessies. In 2006 werden er door de centra meer dan 16.000 sessies gegeven, aan ongeveer 2000 patiënten. Ongeveer één derde van de patiënten werd behandeld voor CO-vergiftiging.

Een aantal hyperbare centra hebben het RIZIV recent gevraagd om voor een aantal aandoeningen de terugbetaling uit te breiden, gaande van 3 (voor CO vergiftiging) tot 40 sessies (voor diabetische voetwonden). Het KCE is van oordeel dat er daarvoor voorlopig onvoldoende wetenschappelijke ondersteuning bestaat. Er is behoefte aan gerandomiseerd klinisch onderzoek naar de effectiviteit en de kosten van de behandelingen met HBOT. Onderzoeksfondsen vinden voor dit type van onderzoek is vaak moeilijk. Een voorwaardelijke financiering zou dit onderzoek kunnen aanmoedigen. Pas dan kan uitgemaakt worden of de terugbetaling van HBOT bij bepaalde aandoeningen verantwoord is.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.74A.

## EEN NATIONALE RICHTLIJN VOOR DE BEHANDELING VAN SLOKDARM- EN MAAGKANKER (KCE – 21/03/2008)

Het College voor Oncologie, de FOD Volksgezondheid en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelden opnieuw samen een nationale richtlijn op, ditmaal voor de behandeling van slokdarm- en maagkanker.

Jaarlijks sterven in België ongeveer 1500 mensen aan slokdarm- of maagkanker. Slechts 1 op 10 mensen bij wie slokdarmkanker wordt vastgesteld zal na 5 jaar nog in leven zijn. Slokdarmkanker is daarmee één van de meest agressieve kankers. Chirurgie biedt zowat de enige kans op genezing en een langere overleving. Een groot deel van de patiënten valt echter terug op een palliatieve behandeling.

Praktijkrichtlijnen verzamelen en vatten de alsmear toenemende hoeveelheid informatie samen over hoe een arts het best handelt in bepaalde situaties. Ze zijn bedoeld als een instrument om de zorgverlener en de patiënt te helpen in het nemen van beslissingen, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan hun autonomie. Het College voor Oncologie deed voor de ontwikkeling van de praktijkrichtlijn 'Slokdarm- en maagkanker' opnieuw beroep op het KCE voor de wetenschappelijke ondersteuning. Een grote groep experts werkte hieraan mee en waakte over de inhoud.

De richtlijn behandelt de belangrijkste fases in de aanpak van slokdarm- en maagkanker, gaande van diagnose tot behandeling en opvolging. De diagnose van slokdarm- en maagkanker is gebaseerd op een combinatie van lichamelijk onderzoek, endoscopie (waarbij een flexibele slang in het orgaan wordt ingebracht) en weefselonderzoek. Vooral in geval van aanhoudend braken, gewichts – en bloedverlies, verminderde eetlust of problemen met slikken is een endoscopie aangewezen. Voor de behandeling van de kanker staat chirurgie – indien mogelijk – centraal. De belangrijkste opties voor palliatieve behandeling worden eveneens in de richtlijn besproken. Palliatieve patiënten moeten verzorgd worden door een gespecialiseerd team dat aandacht heeft voor symptoomcontrole (pijnbestrijding, behandeling van slikproblemen,...), voeding en levenskwaliteit. De huisarts heeft een belangrijke coördinerende rol bij de organisatie van de palliatieve thuiszorg. Een multidisciplinaire benadering in elk stadium van de ziekte, waarbij oncoloog, chirurg, radiotherapeut, radioloog, patholoog, gastro-enteroloog (maag- en darmspecialist) en huisarts samenwerken, is van cruciaal belang.

Tot slot wordt in de richtlijn ook een voorzet gegeven voor het meten van de zorgkwaliteit. Dit zal immers een belangrijke manier zijn om te waken over de toepassing van de richtlijn.

De richtlijn kan worden geraadpleegd op de website van het KCE ([www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)) en van het College voor Oncologie ([www.college-oncologie-richtlijnen.be](http://www.college-oncologie-richtlijnen.be)).

**De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.75A.**

---

**RAPPORT VAN DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING**  
**'Patiënten als partners in gezondheidszorgbeleid. Meerstemmigheid in participatie'**

Het rapport *'Patiënten als partners in gezondheidszorgbeleid. Meerstemmigheid in participatie'* brengt het actuele debat over patiëntenparticipatie in België in kaart en analyseert de verschillende perspectieven vanwaaruit over patiëntenparticipatie wordt gesproken. De publicatie eindigt met een overzicht van concrete opties en acties ter verbetering van patiëntenparticipatie in gezondheidszorgbeleid.

De publicatie is zowel digitaal als gedrukt beschikbaar; u kunt gratis bestellen via de website [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be) of via het Contactcentrum van de Koning Boudewijnstichting : [publi@kbs-frb.be](mailto:publi@kbs-frb.be) of 070-233.728 (bestelnummer : 1758).

---

**SPEECH GIVEN BY PROF. J.A. GRUWEZ**  
**AT THE OCCASION OF THE UEMS 50TH ANNIVERSARY**  
(17th to 19th of April 2008 in Brussels)

Mister President, Honorary Presidents and General-Secretaries, dear guests,

When I was told yesterday that I was invited to address such a distinguished audience at the occasion of this gala-dinner, I remembered my friend and colleague-surgeon Larry Goldsmith from Philadelphia (the Goldsmith operation for lymphoedema) who at a long ago congress in Tucson had to chair a session at 8 o'clock in the morning and started off by saying: *"Ladies and gentlemen, I forgot my slides and in fact I feel as if I had to give a speech in front of a girl-school and suddenly noticed I forgot to put on my pants!"*.

Let's be serious, Bossuet said: *"La première vertu du bon orateur est la concision!"*, so I come to my subject, which is probably to look at the UEMS through the glasses of – shall I say – a "mature" member of the Management Council and of one of the Sections.

The history of the UEMS is nicely and briefly outlined in the yearbook and I should not even recall – since you all know this – that in July of 1958 – '58 is also the 50<sup>th</sup> anniversary of the world-fair in Brussels with u.m. the building of the Atomium, that rapidly became the emblem of the city – 12 gentlemen from the Benelux, France, Italy and Germany gathered in the not far away Cercle Gaulois to found this remarkable guild of the European Specialists. The Dei ex machina were Jacques Courtois, a French gynaecologist, and Oscar Godin, a Belgian ENT-specialist (Courtois became President and Godin Secretary-General and thus inaugurated a long list of Belgian Secretaries-General with Hubert Delune, Guy Des Marez, Robert Peiffer and now Bernard Maillet, only interrupted by Cees Leibbrandt from the Netherlands). Similarly Belgians have always kept the pursestrings, except for Jean-Claude Schaack (Luxembourg) who interrupted another Belgian series of Paul Mundeleer, Hubert Delune, Joseph Van Espen, Guy Des Marez, Paul Roose and now Vincent Lamy. You will not blame me if I put a feather on the cap of our Secretary-General and our Treasurer for their hard and efficient work.

Very early Mr. Christian Paul, Director, joined the team and faithfully served and developed the administration of the UEMS.

I have personally known the presidents Manfredo Fanfani, physiotherapist from Florence, Alexandre Kuttner, Orthopaedic Surgeon from Berlin, who I was pleased to see among the guests, and naturally our outstanding and present here tonight honorary presidents Len (Leonard) Harvey ('93-'99), Cilian Twomey ('99-'03) and Hannu Halila. Underlining the merits and the value of such presidents is no flattery, but an objective observation!

We experienced many pleasant and jolly moments with many of you at the occasion of our meetings, tasting a lovely scotch in the room of Rab Hide (previous British delegate), singing at the contest in Killarney, enjoying the Norwegian atmosphere at the meeting organised by Hans Asbjorn Holm (Norwegian delegate), learning Irish jokes from Dr. Don Coleman (Irish delegate) etc., etc.

We also witnessed the growth and expansion of our organisation over a couple of decades (to my astonishment I found my name in the publication at the occasion of the 25<sup>th</sup> anniversary!). There is no doubt, when I hear my university colleagues here in Belgium mentioning and referring to the UEMS when discussing matters of training and CME-CPD, that over the 50 years our organisation has gained considerable momentum and influence. The number of nations now among us, 35, speaks for itself. There is a treasure of directorial and guiding information in the documents and publications that the UEMS has issued.

I think I have to mention very particularly, because I had the opportunity to witness his intense work in the Harmonisation Committee for several years – Cees Leibbrandt. He has been a most powerful leverage in the expansion of the UEMS by means of the Charters, the European Accreditation Council for CME (EACCME) and the agreement with the American Medical Association.

Did I omit something? Yes of course ! What would all these husbands have done without the support of their wives? And did I attract your attention to the one and probably unique specimen of a lady vice-president Professor Gunilla Brenning?

As for the future I would say: Perge quo coepisti! Proceed further on the same avenue. I know that it is a piece of jugglery, in Europe, with its multiple facets and different aspects, with its numerous types of national healthcare systems, to find common denominators in not only matters of training or quality control, but also in fields like the statute of the hospital or of the extra-muros specialist, liability and insurance, hierarchy in the hospitals and departments, income and honorarium, the right place for E.B.M., the increasing grip of the state on medicine, ethical problems etc., etc.

Dear Friends,

Slovenia is one of the smaller members of the European Union, but it produces very valuable individuals.

The destiny of the UEMS lies in the hands of young men! But rarely have I seen so much endeavour, intelligence and wisdom as in the person of our president, Zlatko Fras!

Therefore I bring him – as a small token of esteem and as a remembrance – the commemoration medal of my University in Leuven.

Dear friends, ladies and gentlemen, the future of the UEMS is in good hands! Ad multos annos!

## PRIJZEN

**Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België**  
**PRIJS PROF. DR. MARC VERSTRAETE voor de studie van DE HEMATO-ANGIOLOGIE**  
*Driejaarlijkse prijs voor onderzoek in de hemato-angiologie, bij voorkeur beperkt tot de bloedstolling, de fibrinolyse en hun interactie met de vaatwand.*

**PERIODE 2005-2008**

**PRIJS : 14.000 EUR - EINDE VAN DE WEDSTRIJD : 31 MEI 2008**

Bijkomende informatie kan bekomen worden op het secretariaat van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België - Hertogstraat 1 - 1000 Brussel of per fax : 02/550.23.05 of e-mail : [academiegeneeskunde@vlaanderen.be](mailto:academiegeneeskunde@vlaanderen.be) of op de website : [www.academiegeneeskunde.be](http://www.academiegeneeskunde.be)

## WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

***Evidence-based medicine in de klinische praktijk :***  
***3-daagse EBM cursus voor artsen en andere zorgverleners***  
***28-29-30 mei 2008 – Leuven***

De cursus bestaat uit plenaire sessies en kleine werkgroepen.  
Inschrijvingen vóór 1 mei.  
Accreditering : 18.0 CP in rubriek 6 (Economie en Ethiek)

Informatie : Mevr. Ester Vanachter, Belgisch Centrum voor EBM, Belgian Branch of the Cochrane Collaboration, Kapucijnenvoer 33, blok J, bus 7001, 3000 Leuven, tel. : 016/33.26.97, fax : 016/33.74.80, mail : [ester.vanachter@med.kuleuven.be](mailto:ester.vanachter@med.kuleuven.be), website : [www.cebam.be](http://www.cebam.be)

## AANKONDIGINGEN

- 04017\* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 05151\* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.
- 07068\* **ANESTHESIST** met ruime ervaring in algemene en locoregionale technieken, pijnkliniek en intensieve zorgen, is bereid om vervangingen, inslapende wachten en urgentiewachten te doen over heel het land. Tel. 0477/45.29.50
- 08010 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 08012\* **BRUSSEL** : Privé medisch centrum zoekt **NEUROLOOG** en **NKO**. Tel. : 02/267.97.78. Contact : Mevr. LOPEZ.
- 08036 **POLYVALENTE RADIOLOOG** gezocht voor samenwerking in moderne groeiende digitale privé-praktijk met 2 radiologen in Genk. Mogelijkheid tot deelname aan evt toekomstige CT-scan bespreekbaar. [info@radiologie-JASPERS.be](mailto:info@radiologie-JASPERS.be)
- 08042 **FRANKRIJK** : SEL (Société d'Exercice Libéral) op 20 km van Rijsel, in de regio Pas-de-Calais, met 4 praktijken (Henin-Beaumont, Oignies, Wingles, Billy Montigny), vacante uren voor scanner en MRI, en ESV (economisch samenwerkingsverband) met een ziekenhuis, zoekt een 7<sup>de</sup> **RADIOLOOG**, met een groot activiteitsvolume en potentieel. Schrijven naar: Nicolas MERLIN, 32bis rue Emile Zola, 62590 Oignies, Frankrijk - tel. : 00.33.3.21.37.98.00 - gsm : 00.33.6.09.61.63.41 - [nicolas.merlin@wanadoo.fr](mailto:nicolas.merlin@wanadoo.fr)
- 08046 **WEGENS PENSIONERING** zoek ik naar een **OVERNEMER** van mijn privaat praktijk **RADIOLOGIE**, een erkend screeningscentrum voor mammografie. De praktijk is beschikbaar vanaf 1 september 2008. Voor meer informatie kan u mij steeds bereiken op 053/78.50.89.

## Inhoudstafel

• Kwaliteit in de geneeskunde: een utopie?.....	1
• VBS wil Mdeon dringend bijsturen.....	7
• VBS – GRAS SAVOYE symposium "De aansprakelijkheid" op 14.06.2008.....	9
• Functie "niet-chirurgische daghospitalisatie" .....	10
• Erkenningsnormen NIC-diensten .....	11
• Hyperbare zuurstoftherapie : meer dan lucht ? – Persbericht KCE .....	12
• Een nationale richtlijn voor de behandeling van slokdarm- en maagkanker (KCE – 21/03/2008) .....	12
• Rapport van de Koning Boudewijnstichting 'Patiënten als partners in gezondheidszorgbeleid. Meerstemmigheid in participatie' .....	13
• Speech given by Prof. J.A. GRUWEZ at the occasion of the UEMS 50th Anniversary (17th to 19th of April 2008 in Brussels).....	13
• Prijzen .....	15
• Wetenschappelijke vergaderingen .....	15
• Aankondigingen .....	15

### **OPGELET VOOR OPLICHTERS !**

Wij hebben vernomen dat er opnieuw formulieren worden verspreid voor de bijwerking van uw gegevens in medische gidsen.

Wij maken u er nogmaals attent op dat het vaak om oplichterij gaat. Lees deze formulieren zeer aandachtig!