

BLIKVANGER
GEZONDHEIDSZORG

Editie 2019

Algemene Ziekenhuizen



.be

Colofon

ONDERWERP

Dit rapport biedt aan de hand van enkele kerncijfers een **beknopt overzicht van de werking van de algemene ziekenhuizen**. In vier hoofdstukken omtrent 'Organisatie', 'Zorgactiviteiten', 'Financiering' en 'Kwaliteit' worden enkele tendensen over de werking in deze sector van de gezondheidszorg uitgelicht.

REDACTIECOMITÉ

De leden van het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg in het bijzonder de diensten 'Acute & chronische zorgen', 'Financiering van de ziekenhuizen', 'Management Office' en 'Data & beleidsinformatie' en Sciensano.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Tom Auwers,
Victor Hortaplein, 40 bus 10 - 1060 Brussel.

CONTACTGEGEVENS:



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Victor Hortaplein 40, bus 10
1060 Brussel
T. +32 (0)2 524 97 97 (contact center)

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:

www.gezondheid.belgie.be
en www.gezondbelgie.be

Wettelijk depot: D/2019/2196/40

ORGANISATIE VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP

- | | |
|---|----|
| 1. Soorten ziekenhuizen | 5 |
| 2. Indeling van ziekenhuisactiviteiten | 6 |
| 3. Evolutie van de tewerkstelling in de algemene ziekenhuizen | 7 |
| | 11 |

ZORGACTIVITEIT BINNEN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

- | | |
|---|----|
| 1. Ziekenhuisverblijf | 12 |
| 2. De meest voorkomende diagnoses in de algemene ziekenhuizen | 13 |
| 3. Verpleegkundige zorgen binnen het algemene ziekenhuis | 20 |
| | 21 |

FINANCIERING VAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

- | | |
|-----------------------------------|----|
| 1. Financieringsbronnen | 23 |
| 2. Het Budget Financiële Middelen | 24 |
| 3. Verantwoorde bedden | 25 |
| | 26 |

KWALITEIT

- | | |
|--|----|
| 1. Positieve evolutie in het naleven van de richtlijnen aangaande handhygiëne | 27 |
| 2. Ongepast gebruik van antibiotica als belangrijke oorzaak van antibioticaresistentie | 28 |
| 3. Pay for performance | 29 |
| 4. Medische beeldvorming | 31 |
| | 34 |

INLEIDING

BESTE LEZER,

Er wordt wel eens gezegd dat data ‘de nieuwe olie’ zijn. Zelfs al zijn sommige verwachtingen over de mogelijkheden van data weinig realistisch en utopisch, toch is het duidelijk dat een intelligente aanpak op vlak van het verzamelen, verwerken, koppelen en analyseren van data een onmisbaar onderdeel is geworden in de strategie van eender welke organisatie; beleidsorganisaties zijn hierop geen uitzondering.

Het Directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD VVVL beschikt historisch over heel wat data voor wat betreft de domeinen van de ziekenhuizen, de dringende geneeskundige hulpverlening, de gezondheidszorgprofessionals en de geestelijke gezondheidszorg. Als we de metafoer van data als ‘de nieuwe olie’ even doortrekken, dan horen we wel eens de opmerking en de kritiek dat de voorbije decennia de focus soms meer lag op het oppompen van de olie, dan op het raffineren en het klaarmaken ervan voor de markt en zijn gebruikers.

In 2017 werd, onder meer in reactie op deze kritiek, een grondige oefening gerealiseerd binnen het DG Gezondheidszorg om te bepalen hoe we ons beleid inzake data konden verbeteren. Eén van de strategische lijnen die uit deze oefening voortvloeiden was een betere ontsluiting en exploitatie van onze data. Een gewenst, nieuw product binnen deze strategie was de ontwikkeling van ‘policy briefings’ – of ‘blikvangers’ – die op een bevattelijke wijze kerncijfers zouden omvatten en in perspectief zetten over de domeinen waarvan sprake hierboven.

Een dergelijke blikvanger wil zich situeren op een meer gedetailleerd niveau dan reeds bestaande initiatieven zoals bv. het rapport van het KCE over de performantie van ons gezondheidssysteem, waarvan de FOD een partner is, en tegelijkertijd met een meer omvattend zicht op een welbepaald domein dan bv. gedetailleerde rapporten van ons DG of andere organisaties die inzoomen op een specifiek fenomeen binnen een betrokken domein.

De eerste editie van een dergelijke blikvanger ligt voor u. Hij focust op de ziekenhuizen, meer bepaald de algemene ziekenhuizen. Het is een bescheiden eerste poging om aan lezers met een zekere voorkennis in de gezondheidszorg en het ziekenhuislandschap op een bevattelijke wijze een overzicht te geven van de data waarover we beschikken met de bedoeling het inzicht in onze ziekenhuissector te versterken. Onze doelgroep is breed: de politieke beleidsmakers, de ambtenaren op diverse bestuursniveaus, het werkveld van zorginstellingen en de gezondheidsprofessionals, de ziekenfondsen en patiëntenorganisaties, de sociale partners, onderzoekers en consultants enz.

De aanpak is niet evaluatief of normatief van aard. De blikvanger wil in de eerste plaats een aantal kerncijfers weergeven, deze correct beschrijven en enkele tendensen belichten. Sommige cijfers vragen bijkomende interpretatie. Het debat daarover mag gevoerd worden. In volgende edities kunnen we onderzoeken hoe bepaalde van deze interpretatieve elementen kunnen worden geïntegreerd om de toegevoegde waarde van de blikvanger verder te verhogen.

Tot slot wil de blikvanger geen ‘eiland-initiatief’ blijven. Bepaalde data en kerncijfers zijn beschikbaar bij onze partners in de overheid en de kennisinstellingen. Graag zullen we met hen bekijken hoe ons project met hun initiatieven kan gekoppeld worden in een geest van samenwerking en delen.

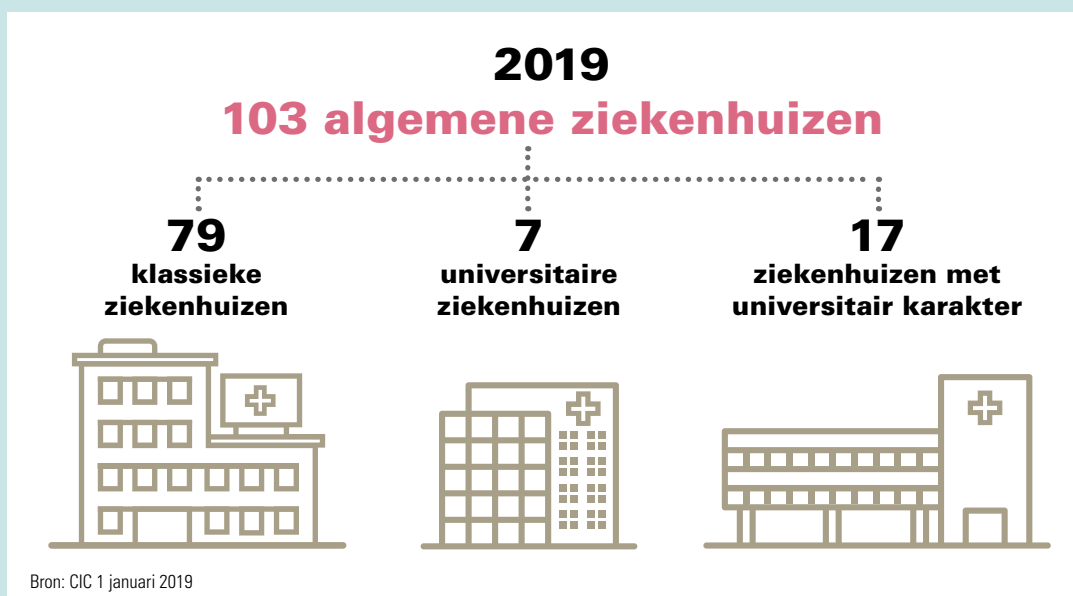
We wensen u veel leesgenot en kijken uit naar uw reacties.

Pedro Facon

Directeur-generaal Gezondheidszorg

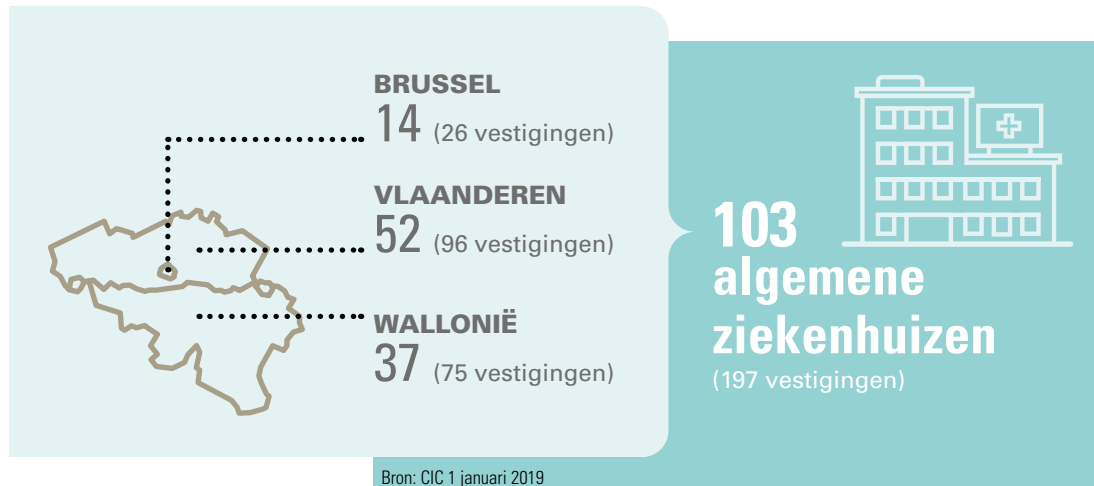
ORGANISATIE VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP

HIGHLIGHTS

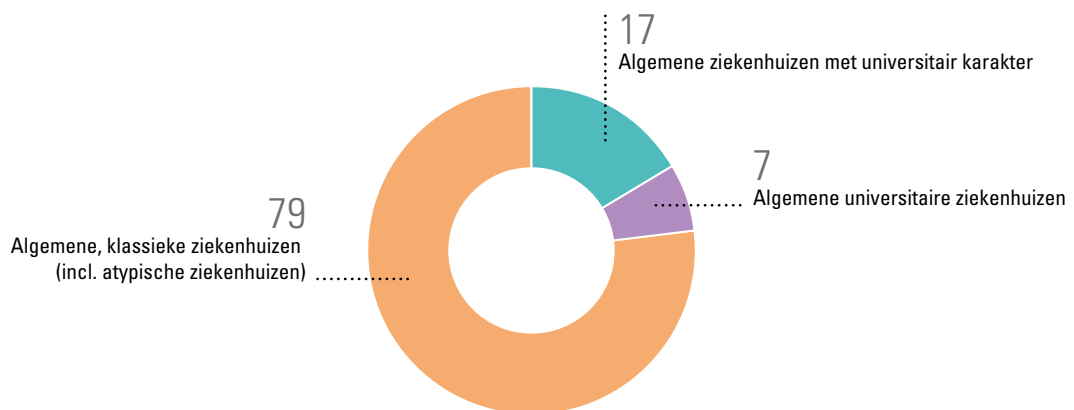


1. Soorten ziekenhuizen

Dit document zoomt in op de algemene ziekenhuizen. Het laat de psychiatrische ziekenhuizen (die uitsluitend zorg verlenen aan mensen met psychische stoornissen) en gespecialiseerde ziekenhuizen (die uitsluitend geriatrische, revalidatie- of palliatieve zorg verlenen) dus buiten beschouwing.



De algemene ziekenhuizen kunnen in 3 soorten worden onderverdeeld:



'KLASSIEKE' ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Dit zijn voornamelijk ziekenhuizen die zowel overdag als 's nachts patiënten onthalen voor gespecialiseerde medische hulp en die chirurgische en interne geneeskundige behandelingen aanbieden, aangevuld met allerlei andere disciplines zoals geriatrie, materniteit, pediatrie, neuropsychiatrie of revalidatie.

Sommige atypische ziekenhuizen vallen eveneens onder deze categorie. Bij de zesde staats-hervorming werd beslist om de bevoegdheid over de gespecialiseerde ziekenhuizen (die uitsluitend geriatrische en/of revalidatiediensten aanbieden) over te dragen aan de gefedereerde entiteiten. Terwijl sommige van de betrokken structuren er destijds voor kozen om te fuseren met een 'klassiek' algemeen ziekenhuis, gaven andere er de voorkeur aan om hun activiteiten uit te breiden, meestal door er psychiatrische diensten aan toe te voegen. Deze laatste structuren maken vandaag standaard deel uit van de algemene ziekenhuizen, hoewel ze geen chirurgische of interne geneeskundige afdeling hebben.

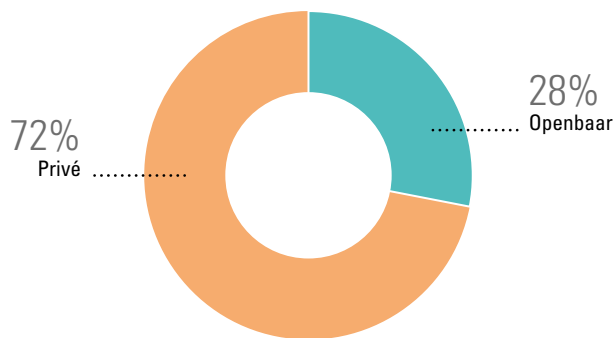
UNIVERSITAIRE, ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

De universitaire, algemene ziekenhuizen bieden dezelfde diensten aan als de klassieke algemene ziekenhuizen, maar hebben ook de opdracht om gezondheidsprofessionals op te leiden, aan wetenschappelijk onderzoek te doen en nieuwe technologieën te ontwikkelen. Ze zijn verbonden aan een universiteit met een faculteit geneeskunde die een volledig curriculum aanbiedt.

ALGEMENE ZIEKENHUIZEN MET UNIVERSITAIR KARAKTER

Dit zijn algemene ziekenhuizen die een aantal universitaire bedden hebben gekregen die gelieerd zijn aan een universiteit.

Van de 103 Belgische ziekenhuizen is 28% openbaar op 01/01/2019, dat wil zeggen dat ze worden beheerd door een overheidsinstantie (gemeente, intercommunale, provincie, gewest, enz.), en is 72% privé en georganiseerd als vzw. Die laatste zijn historisch gezien uitvloeisels van religieuze ordes, mutualiteiten, vrije universiteiten of vroegere bedrijfsziekenhuizen. Omdat heel veel ziekenhuizen de afgelopen decennia zijn samengegaan, dragen echter heel wat instellingen nu een erfenis uit zowel de overheidssector als de privésector. De wet op de ziekenhuizen is zonder onderscheid van toepassing op zowel de overheidssector als de privésector en hun financiering door de overheid is identiek.



2. Indeling van ziekenhuisactiviteiten

De activiteiten van ziekenhuizen worden georganiseerd in diensten, functies en zorgprogramma's.

Diensten groeperen activiteiten die aan een specifieke locatie in het ziekenhuis zijn verbonden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen hospitalisatiediensten, waarbij patiënten in het ziekenhuis verblijven, en medische of medisch-technische diensten, waarbij bepaalde specifieke diensten, die speciale expertise of apparatuur vereisen, worden verleend. Medische diensten zijn onder meer de transplantatiecentra of brandwondencentra. Medisch-technische diensten omvatten onder andere medische beeldvormingsdiensten (CT-scan, NMR, Pet-scanner, ...), centra voor menselijke erfelijkheid, radiotherapiediensten en nierdialysecentra.

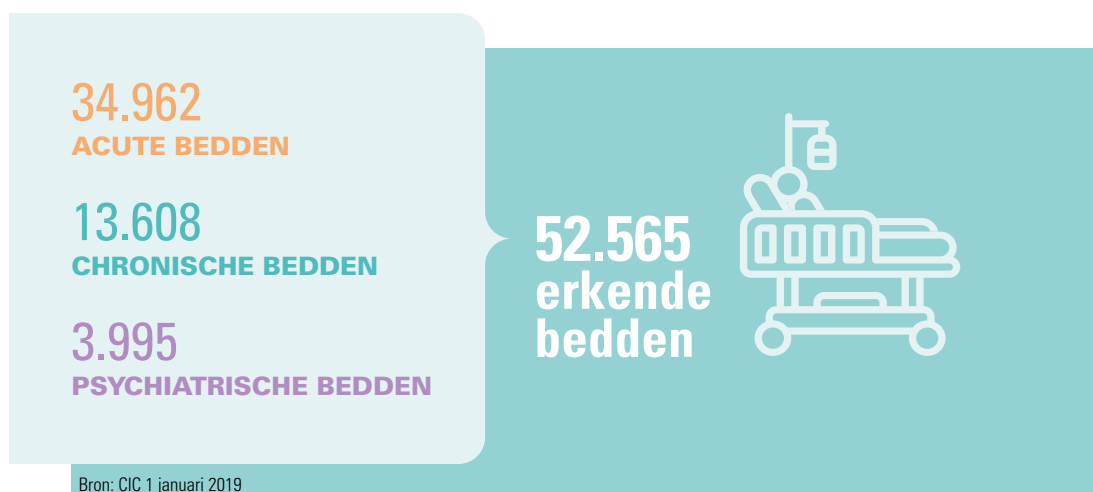
Functies zijn ziekenhuisactiviteiten die ter beschikking worden gesteld voor alle diensten van het ziekenhuis. Verscheidene functies zijn onderworpen aan specifieke normen en controles door een instelling verantwoordelijk voor het toekennen van erkenningen (d.i. de bevoegde gemeenschap of het bevoegd gewest): de ziekenhuisapothek, palliatieve zorg, intensieve zorg en spoeddienst, ziekenhuisbloedbank, bemiddeling, pijnbestrijding, labo voor klinische biologie, ...

Zorgprogramma's kunnen worden gedefinieerd als een organisatorisch kader voor het implementeren van 'zorgtrajecten' voor een patiëntendoelgroep. Het zijn eigenlijk combinaties van de hospitalisatiediensten, medische of medisch-technische diensten en functies die nodig zijn voor een kwaliteitsvolle zorg.

Er bestaan momenteel verschillende zorgprogramma's:

- Het **zorgprogramma 'cardiale pathologie'**, dat wordt aangeboden aan patiënten met hartritmestoornissen of hartfalen. Het bestaat uit verschillende deelprogramma's die verband houden met verschillende soorten behandelingen: invasieve of interventionele procedures, elektrofysiologie, plaatsing van een pacemaker, harttransplantatie.
- Het **zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde'**, dat verschillende activiteiten omvat zoals de diagnose en behandeling van vruchtbaarheidsproblemen, met inbegrip van de indicatie van het gebruik van geassisteerde voortplantingstechnieken (ART's).
- Het **zorgprogramma voor kankerpatiënten**, dat een 'basisversie' en een meer gespecialiseerde versie omvat. Er wordt ook een specifiek programma beschreven voor de behandeling van borstkanker.
- Het **zorgprogramma voor kinderen**, dat zich richt op de diagnose, behandeling en opvolging van aandoeningen bij kinderen en dat een omkadering, infrastructuur en uitrusting aanbiedt die perfect zijn aangepast aan de noden van kinderen.
- Het **zorgprogramma voor geriatrische patiënten**, dat bedoeld is voor de geriatrische patiëntenpopulatie met een gemiddelde leeftijd van meer dan 75 jaar en die een specifieke aanpak nodig hebben vanwege leeftijdsgebonden co-morbiditeiten of kwetsbaarheden. Het programma richt zich op de diagnose, het therapeutische proces en de revalidatie van de geriatrische patiënt in nauwe samenwerking met eerstelijnsprofessionals.
- Het **zorgprogramma 'beroertezorg'**, onderverdeeld in 2 deelprogramma's: één met niet-invasieve zorg, het andere voor invasieve behandelingen.

2.1. Soorten hospitalisatiediensten



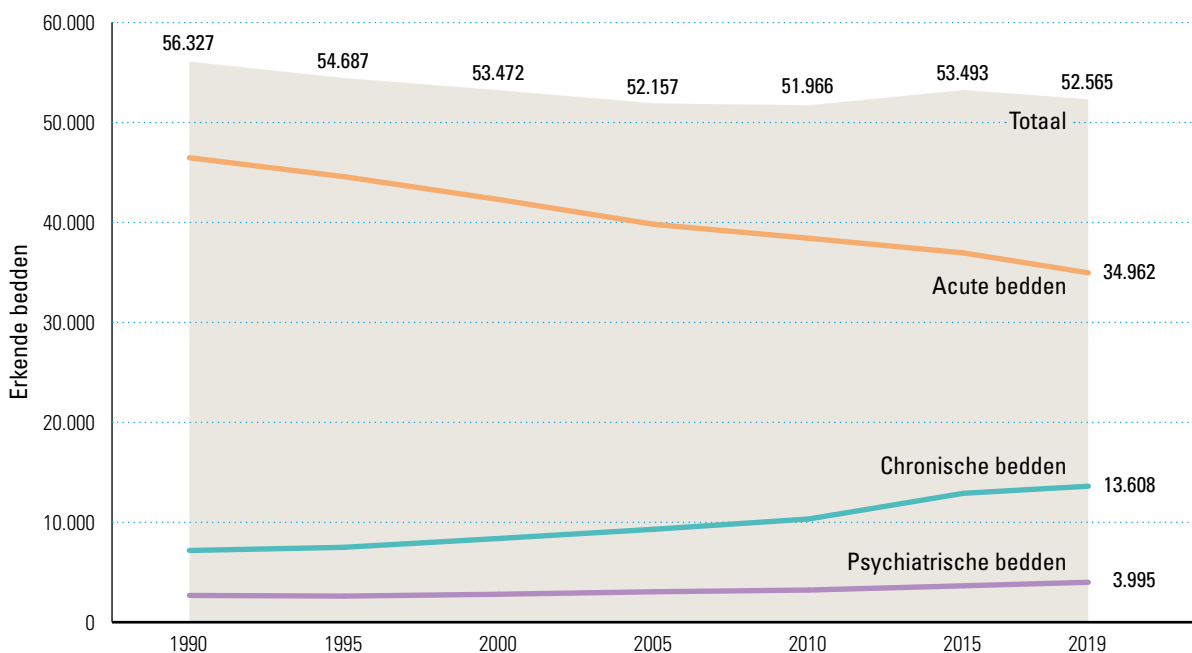
Hospitalisatiediensten worden in elk ziekenhuis gegroepeerd in 'zorgeenheden'. Elke zorgeenheid biedt een specifieke vorm van zorg voor een subgroep van patiënten. Aan elke dienst wordt een index toegewezen die de subgroep van patiënten identificeert. Er worden meer dan 25 specifieke indexen gebruikt om deze diensten te classificeren.

Elke dienst binnen het ziekenhuis moet erkend zijn en voldoen aan specifieke normen, onder meer aangaande de minimale beddenscapaciteit, de bezettingsgraad of het vereiste activiteitsniveau, de technische uitrusting en het soort en het aantal medische, paramedische en zorgmedewerkers.

Om een beter overzicht te kunnen bieden, groeperen we de verschillende soorten hospitalisatiediensten naargelang de acute/chronische of somatische/psychische aard van de pathologieën die hier doorgaans worden behandeld.

- **'Acute' bedden** zijn bedden bestemd voor kortverblijf, dat wil zeggen een verblijf dat geen langdurige behandeling vereist, bv. bedden voor chirurgie (index C), interne geneeskunde (index D), pediatrie (index E), zorg voor premature baby's (index NIC), materniteit (index M).
- **'Chronische' bedden** zijn bedden bestemd voor een langere ziekenhuisopname of voor patiënten die een chronische behandeling nodig hebben: bv. bedden voor geriatrie (index G), revalidatie (index S1 voor cardio-pulmonaire aandoeningen, S2 voor locomotorische aandoeningen, S3 voor neurologische aandoeningen, S5 voor chronische polyopathieën en S6 voor psychogeriatrische aandoeningen), palliatieve zorg (index S4).
- **'Psychiatrische' bedden** zijn bedden bestemd voor de verzorging van patiënten met psychische stoornissen, eventueel alleen overdag of 's nachts: bv. bedden voor observatie en neuropsychiatrische behandeling van volwassenen (index A, A1, A2, T en T1) of kinderen (index K, K1 en K2).

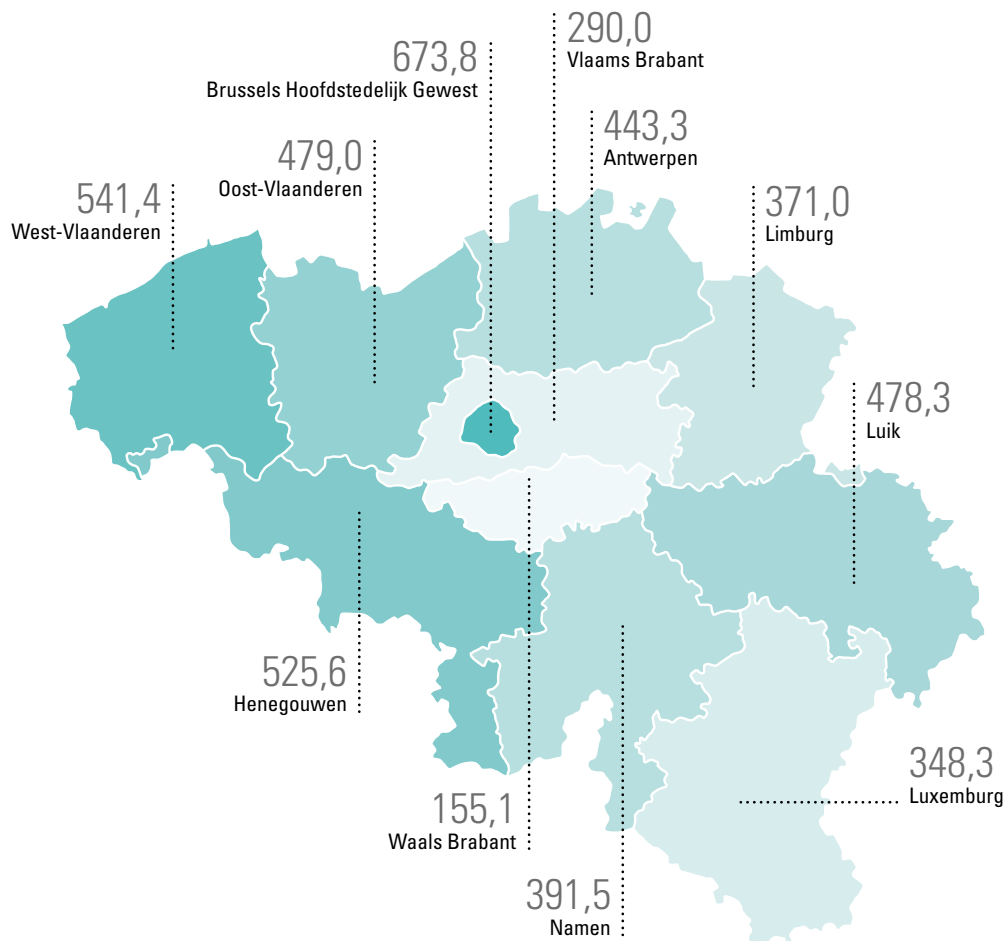
EVOLUTIE VAN HET AANTAL ERKENDE ZIEKENHUISBEDDEN



Algemeen tekenen we tussen 1990 en 2019 een afname van het aantal erkende bedden op, goed voor een daling van 3.762 erkende bedden. Tussen 2010 en 2015 noteren we evenwel een toename van het aantal erkende bedden ten gevolge van fusies tussen algemene en gespecialiseerde ziekenhuizen.

2.2. Geografische verdeling van het aantal erkende ziekenhuisbedden

AANTAL ERKENDE BEDDEN IN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN
PER 100.000 INWONERS EN PER PROVINCIE (01/01/2019)



Uit bovenstaande gegevens blijkt dat het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest het hoogste aantal bedden per 100.000 inwoners heeft. Op de tweede en derde plaats vinden we respectievelijk West-Vlaanderen en Henegouwen. Waals-Brabant en Vlaams-Brabant zijn de provincies met het laagste aantal bedden.

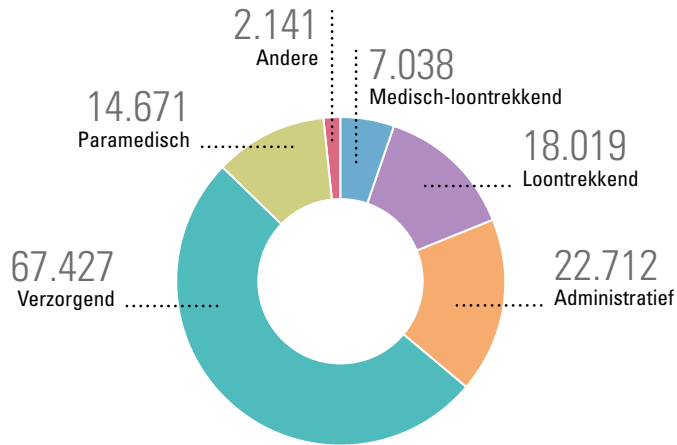
Meer weten over de locatie en diensten die de verschillende ziekenhuizen aanbieden:

www.health.belgium.be



3. Evolutie van de tewerkstelling in de algemene ziekenhuizen

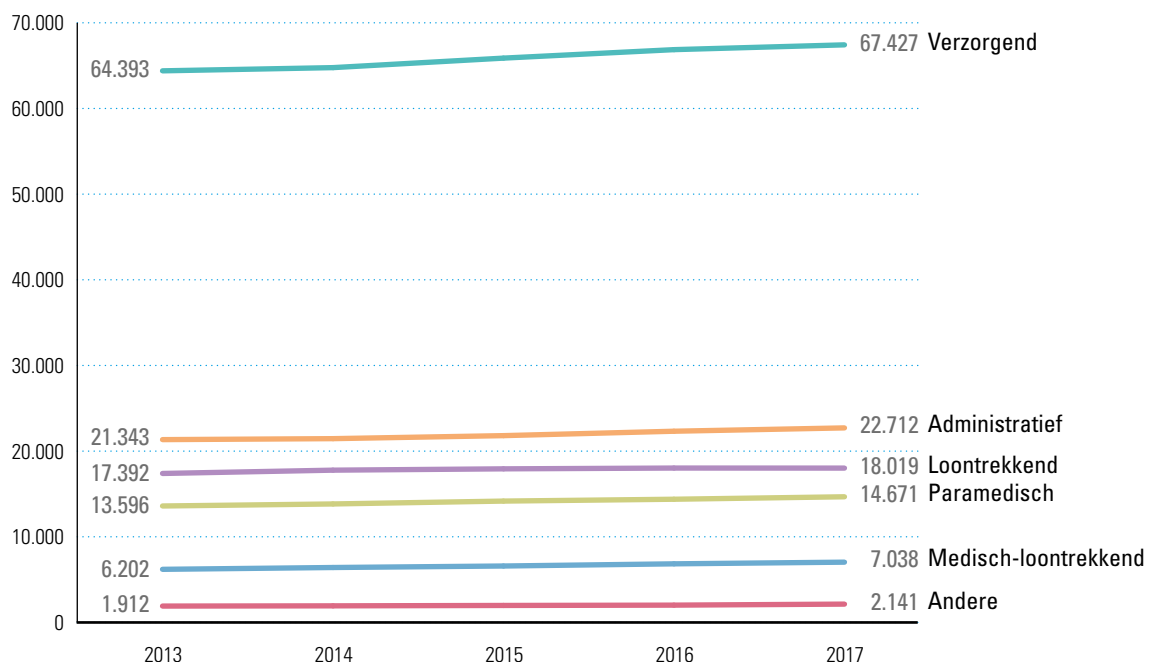
VERDELING VAN HET AANTAL WERKNEMERS (IN VTE) PER PERSONEELSCATEGORIE



Globaal gezien vertegenwoordigt het verzorgende personeel (verpleegkundigen en zorgkundigen) iets meer dan de helft van de voltijdse equivalenten in de ziekenhuizen. De cijfers¹, die in bovenstaande grafiek worden weergegeven, onderschatten echter ruimschoots de medische activiteit, aangezien veel artsen er zelfstandig werken en dus niet als loontrekkend medisch personeel worden aangegeven.

We stellen bovendien vast dat het volume VTE's dat door de ziekenhuizen wordt aangeworven in alle beroepscategorieën met de tijd toeneemt. Dit lijkt misschien vreemd, gelet op de afname van het aantal erkende bedden, maar het is zo dat het aantal ziekenhuisverblijven, en dus het aantal patiënten dat wordt opgenomen, met de tijd blijft toenemen (zie verder - hoofdstuk Zorgactiviteit). In totaal is het personeelsbestand in de algemene ziekenhuizen in 4 jaar tijd met 7.171 voltijdse equivalenten toegenomen (+6%).

EVOLUTIE VAN HET AANTAL VTE PER PERSONEELSCATEGORIE



1 Bron: Finhosta

ZORGACTIVITEIT BINNEN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

HIGHLIGHTS

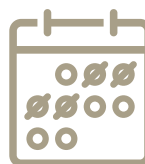


In **algemene ziekenhuizen** observeren we over een periode van **10 jaar** een **stijging** van **13.9% contacten/verblijven**.

Ziektes aangaande het **spijsverteringstelsel**, opnames voor het toedienen van **chemo- en immunotherapie** en ziektes aangaande het **zenuwstelsel** zijn meest voorkomende reden voor **klassieke en daghospitalisaties**



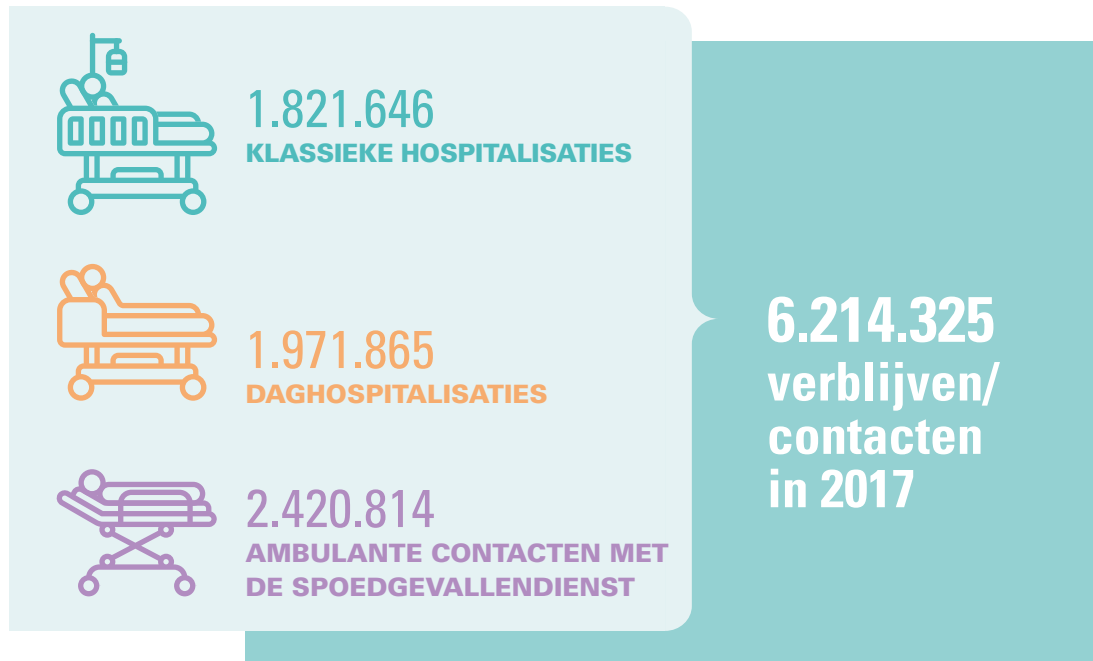
Patiënten woonachtig in **Vlaanderen** hebben in globo **minder contacten** met het ziekenhuis dan personen woonachtig in Wallonië en Brussel.



De **gemiddelde verblijfsduur** in acute diensten **daalde** de afgelopen 10 jaar **met 1 dag**.

Vanaf het jaar **2013** is het aantal **dag-hospitalisaties** **hoger** dan het aantal **klassieke hospitalisaties**.

1. Ziekenhuisverblijf^[2]



Er zijn verschillende soorten ziekenhuisverblijven of contacten met het ziekenhuis. Bij een **dag-hospitalisatie** komt de patiënt naar het ziekenhuis zonder er te overnachten, in tegenstelling tot een **klassieke hospitalisatie** waarbij de patiënt minstens één nacht in het ziekenhuis verblijft en/of waarbij een verpleegdagprijs wordt aangerekend. Een **verblijf via de spoedgevallendienst** kan een contact zijn **zonder opname** (hierna 'ambulante contacten met de spoedgevallendienst' genoemd) **of een contact gevolgd door een opname** (dagopname of klassieke opname). In sommige gevallen verblijft een patiënt meerdere keren per jaar in het ziekenhuis om een specifieke ziekte te behandelen (bijv. bij chemotherapie voor kanker) of omwille van verscheidene oorzaken.

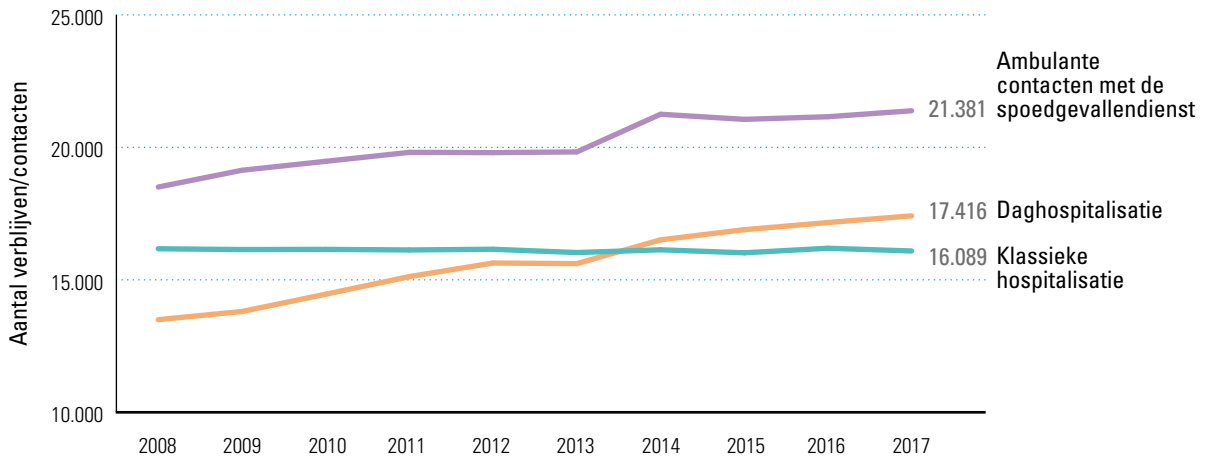
1.1. Evolutie van het aantal verblijven/contacten

In 2008 werden in totaal 5.138.177 ziekenhuisverblijven geregistreerd (dit omvat de klassieke of daghospitalisaties en ambulante contacten met de spoedgevallendienst). In 2017 klom dit aantal naar 6.214.325 verblijven.

Om deze evolutie in de tijd goed te kunnen vergelijken, gaan we uit van het aantal verblijven/contacten per 100.000 inwoners. Dit aantal steeg van 2008 tot 2017 met 13,9%. Dit is voornamelijk te wijten aan een hoger aantal daghospitalisaties (+29%) en ambulante contacten met de spoedgevallendienst (+15,5%). Daarnaast noteren we vanaf 2014 meer daghospitalisaties dan klassieke hospitalisaties.

² Bron cijfergegevens 'Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG)'. De volgende types van verblijven werden niet weerhouden : niet-beëindigde verblijven (behalve de eerste periode van een langdurig verblijf), volledig psychiatrische verblijven, verblijven van pasgeborenen waarvan het verblijf niet gefactureerd werd, verblijven waarbij het geslacht van de patiënt niet te achterhalen is, verblijven in daghospitalisatie waarbij een mini-forfait of geen forfait werd aangerekend.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL VERBLIJVEN/CONTACTEN PER 100.000 INWONERS EN PER HOSPITALISATIETYPE



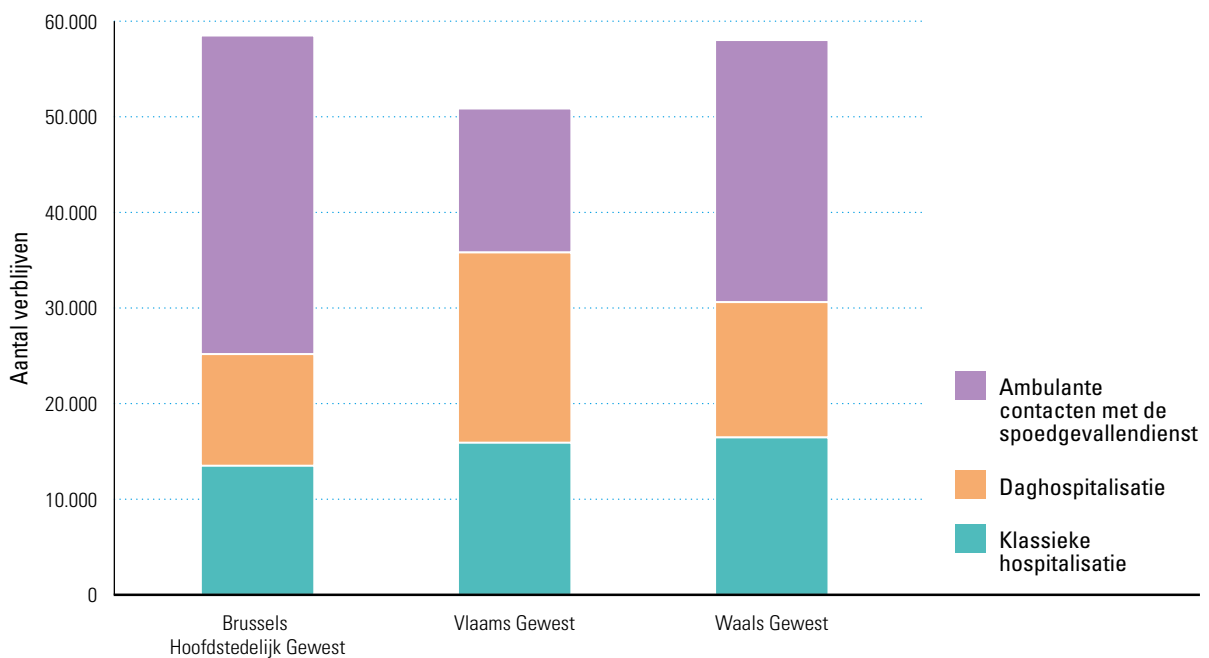
1.2. Aantal ziekenhuisverblijven/contacten per gewest^[3]

In 2017 bedroeg het totale aantal verblijven per 100.000 inwoners in Vlaanderen 50.862 (+14,4% sinds 2008), in Brussel 58.495 (+9,4% sinds 2008) en in Wallonië 58.023 (+14,4% sinds 2008).

Wanneer we de 3 gewesten onder de loep nemen, merken we enkele verschillen op.

Algemeen wordt er in Vlaanderen namelijk minder gebruik gemaakt van ziekenhuiszorg dan in de andere twee gewesten. Het aantal daghospitalisaties ligt er wel beduidend hoger en het aantal ambulante contacten met de spoedgevallendienst lager. In het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest wordt ambulante twee keer zo vaak gebruikgemaakt van de spoeddiensten dan in het Vlaamse Gewest. In alle drie de gewesten is het aantal klassieke hospitalisaties per 100.000 inwoners gelijkaardig maar in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest wordt er nog steeds iets minder vaak gebruik van gemaakt.

AANTAL VERBLIJVEN PER 100.000 INWONERS PER HOSPITALISATIETYPE EN PER GEWEST



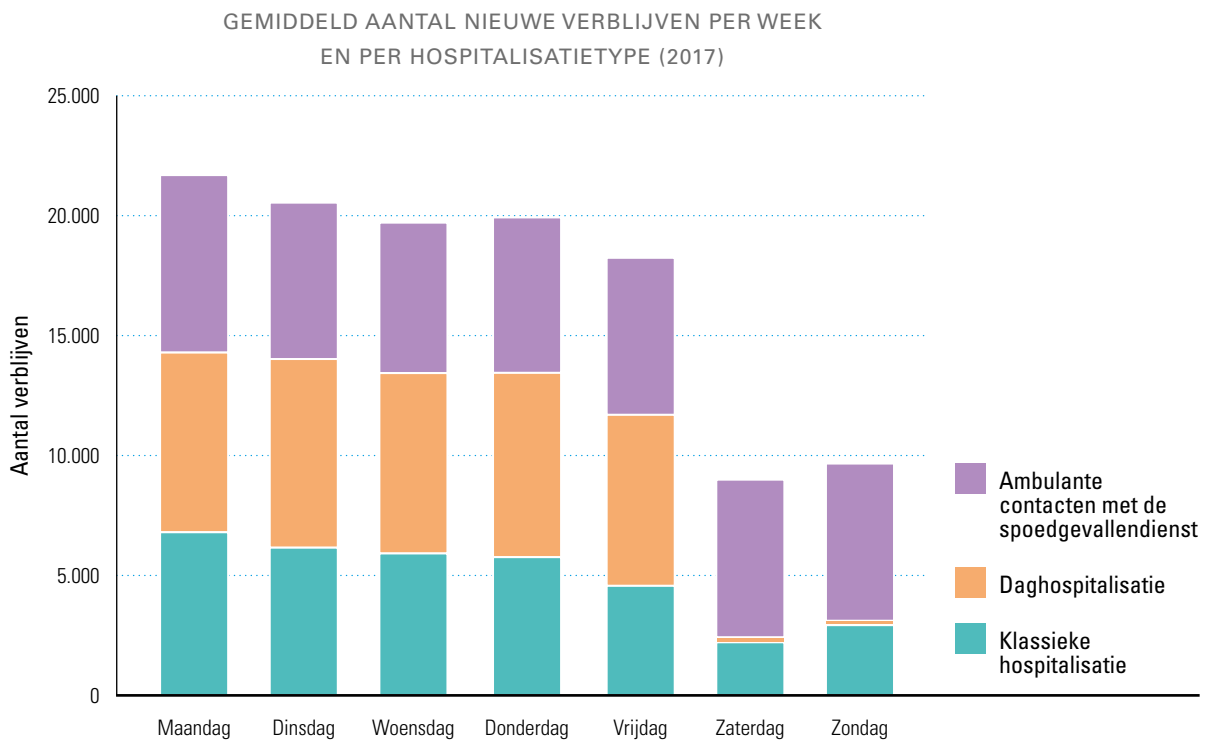
3 Gewest van domicilie van de patiënt.

1.3. Nieuwe ziekenhuisverblijven gedurende de week

16.947
verblijven/contacten
per dag

Voor het jaar 2017 bedroeg het aantal nieuwe ziekenhuisverblijven en contacten met de spoed-gevallendienst gemiddeld 16.947 per dag. Dit gemiddelde varieert echter volgens de dag van de week. De ambulante contacten met de spoedgevallendienst blijven behoorlijk stabiel, maar klassieke hospitalisaties nemen geleidelijk af van maandag tot zaterdag om vanaf zondag weer toe te nemen. Die lichte stijging op zondag is te wijten aan verblijven voor chirurgische ingrepen die voor de volgende ochtend gepland staan.

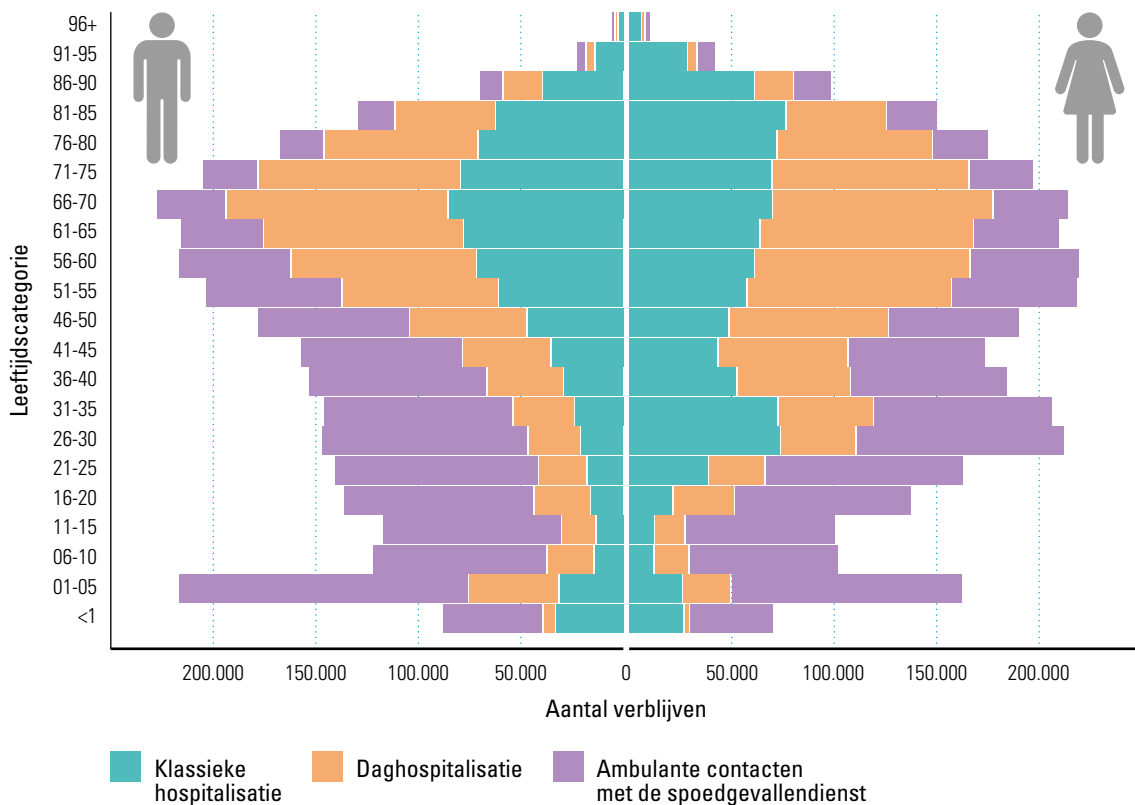
Op een weekdag zijn er meer daghospitalisaties dan andere types van verblijven, terwijl het aantal daghospitalisaties in het weekend bijna nihil is.



1.4. Leeftijd en geslacht van patiënten

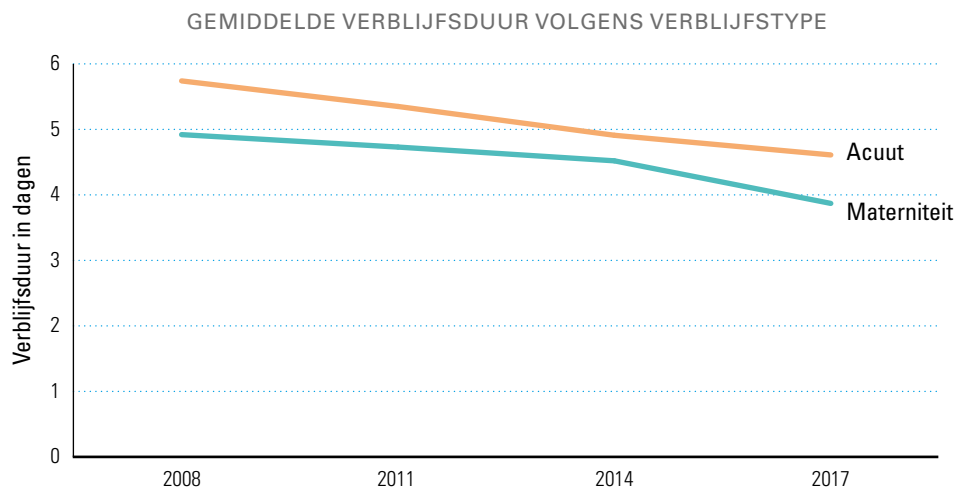
20% van de verblijven voor patiënten tussen 55 en 70 jaar

Ongeveer een vijfde van de gebruikers van ziekenhuisdiensten is tussen 55 en 70 jaar oud. We noteren ook een piek voor kinderen van 1 tot 5 jaar, voornamelijk door het intensievere gebruik van ambulante spoeddiensten. Na de leeftijd van 80 jaar noteren we bij vrouwen een hoger totaal aantal ziekenhuisverblijven dan bij mannen. Dat heeft te maken met hun langere levensverwachting. Het hogere gebruik van ziekenhuiszorg door vrouwen van 20 tot 40 jaar in vergelijking met mannen in deze leeftijdsgroep houdt voornamelijk verband met bevallingen.



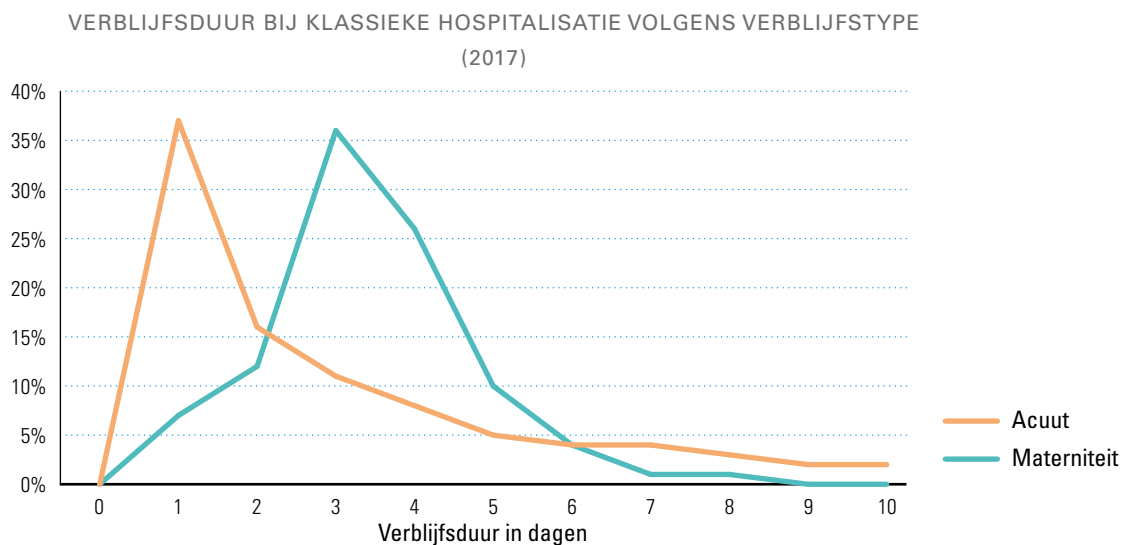
1.5. Gemiddelde verblijfsduur bij klassieke hospitalisatie

Het gezondheidszorgbeleid stimuleert al jaren de verkorting van de verblijfsduur om de efficiëntie en het juiste gebruik van de ziekenhuisinfrastructuur te waarborgen zonder aan de kwaliteit van de zorg te raken en rekening houdende met de specifieke situatie van de patiënten. Hier bestuderen we enerzijds de evolutie van de verblijfsduur van verblijven die starten in een acute dienst (waarbij verblijven die starten in materniteit buiten beschouwing worden gelaten)^[4] en anderzijds van verblijven die starten in de materniteit. Tussen 2008 en 2017 daalde de gemiddelde verblijfsduur in deze diensten met één dag.^[5]



Wanneer we inzoomen op het aantal dagen dat patiënten in het ziekenhuis doorbrengen voor acute zorg en op de materniteit, stellen we vast dat iets meer dan de helft van de acute zorgverblijven niet langer dan 2 dagen duurt en dat de gemiddelde verblijfsduur voor acute zorg 4,6 dagen bedraagt.

Op de materniteit verblijven patiënten in 55% van de gevallen niet langer dan 3 dagen en duurt 80% van de verblijven niet langer dan 4 dagen.^[6]



4 Hierbij worden verblijven die starten in een dienst voor chirurgie (index C), interne geneeskunde (index D), pediatrie (index E) en niet-intensieve zorgen voor pasgeborenen (index NIC) in rekening genomen.

5 Het is namelijk zo dat 81% van de verblijven bij klassieke hospitalisatie betrekking heeft op acute zorg (met uitzondering van verblijven die starten in de materniteit), wat neerkomt op bijna 1,5 miljoen ziekenhuisopnames in 2017. Verblijven op de materniteit zijn dan weer goed voor 7,6% van alle verblijven.

6 Psychiatrische en chronische verblijven zijn niet mee in deze grafieken opgenomen. Verblijven van meer dan 10 dagen (9% van de acute verblijven, 2% van de verblijven op de materniteit) worden omwille van de leesbaarheid niet in deze grafiek weergegeven.

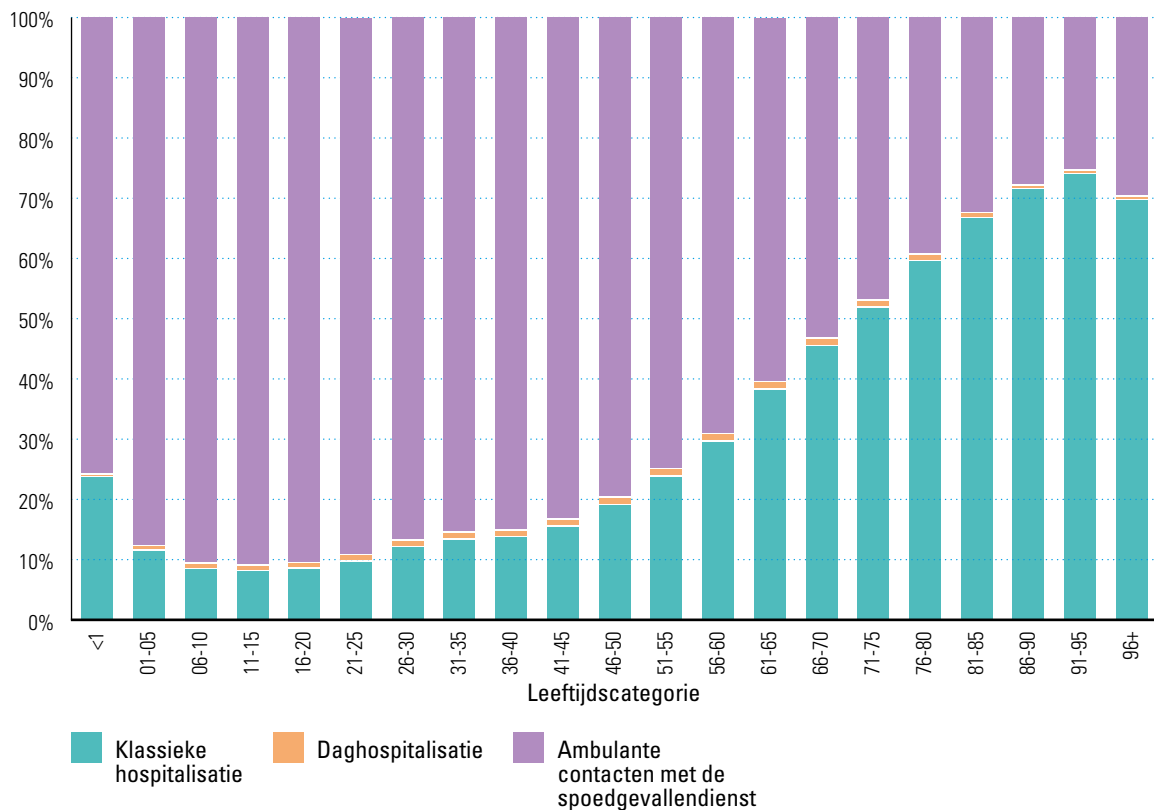
1.6. Opname via de spoedgevallendienst

De volgende grafieken geven de ziekenhuisopnames weer na een bezoek aan de spoedgevallendienst ten opzichte van het aantal ambulante contacten met de spoedgevallendienst (zonder opname).

VERDELING VOLGENS LEEFTIJD

Bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen leidt een ambulante contact op de spoedgevallendienst zelden tot een opname. Heel wat ouderen worden na een bezoek aan de spoedgevallendienst echter wel opgenomen. Boven de leeftijd van 70 jaar wordt een contact met de spoedgevallendienst in meer dan de helft van de gevallen gevolgd door een klassieke hospitalisatie. Een daghospitalisatie na een bezoek aan de spoedgevallendienst gebeurt slechts zelden.

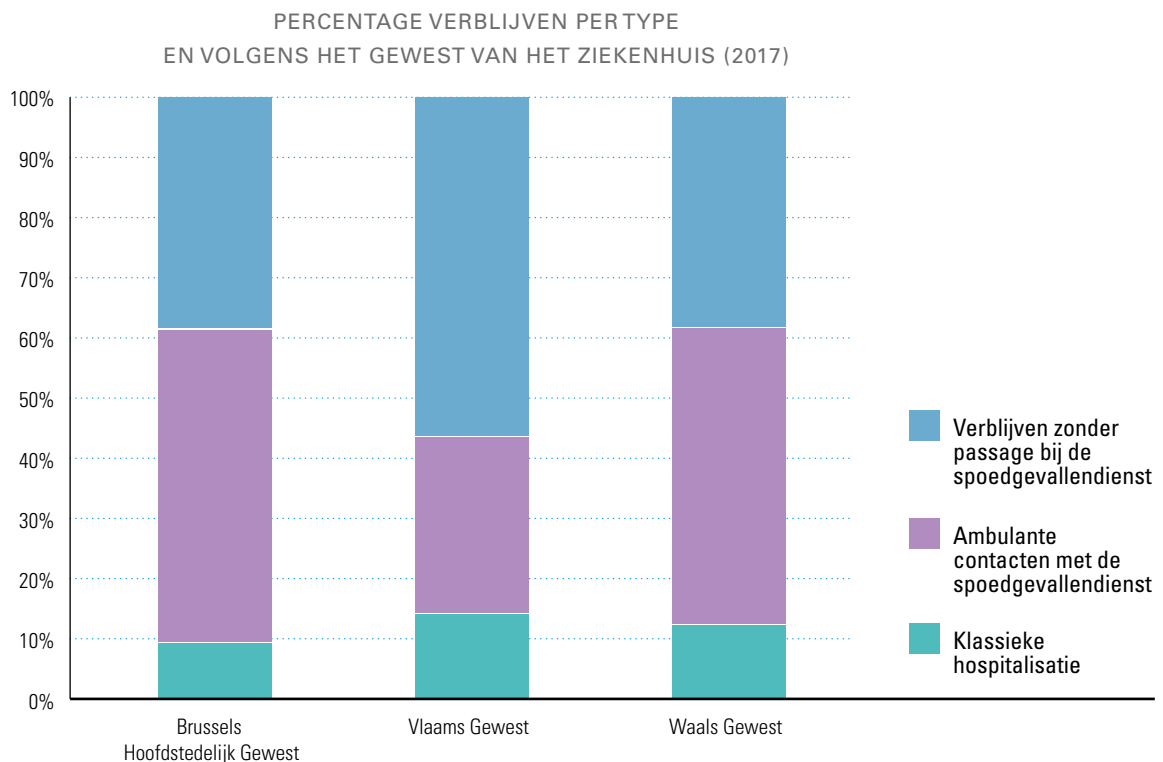
PERCENTAGE TYPE HOSPITALISATIE NA EEN BEZOEK AAN DE SPOEDGEVALLENDIENST VOLGENS LEEFTIJDSCATEGORIE (2017)



VERDELING VOLGENS GEWEST

Bijna 45% van de contacten met een ziekenhuis in het Vlaamse Gewest begint met een bezoek aan de spoedgevallendienst, tegenover iets meer dan 60% in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en in het Waalse Gewest.

In Vlaanderen wordt verhoudingsgewijs per 100.000 inwoners minder gebruikgemaakt van de spoeddiensten en wordt één derde van de bezoeken aan de spoedgevallendienst gevolgd door een ziekenhuisopname. Dat is meer dan in de andere twee gewesten. In Wallonië en in Brussel keren vier van de vijf patiënten na hun bezoek aan de spoedgevallendienst terug naar huis. Deze resultaten wijzen op een verschil in het gebruik van de spoeddiensten.



Opmerking: De verblijven in daghospitalisatie betreffen minder dan 1% en worden daarom niet in de figuur opgenomen.

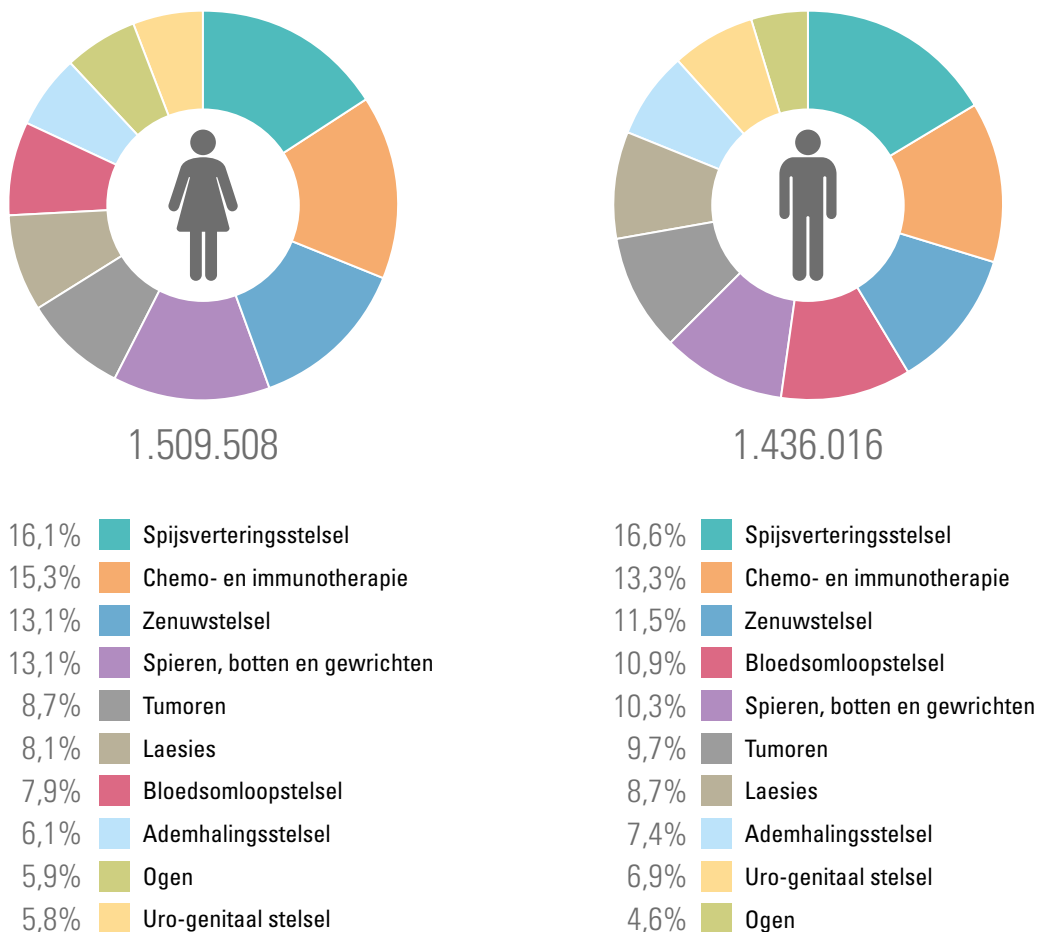
2. De meest voorkomende diagnoses in de algemene ziekenhuizen

Onderstaande grafiek toont, voor alle leeftijden, het aantal verblijven (klassieke en daghospitalisatie samen) voor de tien meest voorkomende diagnosegroepen volgens de ICD-10-CM classificatie⁷⁾. Er moet rekening mee worden gehouden dat een patiënt in hetzelfde jaar meerdere keren om dezelfde of andere redenen in het ziekenhuis kan verblijven.

Wanneer we dit in het achterhoofd houden, zien we dat aandoeningen van het spijsverteringsstelsel bovenaan de lijst staan, met in deze groep tand-, maag- of darmproblemen als meest voorkomende diagnoses. Verblijven in verband met chemotherapie en immunotherapie komen op de tweede plaats. Ziekten van het zenuwstelsel staan op de derde plaats, met als meest voorkomende diagnoses de behandeling van chronische pijn, slaapstoornissen of epilepsie.

Vrouwen worden meer dan mannen behandeld voor aandoeningen van het beenderstelsel en de gewrichten; het omgekeerde geldt voor aandoeningen van de bloedsomloop.

TOP 10 VAN MEEST VOORKOMENDE DIAGNOSEGROEPEN (2017)



7) Hoofdstukken van ICD-10-BE, waarbij voor hoofdstuk XXI uitsluitend rekening wordt gehouden met chemo- en immunotherapie (62%). De andere verblijven uit dit hoofdstuk werden niet opgenomen in de analyse.

3. Verpleegkundige zorgen binnen het algemene ziekenhuis^[8]

De verpleegkundige zorg in onze Belgische ziekenhuizen is divers. In een poging om meer inzicht te verwerven in de veelheid van informatie omtrent verpleegkundige zorgen trachten we de verzameling van zorgen die verleend worden aan de patiënt op te delen in 5 grote groepen van 'types' verpleegkundige zorgen. Wanneer we de zorgen die verleend worden aan de patiënt bekijken per moment in zijn verblijf in het ziekenhuis merken we onmiddellijk op dat er zich twee grote groepen onderscheiden. De groep met zeer 'technische' zorgen (ongeveer 10% van de zorgperiodes) en een groep waar minder technische zorgen worden toegediend, maar wel een grote variatie aan 'basis' zorgen (de overige 90%). De basiszorgen kunnen omschreven worden als verpleegkundige ondersteuning bij het voorzien in de behoeften van het algemene dagelijkse leven (ADL-handeling) zoals hulp bij voeding, hulp bij hygiënische zorgen, hulp bij verplaatsingen.... Technische handelingen daarentegen zijn prestaties gaande van een bloedafname tot de beademing van de patiënt.

Wanneer men de zorggroepen zou rangschikken van basiszorg laag tot hoog-technische zorgen, stelt men vast dat de hoeveelheid van verpleegkundige handelingen alsook de zorglast in termen van vereiste competentie van de verpleegkundige en de tijdsbesteding die deze zorg inneemt in stijgende lijn verloopt.

Deze vijf grote categorieën komen ongeveer overeen met Nursing Related Groups (NRG). Dit is een groeperingssysteem dat gebruikt wordt als basis voor de financiering van de chirurgische, interne en pediatrie verpleegkundige zorgen. Meer informatie hieromtrent kan u [hier](#) terugvinden.

BASISZORG

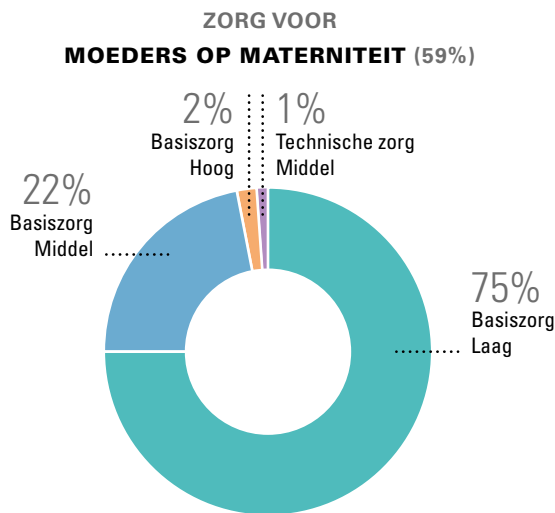
LAAG	MIDDEL	HOOG
<ul style="list-style-type: none"> • Hiertoe behoren patiënten die vrij zelfstandig zijn en louter opvolging krijgen van een verpleegkundige. • Kenmerkend voor de diensten materniteit, revalidatie, besmettelijke ziekten en in de diensten voor diagnose en behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiertoe behoren patiënten die begeleid worden bij activiteiten zoals bijvoorbeeld wassen of eten. • Kenmerkend voor de ontwaakzaal, de arbeids- en verloskamer en in de algemene diensten voor diagnose en behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiertoe behoren patiënten die vaak volledige hulp krijgen bij bijvoorbeeld het wassen, aankleden en eten. Het toedienen van eerder technische zorgen is beperkt. • Kenmerkend voor de diensten neonatologie, geriatrie, pediatrie en palliatieve zorgeenheden. • Dit type van zorg gebeurt voornamelijk bij jonge kinderen en senioren.

TECHNISCHE ZORG

MIDDEL EN HOOG

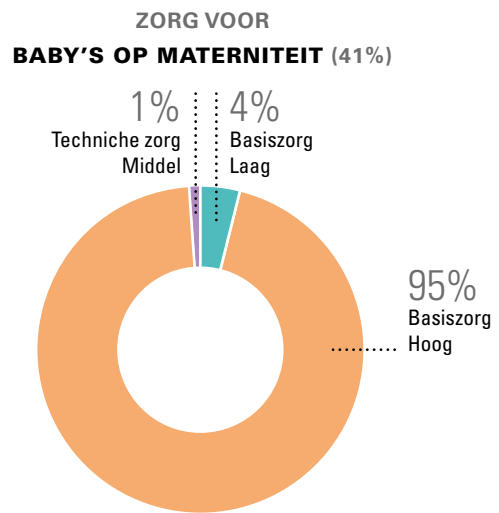
- Hiertoe behoren patiënten die zich onderscheiden door het hoge aantal technische zorgen die ze verkrijgen. Deze patiënten krijgen veel medicatie toegediend, kunnen beademd worden en worden nauwgezet opgevolgd door een verpleegkundige. Deze patiënten krijgen vaak ook veel basiszorgen toegediend.
- Kenmerkend voor intensieve zorgen afdelingen en brandwondencentra.

3.1. Verpleegkundige zorgen op de diensten materniteit en geriatrie



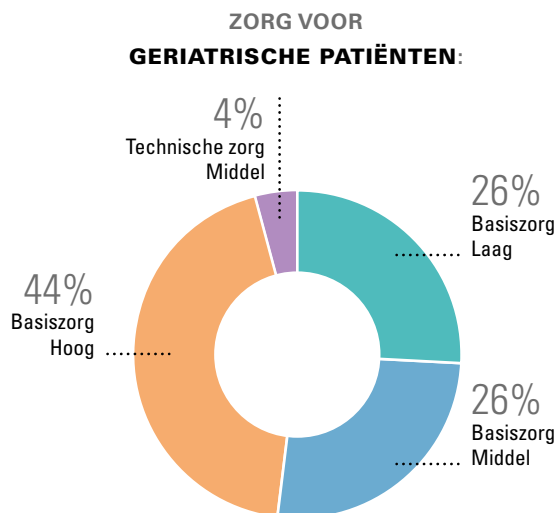
Meest kenmerkende verpleegkundige handelingen:

- Specifieke zorgen post-partum (vb. opvolgen van de baarmoederhoogte, kraamvloed, lactatie,...)
- Gestructureerde specifieke educatie (bv. Educatie over het geven van borstvoeding, het toedienen van een babybadje,...)
- Wondverzorging aan een hechting



Meest kenmerkende verpleegkundige handelingen:

- Zorgen met betrekking tot fecale en urinaire uitscheiding
- Zorgen bij de mobiliteit
- Opvolging van de voedings- en vochtbalans
- Wondverzorging aan een hechting of insteekpunt (bv. navelstomp)
- Kangoeroezorg



Meest kenmerkende verpleegkundige handelingen:

- Zorgen met betrekking tot de urinaire en fecale uitscheiding
- Zorgen bij de mobiliteit
- Hulp bij het eten en/of het drinken
- Ondersteunen van de hygiënische zorgen
- Preventie van doorligwonden

FINANCIERING VAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

HIGHLIGHTS

De **omzet** binnen de algemene ziekenhuizen bedroeg in **2017** ongeveer **18,2 miljard euro**.



Het **Budget Financiële Middelen** wordt deels toegekend op basis van **forfaitaire bedragen** en deels op basis van de **verantwoorde activiteit** van elk ziekenhuis.

Het **Budget Financiële Middelen**

bestaat uit

3 hoofdonderdelen

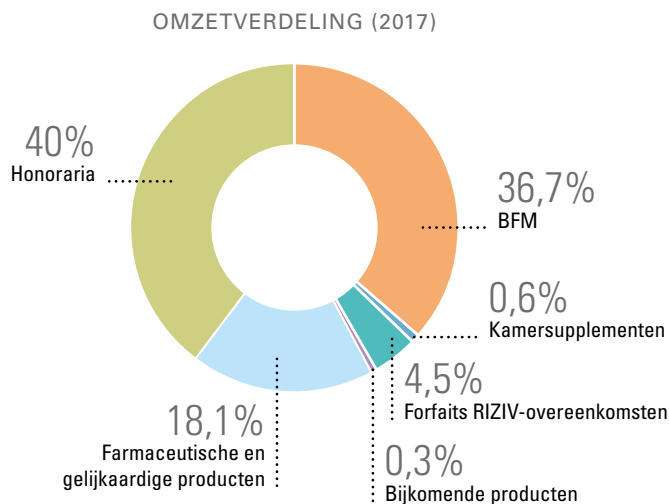
Kosten aangaande **infrastructuur en materialen**

Werkingskosten

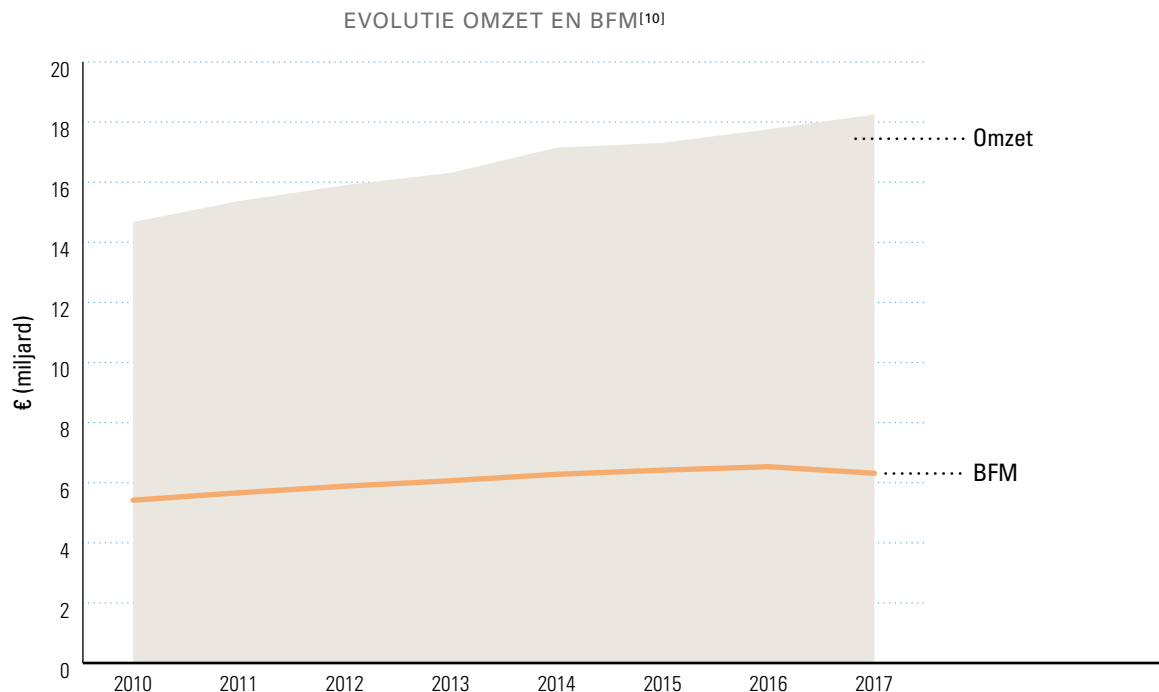
Kosten aangaande **regularisatie** van eerder toegekende budgetten voor financiële middelen

1. Financieringsbronnen

De sector van de algemene ziekenhuizen was in 2017 goed voor een totale omzet van 18,2 miljard euro.⁹⁾



De belangrijkste financieringsbronnen voor ziekenhuizen zijn het Budget Financiële Middelen (BFM), de honoraria van artsen, tandartsen en bepaalde categorieën van verzorgend en paramedisch personeel, de forfaits van het RIZIV, farmaceutische en soortgelijke producten, kamersupplementen en de patiëntbijdrage.



9 Bron: Finhosta

10 Teneinde de evolutie te kunnen aantonen werden de categorieën A1 en A3 geïncludeerd.

2. Het Budget Financiële Middelen

De financiering van een ziekenhuis via het **Budget Financiële Middelen** is het resultaat van de individuele verdeling van het totale ziekenhuisbudget over alle ziekenhuizen¹¹. In juli 2019 werd dit totale budget vastgesteld op een maximumbedrag van 6.251.249.619 euro voor de algemene ziekenhuizen¹².

Het BFM bestaat uit drie hoofdonderdelen: een budget voor infrastructuur en materiaal (**DEEL A**), een budget voor werkingskosten (**DEEL B**) en een budget voor de regularisatie van de financiering achteraf voor de verschillende delen van het BFM (**DEEL C**). De financiering van ziekenhuizen gebeurt voornamelijk via forfaitaire bedragen, reële kosten of verstrekkingen per handeling.

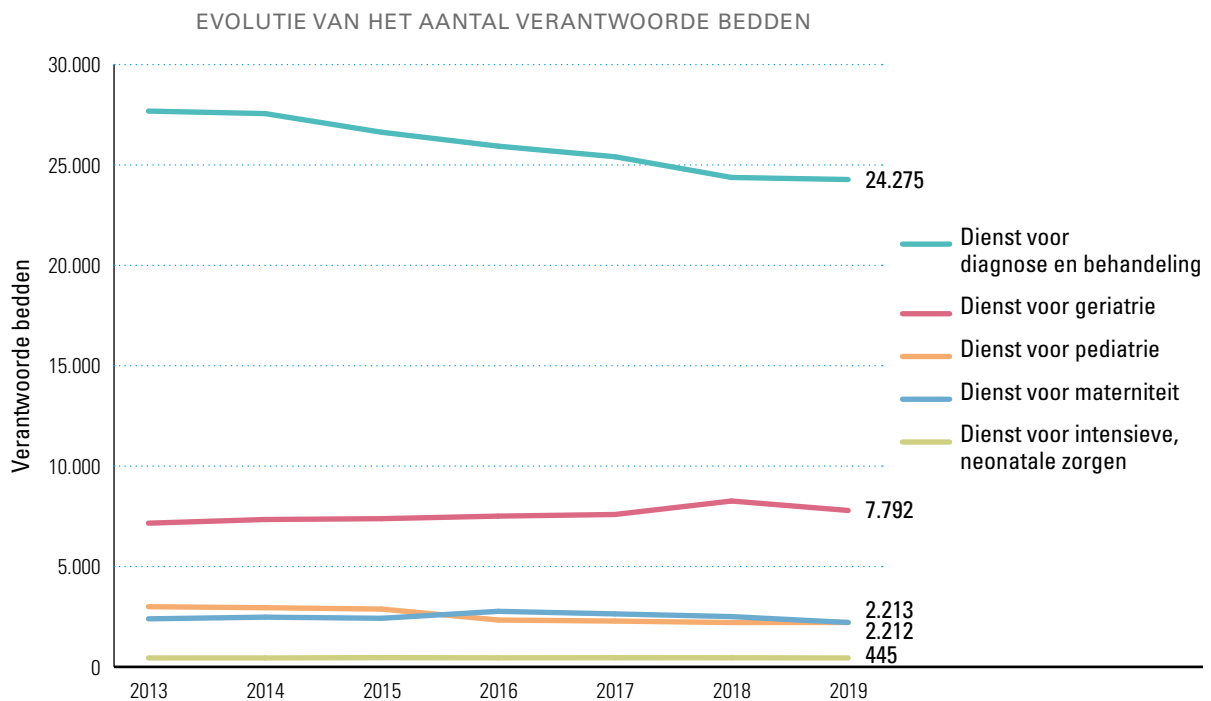
DE ONDERDELEN VAN HET BUDGET FINANCIËLE MIDDELEN	% (juli 2019)
A: INFRASTRUCTUUR & MATERIAAL	
A1: Investeringslasten	
A2: Kortetermijn kredietlasten	0,56%
A3: Investeringslasten medische-technische diensten NMR - Radiotherapie - Petscan	
B: WERKINGSKOSTEN	
B1: Kosten voor de gemeenschappelijke diensten	23,58%
B2: Kosten voor de klinische diensten	42,87%
B3: Werkingskosten van medische-technische diensten NMR - Radiotherapie - Petscan	1,02%
B4: Recyclage en forfaits	17,24%
B5: Werkingskosten van de ziekenhuisapotheek	1,72%
B6: Kosten sociaal akkoord personeel die buiten BFM vallen	1,19%
B7: Kosten m.b.t. universitaire functies	1,93%
B8: Kosten gelinkt aan het social karakter van de patiëntenpopulatie	0,33%
B9: Kosten sociaal akkoord	8,34%
C: CORRECTIES	
C2: Inhaalbedragen	1,37%
C3: Gedeeltelijke recuperatie van kamersupplementen	-0,16%

11 De verdeling gebeurt volgens de voorwaarden bepaald in het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

12 We merken op dat de bevoegdheid met betrekking tot de financiering van de infrastructuur (onderdeel A1 en A3) in het kader van de zesde staatsvorming werd overgedragen aan de gemeenschappen en gewesten. Dit is de reden waarom de categorieën A1 en A3 buiten beschouwing worden gelaten.

3. Verantwoorde bedden

Voor acute ziekenhuizen is de financiering voornamelijk gebaseerd op patiëntgerelateerde activiteiten: er wordt voor elk ziekenhuis een "verantwoorde activiteit" bepaald. De activiteit van elk ziekenhuis wordt dus bepaald naargelang het aantal en het soort opnames voor een referentiejaar. Voor elke opname wordt afhankelijk van de pathologie een verantwoorde verblijfsduur toegewezen. Het totale aantal verantwoorde dagen van het ziekenhuis wordt gedeeld door een normatieve bezettingsgraad, vermenigvuldigd met 365 om het **aantal verantwoorde bedden** van het ziekenhuis te bekomen.

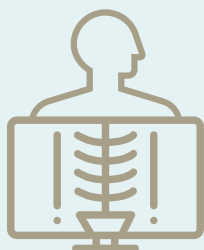


KWALITEIT

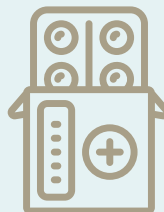
HIGHLIGHTS



In meer dan **70%** van de gevallen werden de **richtlijnen aangaande handhygiëne** nageleefd in **2017**.



De campagne **'Medische beelden zijn geen vakantiekiekjes'** leidt tot **daling** van het aantal **CT-onderzoeken bij kinderen en jongeren**.



Om **resistentie tegen antibiotica** te **beperken**, moet **onnodig gebruik van antibiotica vermeden** worden.



Eerste stappen worden gezet om **ziekenhuizen** te **belonen** indien ze positieve resultaten behalen in het kader van enkele indicatoren via het **Pay for Performance-programma**.

De vraag in verband met de kwaliteit van de zorg bestrijkt uiteenlopende dimensies: de keuze van de meest geschikte technologieën en behandelingen voor de patiënt, de efficiëntie van de zorg, een omgeving die de veiligheid van patiënten waarborgt, de tevredenheid van patiënten, het geïntegreerde karakter van de interventies voor een betere continuïteit, ... Om op al die niveaus in te werken, worden er heel wat initiatieven ondernomen door verschillende federale overheden (FOD Volksgezondheid, maar ook RIZIV, KCE, Sciensano, Hoge Gezondheidsraad, ...), maar ook op het niveau van de gefedereerde entiteiten (VIP² aan Nederlandstalige kant, PAQS aan Franstalige kant, ...), in het kader van privé-initiatieven (wetenschappelijke verenigingen, accreditatie-instellingen, ...) en eveneens op internationaal niveau (OESO, EU, WHO, ...). Die initiatieven nemen verschillende vormen aan, met onder meer de opstelling van guidelines, bewustmakingscampagnes, de bepaling van meetindicatoren en metingen op het terrein, benchmarking, peer reviews en financiële incentives.

In dit hoofdstuk worden, bij wijze van voorbeeld, enkele initiatieven uitgelicht die de afgelopen jaren genomen werden om de kwaliteit van de gezondheidszorg in België te meten en te verbeteren. Andere initiatieven die het vermelden waard zijn, situeren zich eerder binnen het kader van de klinische farmacie in ziekenhuizen, de zorg voor pasgeborenen, het gebruik van bloedproducten, het gebruik van psychotropen, transmurale zorg en geïntegreerde zorg, ...

1. Positieve evolutie in het naleven van de richtlijnen aangaande handhygiëne

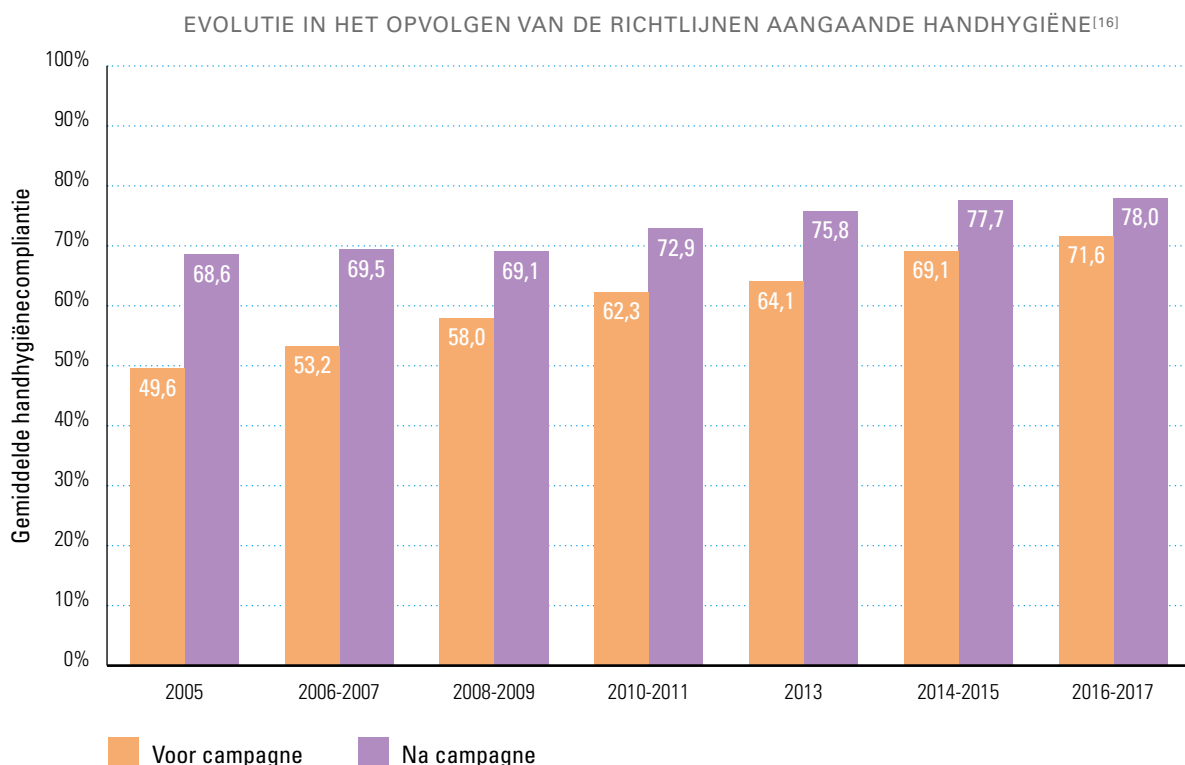


Zorginfecties (infecties die ontstaan 48 uur na de dag van ziekenhuisopname) worden beschouwd als een grote bedreiging voor de patiëntveiligheid. De resultaten van een Europese studie tonen aan dat in België op ieder moment ongeveer 7,3% van de patiënten in acute ziekenhuizen lijdt aan een zorginfectie (2017) ^[13].

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) moet een goede handhygiëne gepromoot worden als één van de belangrijkste interventies om zorginfecties bij patiënten te voorkomen^[14]. In de afgelopen jaren hebben er in de Belgische ziekenhuizen verschillende campagnes plaatsgevonden om het belang van handhygiëne in de kijker te zetten en het gebruik van handalcoholgel te verbeteren. Voor en na elke campagne werd er in de ziekenhuizen geobserveerd in hoeverre zorgverleners de voorschriften voor propere handen opvolgen (percentage handhygiënecompliance).^[15]

- 13 Vandael E, Catry B, Latour K. Point Prevalence Study of healthcare-associated infections and antimicrobial use in Belgian acute care hospitals: Results of the ECDC PPS 2017. Brussel, België: Sciensano; 2018. 34p. Rapportnummer: D/2018/14.440/37. Beschikbaar via: http://www.nsih.be/ecdcpps/download_nl.asp
- 14 Wereldgezondheidsorganisatie. (WHO). Antimicrobial resistance: Global report on surveillance. Genève 2014. Beschikbaar via: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1
- 15 Meer informatie over de methodologie en de resultaten van de handhygiëne campagne kan teruggevonden worden in het nationaal rapport op de NSIH website (http://www.nsih.be/surv_hh/inleiding_nl.asp).

In onderstaande figuur (resultaten voor alle deelnemende acute, chronische en psychiatrische ziekenhuizen/sites) ziet men een duidelijke stijging doorheen de tijd en na elke campagne in de mate waarin men de richtlijnen aangaande handhygiëne opvolgt. Tijdens de laatste campagne steeg de handhygiënecompliance in acute ziekenhuizen (nationaal gewogen gemiddelde) van 72.1% voor (135 deelnemende ziekenhuizen/sites) tot 78.7% na de campagne (118 deelnemende ziekenhuizen/sites). Bij alle zorgverleners werd er een verbetering waargenomen (gemiddeld +7.5%) met de beste resultaten voor de verpleegkundigen.



2. Ongepast gebruik van antibiotica als belangrijke oorzaak van antibioticaresistentie

Elk jaar sterven er in Europa ongeveer **33.000 mensen** ten gevolge van een **infectie met antibioticaresistente bacteriën**

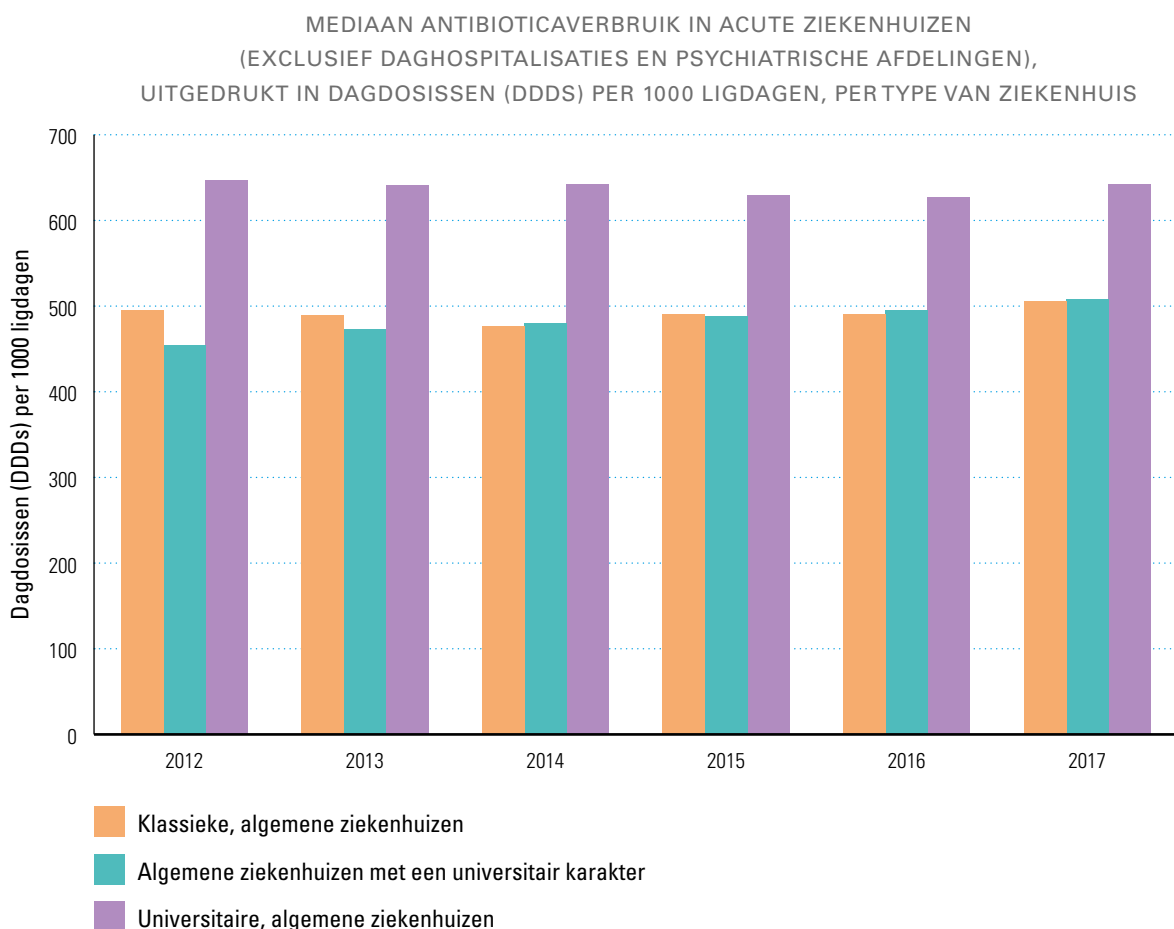
Bacteriën kunnen resistent worden tegen de werking van antibiotica, zodat ze niet meer gedood kunnen worden door deze geneesmiddelen. Deze resistentie is een belangrijk probleem geworden in de gezondheidszorg. Elk jaar sterven er in Europa immers ongeveer 33.000 mensen ten gevolge van een infectie met antibioticaresistente bacteriën. In België zijn dit naar schatting 530 overlijdens

16 Bron: Nationaal rapport zevende handhygiëne campagne – www.nsih.be

per jaar¹⁷. Het ongepast gebruik van antibiotica is een belangrijke oorzaak van het ontwikkelen van antibioticaresistentie door bacteriën. Daarom moet het gebruik van antibiotica goed opgevolgd en waar nodig bijgestuurd worden¹⁸.

Uit de resultaten van studie omtrent antibioticaverbruik in Belgische acute ziekenhuizen uit 2017 blijkt dat op elk moment naar schatting 28.1% van de patiënten in een acuut ziekenhuis behandeld worden met minstens één antibioticum. Dit cijfer is het hoogst in universitaire, algemene ziekenhuizen (30,8%) en op intensieve zorgen (52,7%). Dit is te verwachten aangezien in universitaire, algemene ziekenhuizen en op intensieve zorgen meer patiënten met een zwaardere problematiek liggen. De prevalentie in alle deelnemende Europese ziekenhuizen was 30,5% (spreiding tussen Europese landen: 15,9-55.6%)¹⁹.

In de onderstaande figuur wordt voor de periode 2012-2017 het mediane antibioticaverbruik getoond per type van ziekenhuis. Men stelt vast dat het mediane antibioticaverbruik overheen de tijd vrij stabiel blijft, maar er is wel een grote variatie tussen ziekenhuizen.²⁰



Om resistentie tegen antibiotica te beperken, moet onnodig gebruik van antibiotica vermeden worden. Indien een behandeling met antibiotica noodzakelijk is, dan is het volgens de richtlijnen

17 Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019;19(1):56-66.

18 OESO (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Publishing, Parijs. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>

19 Plachouras D, Karki T, Hansen S, Hopkins S, Lyytikäinen O, Moro ML, et al. Antimicrobial use in European acute care hospitals: results from the second point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. *Euro Surveill* 2018;23(46). doi: 10.2807/1560-7917.

20 Bron: Belgian Hospitals - Surveillance of Antimicrobial Consumption, Sciensano

aangeraden om antibiotica te gebruiken met een nauw spectrum (enkel werkzaam tegen een specifieke groep van bacteriën). Zo kunnen breed spectrum antibiotica bewaard worden voor gecompliceerde gevallen waar nauwspectrum antibiotica niet voldoende zijn of niet meer werken. Desondanks blijft het gebruik van breed spectrum antibiotica hoog (ongeveer 30% van het totale antibioticaverbruik in België, spreiding tussen Europese landen: 16-62%^[21]). De grote variatie in antibioticaverbruik tussen acute ziekenhuizen en het hoge verbruik van breed spectrum antibiotica zijn aandachtspunten voor verbetering. Het KCE schreef een aantal aanbevelingen omtrent een effectiever antibioticabeleid in België. Meer informatie hierover kan u op hun [website](#) terugvinden.

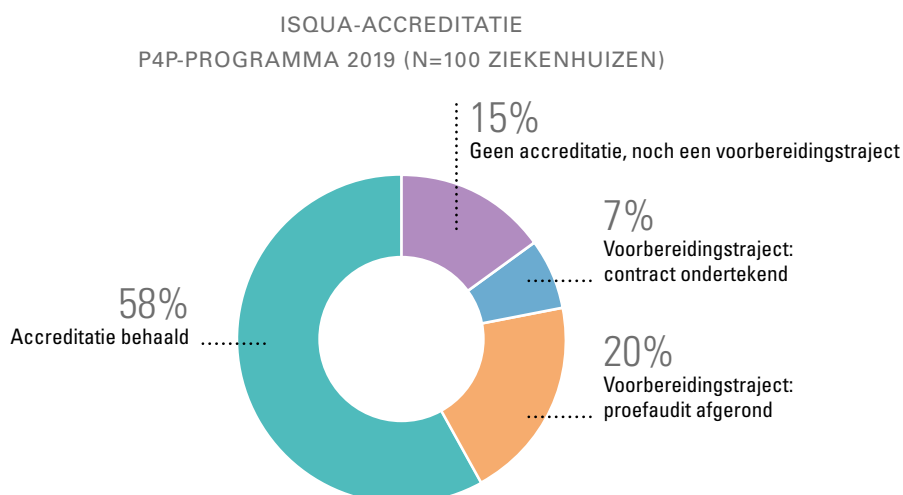
3. Pay for performance

In het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering is de invoering van een **Pay for Performance programma** (P4P)^[22] een duidelijke prioriteit. ‘Pay for Performance’ is een systeem dat ziekenhuizen financieel beloont indien ze goede resultaten behalen op een geselecteerde set van enkele indicatoren. Deze indicatoren zijn een maatstaf voor de organisatie en processen binnen het ziekenhuis, de geleverde zorg en de gezondheidsuitkomsten van de behandelde patiënten.

In 2018 en 2019 werden de eerste P4P-indicatorensets voor de Belgische ziekenhuizen ontwikkeld die bestaan uit enkele ziekenhuisbrede en pathologiegebonden indicatoren. Deze zijn te beschouwen als een eerste stap in de richting van een volwaardig P4P-programma. Een bescheiden opstart, pragmatisme, beschikbaarheid van nationale data en haalbaarheid op korte termijn zijn vier elementen die een rol hebben gespeeld bij de selectie van de indicatoren. In de komende jaren zal de indicatorenset geoptimaliseerd worden.

Hieronder worden enkele indicatoren uitgelicht. Meer uitgebreide informatie aangaande het ‘Pay for performance programma’ en de volledige set van indicatoren kan u [hier](#) terugvinden.

ISQUA-ACCREDITATIE



21 In België wordt het antibioticaverbruik opgevolgd op basis van een nationale surveillance (BeH-SAC: Belgian Hospitals – Surveillance of Antimicrobial Consumption). Meer informatie over deze surveillance kan teruggevonden worden via http://www.nsih.be/surv_gm/introduction_nl.asp en www.healthstat.be.

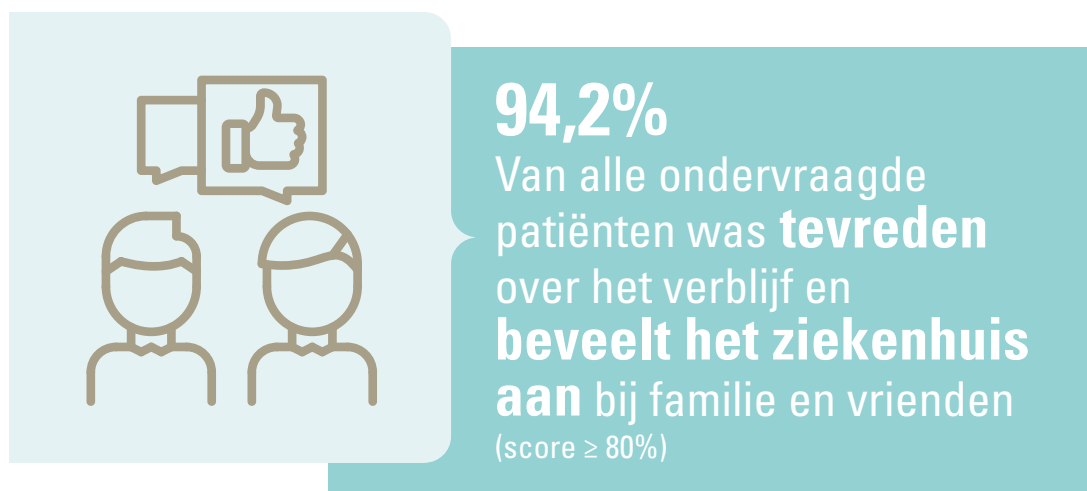
22 Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, Remmen R, Sermeus W, Van Den Broecke C, Van Herck P, Vanmeerbeek M, Willems S, De Gauquier K. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van “Pay for Quality” programma’s in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2009. KCE Reports vol 118A. D/2009/10.273/50.

In een ziekenhuisbrede ISQUA-accreditatie (International Society for Quality in Health Care)^[23] wordt de reële zorgkwaliteit gecontroleerd en afgetoetst aan omschreven hoogstaande normen en standaarden. De accreditatie van zorginstellingen is een doorgaans vrijwillige externe evaluatiemethode die verwijst naar een professioneel proces waarmee een zorginstelling aantoont dat zij op het vlak van haar werking en praktijken voldoet aan een reeks geformaliseerde eisen die in een handboek worden gegoten, dit is het door een accreditatie-instelling aanbevolen 'referentiesysteem'. De accreditatie-instelling en haar handboek worden gevalideerd door een onafhankelijke externe instantie, ISQua, die internationaal erkend is door ziekenhuisprofessionals. Het is een ingrijpende oefening die impact heeft op alle afdelingen en alle niveaus in het ziekenhuis. Zorginstellingen leveren grote inspanningen om een ISQUA-accreditatiekwaliteitscertificaat te behalen. Zowel ziekenhuizen die het certificaat reeds behaald hebben als ziekenhuizen die nog in een voorbereidingstraject zitten, worden via het P4P-programma financieel beloond.

PATIËNTENERVARINGEN

Het meten van patiëntenervaringen is belangrijk. Patiënten dienen als actieve partners betrokken te worden om de zorg te verbeteren. Zorginstellingen kunnen de feedback van patiënten gebruiken om de kwaliteit van hun zorgverlening te verhogen.

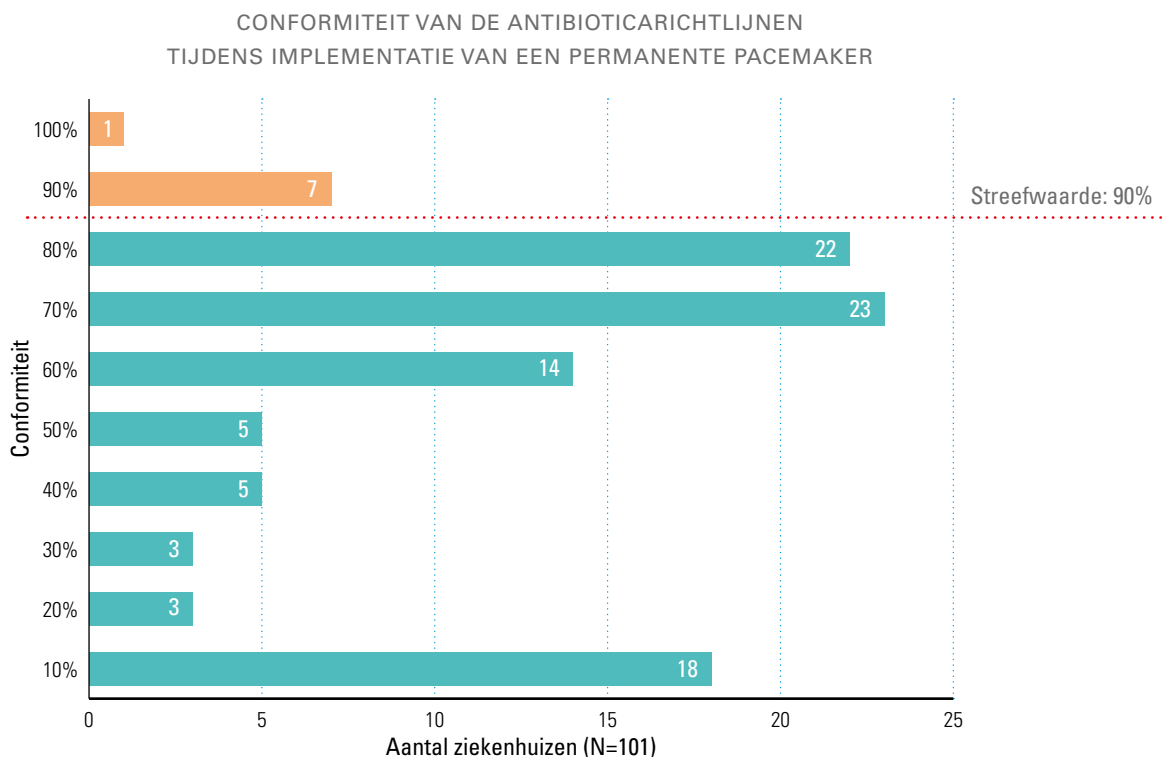
In het P4P-programma van 2019 worden de ervaringen van de patiënt op twee manieren geëvalueerd: de mate van tevredenheid van de patiënt over het verblijf in het ziekenhuis en de mate waarin de patiënt het ziekenhuis zou aanbevelen aan familie en vrienden.



ANTIBIOTICAPROFYLAXE BIJ IMPLANTATIE VAN EEN (PERMANENTE) PACEMAKER

Antibioticumbeleid en infectiebeheersing zijn fundamentele pijlers voor de kwaliteit van zorg en dragen ook bij tot de veiligheid van de patiënt. De beleidsnota van BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) voor 2014-2019 onderstreept het belang van een continue opvolging van enkele kwaliteitsindicatoren in de ziekenhuizen, waaronder de indicator “Keuze van het antibioticum in het kader van chirurgische profylaxe.” Dit is belangrijk voor het optimaliseren van antibioticagebruik om infectierisico’s te vermijden op het niveau van de individuele patiënt alsook om het gevaar op bacteriële resistentie te verminderen voor de algemene bevolking. Hieronder wordt 1 indicator aangaande antibioticaprofylaxe uitgelicht. Deze indicator meet of de **keuze** en de **dosis** van het antibioticum conform is met de antibioticarichtlijnen voor het plaatsen van een (permanente) pacemaker^[24]; het tijdstip en de duur van de profylaxe worden hierbij niet in rekening genomen. Het antibioticum dat de voorkeur geniet is cefazoline (min. 1 gram tot max. 2 gram per dag) en een alternatief is cefuroxime (1,5 gram per dag).

Bij gemiddeld 53,7% ziekenhuisverblijven in 2012, 2013 en 2014 met een implantatie van een (permanente) pacemaker gebeurde antibioticaprofylaxe volgens de antibioticarichtlijnen. We stellen een grote variatie tussen de ziekenhuizen vast waarbij 8% van de ziekenhuizen de streefwaarde van een gemiddelde van 90% behalen.



24 Sanford, J.P., Gilbert, D.N., Chambers, H.F., Eliopoulos, G.M., Moellering, R.C., Saag, M.S. The Sanford guide to antimicrobial therapy 2012-2013 (Belgian/Luxembourg edition), 189-197.

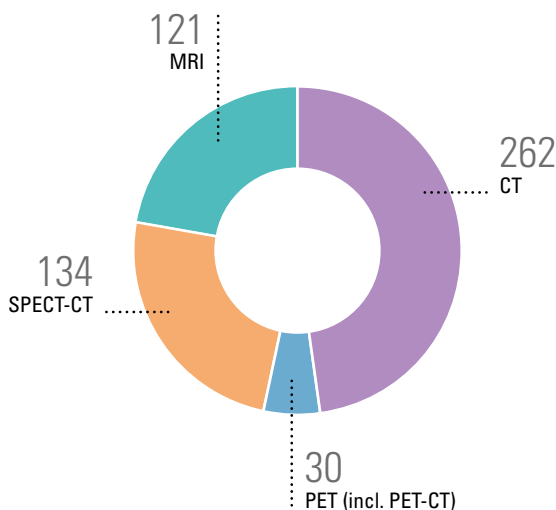
4. Medische beeldvorming

‘Medische beeldvorming’ is een verzamelnaam voor verschillende technieken om het lichaam in beeld te brengen. In ziekenhuizen wordt medische beeldvorming gebruikt om diagnoses te stellen, ziekten vroegtijdig op te sporen en op te volgen, medische ingrepen te ondersteunen en behandelingen te evalueren.

Men kan de volgende toestellen voor zware, medische beeldvorming onderscheiden:

- **CT:** Bij computertomografie worden röntgenstralen gebruikt om dwarsdoorsneden van het inwendige lichaam te maken. De patiënt wordt dus als het ware ‘gescand’. Dit toestel noemt men in de volksmond daarom ook wel ‘de scanner’.
- **MRI:** Bij magnetische resonantie (Magnetic Resonance Imaging) maakt men gebruik van een sterk magnetisch veld en radiogolven om het inwendige lichaam in beeld te brengen.
- **SPECT-CT:** hier maakt men gebruik van een radioactief product dat ingespoten wordt. De straling wordt vervolgens gemeten met detectoren die rond de patiënt draaien. Vervolgens worden de metingen toegevoegd aan CT-beelden om goed te kunnen zien waar het ingespoten product zich verdeelt.
- **PET** (met inbegrip van PET-CT en PET-MRI): Net zoals bij SPECT-CT wordt gebruik gemaakt van een radioactief product. Het radioactief product dat bij PET wordt gebruikt, heeft de bijzondere eigenschap dat het steeds in 2 richtingen kan gemeten worden. Door de informatie uit 2 metingen te combineren, verkrijgen artsen een heel nauwkeurig beeld van de verdeling van het ingespoten product.

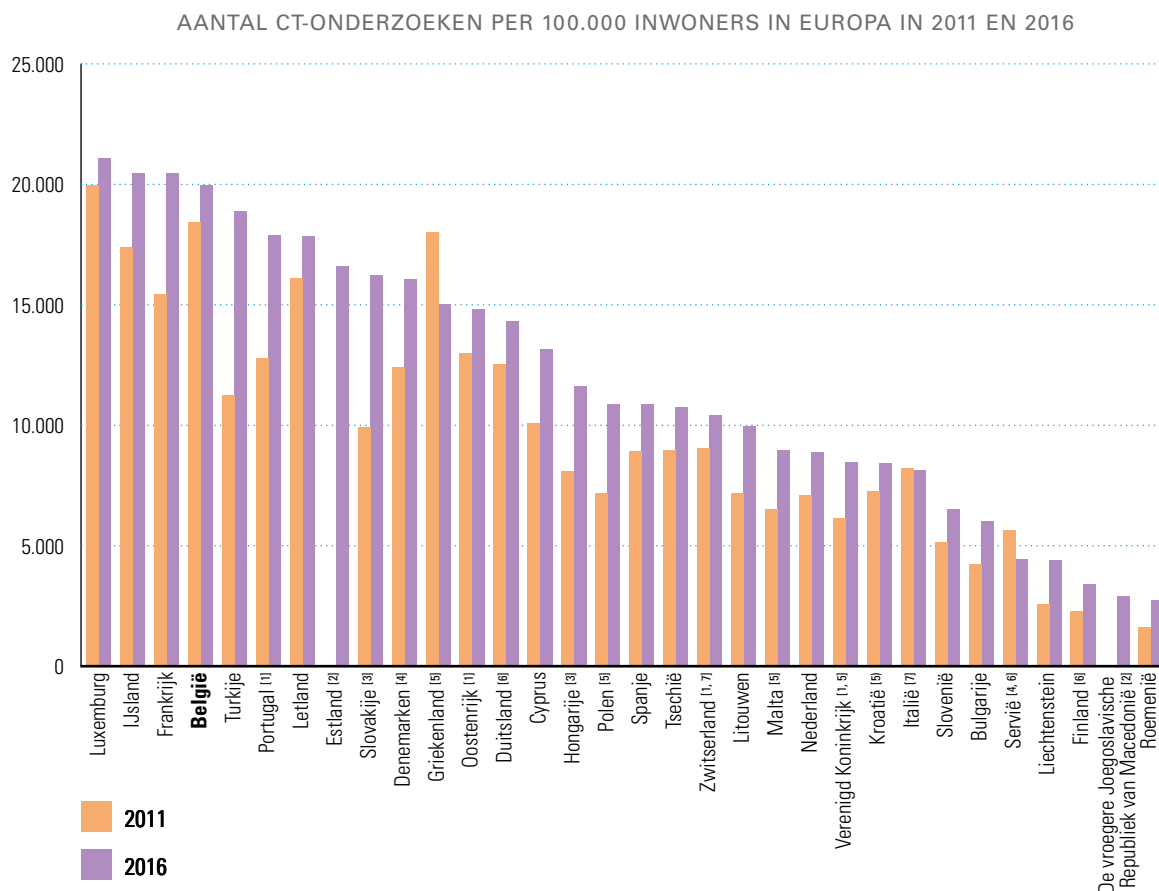
AANTAL TOESTELLEN VOOR ZWARE, MEDISCHE BEELDFORMING (01/01/2018) ^[25]



Bovenstaande technieken hebben allemaal hun sterke en zwakke punten. Er is dus geen algemeen toepasbare techniek. Wat voor de ene aandoening een goede beeldvormingstechniek is, is dat niet altijd voor de andere. Medische beeldvorming heeft een enorme vooruitgang mogelijk gemaakt in de moderne geneeskunde en speelt een steeds grotere rol in onze gezondheidszorg. Toch is er ook een keerzijde aan het veelvuldig gebruik van technieken zoals CT-scans namelijk de toegenomen

25 Dit betreft toestellen die over de nodige erkenningen en vergunningen beschikken en die werden gemeld aan de FOD Volksgezondheid. Bron: Kadaster medische beeldvorming voor zware apparatuur.

blootstelling aan ioniserende stralen. In vergelijking met andere landen worden in ons land veel CT-onderzoeken uitgevoerd.



MEDISCHE BEELDEN ZIJN GEEN VAKANTIEKIEKJES

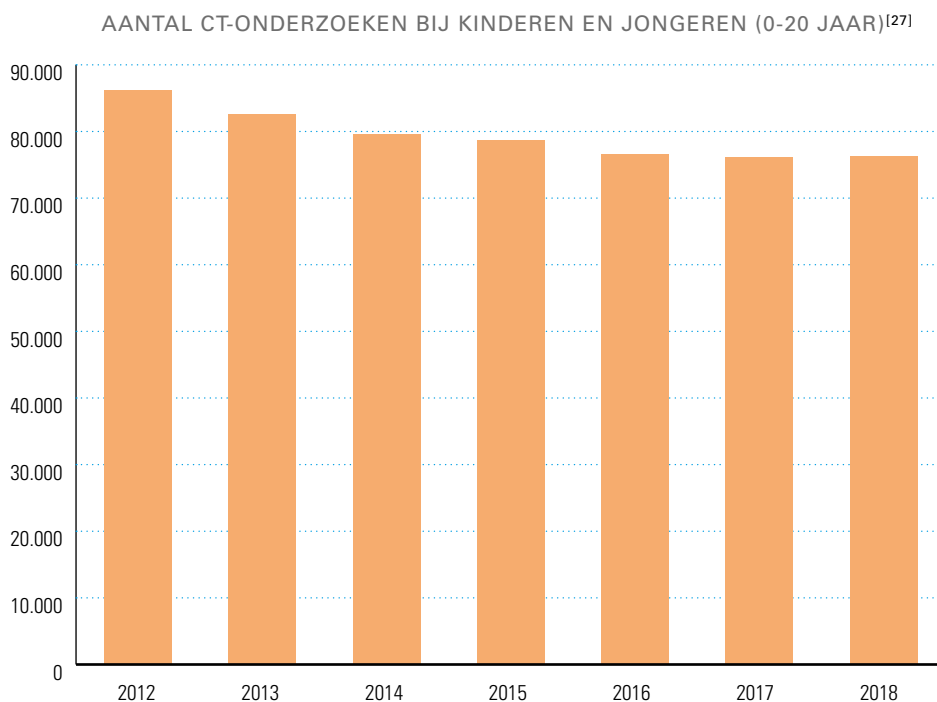
Om de sector en de bevolking te informeren over het belang van correct gebruik van medische beeldvorming lanceerde de FOD Volksgezondheid tussen 2012 en 2016 jaarlijks de campagne “Medische beelden zijn geen vakantiekiekjes”.

De campagnes hadden een groot bereik waardoor burgers beter geïnformeerd waren en geneigd waren om sneller vragen te stellen aan hun arts^[26]. Dit uitte zich onder andere in een daling van het aantal CT-onderzoeken bij kinderen en jongeren onder de 20 jaar.



www.zuinigmetstraling.be

26 Voor meer informatie over de resultaten van de enquête kijk hier: http://www.becaremagazine.be/nl_NL/2479/39752/belgian_medical_imaging_platform_belmip.html



Globaal blijft de consumptie van CT-scans in ons land echter toenemen. Het grote aantal CT-onderzoeken draagt bij aan de stralingsbelasting voor de Belgische bevolking. Aangezien MRI-onderzoeken (in tegenstelling tot CT-onderzoeken) niet gepaard gaan met een stralingsrisico en ze voor bepaalde indicaties een alternatief kunnen zijn voor CT-scans, werkt de FOD Volksgezondheid samen met het RIZIV en experts uit de sector om een verschuiving te bekomen in het gebruik van CT-onderzoeken naar MRI-onderzoeken. Hiervoor is het belangrijk dat het aanbod goed afgestemd wordt op de noden.

Om het aanbod aan toestellen voor medische beeldvorming objectief te kunnen bepalen, werd de verhouding van het aantal toestellen per 100.000 inwoners per regio berekend. Om deze verhouding meer gelijk te trekken tussen de verschillende landsdelen werd het aantal MRI-toestellen in 2014 uitgebreid met 12 toestellen ([protocolakkoord van 24 februari 2014](#)). Na evaluatie van deze uitbreiding werd in 2018 beslist om het aantal MRI-toestellen opnieuw uit te breiden, deze keer met 18 toestellen ([vervolgprotocol van 5 november 2018](#)). Deze nieuwe toestellen zullen binnen twee à drie jaar operationeel zijn in de ziekenhuizen.

27 Bron: facturatiegegevens RIZIV



MEER WETEN OVER KWALITEITSINITIATIEVEN:

- [BeCare Magazine](#)
- Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC):
 - [Overlegorganen](#)
 - [Handhygiëne](#)
 - [U bent in goede handen](#)
 - [Gebruik antibiotica correct](#)
- [Ontwikkelingsgerichte zorg](#)
- [Initiatief voor baby-vriendelijk ziekenhuis](#)
- [Patiëntveiligheid](#)
- [Colleges van Geneesheren](#)
- [Belgisch handboek voor klinische audits in de medische beeldvorming](#)
- [Richtlijnen voor het goed gebruik van medische beeldvorming](#)
- [Belgian Quality in Transfusion\(Be-Quint\)](#)
- [Farmaceutische zorg](#)
- [Zorgkwaliteit](#)
- [PAQS](#)
- [OESO](#)
- [World Health Organisation](#)



federale overheiddienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**