
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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 4 / AUGUSTUS 2009

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

DE TOEPASSING VAN HET ACTUELE OPLEIDINGSSYSTEEM

Toespraak van Prof.Dr. J.A. Gruwez ter gelegenheid van het seminarie van Plastische chirurgie
georganiseerd door Prof. S. de Fontaine ULB Erasmus 19.06.09*

De initiatiefnemers

Deze opleiding heeft een voorgeschiedenis. Voor 1953 werd er tussen artsen geen onderscheid gemaakt. Hooguit had een dokter, vooraleer hij de ene of de andere kwalificatie in zijn bronzen plaat liet graveren of op zijn briefhoofd liet drukken, een goedkeuring van de Orde van Geneesheren nodig.

Vanaf 1955 echter heeft het Belgisch Verbond van Specialisten zich toegelegd op de oprichting van een systeem van erkenning door gelijken, terwijl vanaf 1960 geleidelijk de reglementerende overheidsbepalingen het daglicht zagen.

De verwezenlijking van het haast monumentale werkstuk dat de verzamelde specialisatiecriteria van vandaag (algemene of bijzondere, voor de diverse specialismen, voor kandidaten, stagemeesters, stagediensten enz.) vertegenwoordigen, is vooral de verdienste van één figuur die er nu niet meer is: Professor Albert Lacquet (KUL), Diensthoofd Heelkunde van de Universitaire Ziekenhuizen van Leuven en Vast Secretaris van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Hij werd bijgestaan door Professor Simon Halter (VUB), toenmalig Secretaris-Generaal van het ministerie van Volksgezondheid. Het werk wordt gekenmerkt door 2 hoofdbekommernissen van zijn auteurs: een scrupuleus nagestreefd evenwicht tussen de universiteit en het beroep enerzijds, en de overtuiging van het in essentie professionele karakter van de opleiding anderzijds.

“Het is niet de bedoeling een academisch onderwijs te verstrekken of een speciale doctorstitel te verlenen na een persoonlijk hoogstaand klinisch of experimenteel onderzoek, maar een bepaalde professionele vorming te verschaffen, gestoeld op ruime ervaring, op diepgaande kennis en op kritisch wetenschappelijk inzicht.” (Prof. Dr. Albert Lacquet)

Deze opleiding heeft uitstekende resultaten opgeleverd. Een persoonlijke terugblik toont aan dat we enkel positieve commentaren kregen toen onze assistenten een deel van hun opleiding in het buitenland doorbrachten (vooral in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Nederland en de Verenigde Staten). Een indrukwekkend aantal van onze oud-assistenten in de heelkunde fungeren of hebben gefungeerd als universiteitsprofessoren in universitaire ziekenhuizen, o.a. in Maastricht, Hamburg, Mainz, Basel, Groningen, UCL St Luc, de Universiteit Gent, Newcastle, enz.

* Emeritus Hoogleraar Chirurgie, KUL Leuven, België.
Erevoorzitter van de E.B.S. en Ondervoorzitter van het VBS-GBS.

De maatschappelijke factoren

Het spreekt voor zich dat de opleiding een evolutief gegeven is, en voortdurend beïnvloed wordt door de druk van een groot aantal maatschappelijke factoren, zoals veranderingen in levensstijl, de vervrouwelijking van het medisch beroep, de restricties van de arbeidsduur, de inmenging van het publiek en de politieke verantwoordelijken, de eisen inzake kwaliteitscontrole, inzake transparantie van het beroep, uiteraard de technologische boom en de invasie van “externen” in onze beroeps- en ziekenhuisactiviteit, zoals consultants, experts in een rist domeinen, pedagogen, agogen enz., enz. In Finland duiken de eerste diensthoofden zonder artsdiploma op!

De arbeidsduur

We zouden even willen stilstaan bij het probleem van de beperking van de arbeidsduur, vooral voor wat de kandidaat-specialisten in opleiding betreft.

Wij hebben in België, sinds het ministerieel besluit van 30 april 1999 (van toenmalig minister Colla), een wetgeving m.b.t. de arbeidsduur voor de niet-zelfstandigen: 9 uur per dag, 48 uur per week, afwijkingen zijn toegelaten, voor zover het totaal over 8 weken gelijk blijft, één dag op 5 wachtbeurten en één dag op 4 bereikbare wachtbeurten, met aansluitend na de wachtbeurten 12 uur rust. Wijlen Professor E. Eyskens (UZA) berekende dat daardoor de opleiding anderhalf jaar langer zou duren om een gelijkwaardige ervaring met de chirurgische praktijk te verzekeren. Enerzijds heeft de E.W.T.D. (European Working Time Directive) de eisen van organisaties als o.a. de AVRAO (Associatie voor de Verdediging van de Rechten van Artsen in Opleiding) aangewakkerd, die, met een aantal anderen, te pas en te onpas waarschuwt voor het gevaar dat vermoeide zorgverleners betekenen voor de patiënten, zonder in hun eenzijdige benadering ook maar even stil te staan bij het gevaar van onervarenheid en onvoldoende opleiding.

Anderzijds heeft de E.W.T.D., vooral in de Britse en chirurgische vakliteratuur, een stortvloed aan artikelen teweeggebracht, waarin de richtlijn haast unaniem de kritiek krijgt dat ze nadelig is voor de opleiding, maar ook voor de zorgcontinuïteit en –kwaliteit, zoals werd aangetoond door een enquête, die niet bij orthopedisch chirurgen, maar bij kandidaat-specialisten in orthopedie werd uitgevoerd (British Orthopaedic Trainees Association – Freudmann M. “EWTD: Europe-wide training decline”. *Surgeons News* 2005; 4(4) : 56-7).

Een voorstel dat van de Duitse neurochirurgische wereld uitgaat en de steun krijgt van de heelkundige specialismen, bestaat erin de arbeidsduur (EWTD) met een periode van 12 uur te verlengen, die zou besteed worden aan de niet-klinische opleiding en die een “opting-out” zou mogelijk maken. De eindbeslissing is nog steeds niet genomen door het Europees Parlement (of de Commissie).

De eisen van de kandidaat-specialisten

Het is evident dat er in het licht van de ontwikkeling van de opleiding rekening moet worden gehouden met de desiderata van de kandidaat-specialisten. Een van hun vertegenwoordigers in de Hoge Raad, Dr. Peter Verhamme, heeft ze voor ons opgesomd: een beter vergoeding voor laatstejaarsassistenten en co-assistenten, een beter gestructureerde sociale bescherming voor assistenten, een soepele en flexibele toepassing van de arbeidsduurreglementering, een gevoelige vermindering van de bureaucratie, respect voor de functie van assistent, waarbij hun belangrijkste bekommernis blijft een bekwame specialist te worden (“minder assistentie, meer opleiding”), en ten slotte hun wens om goed gecoacht te worden, eventueel door betaalde stagemeeesters.

Waar het voor de kandidaat-specialist in essentie op neerkomt, is dus niet om productief te zijn of arbeidskracht te leveren, maar om een uitstekende opleiding te krijgen!

De stagemeeesters

Vanuit die vaststelling kan men zich toespitsen op de functie van de stagemeeester en zijn nieuwe profiel schetsen. Terwijl de stagemeeester lang beschouwd werd als een topspecialist, een hoofd van een belangrijke dienst voor wie de functie een prestigesymbool en een bron van arbeidskrachten betekent, die door sommigen als onmisbaar beschouwd wordt, steunt het huidige profiel op de overtuiging dat het doel van de opleiding zeker niet het leveren van goedkope arbeidskrachten is, maar veeleer een voorrecht voor specialisten, die blijk geven van interesse voor de functie en toewijding. Opleiden is niet enkel een demonstratie van technieken of klinische vaardigheden, maar omvat interactieve vorming, nauwe supervisie, evaluatie en vanzelfsprekend FEEDBACK, evenals – iets wat ik persoonlijk belangrijk vind – assistentie, begeleiding in de loopbaan. Een echte stagemeeester is begaan met de toekomst van zijn assistent.

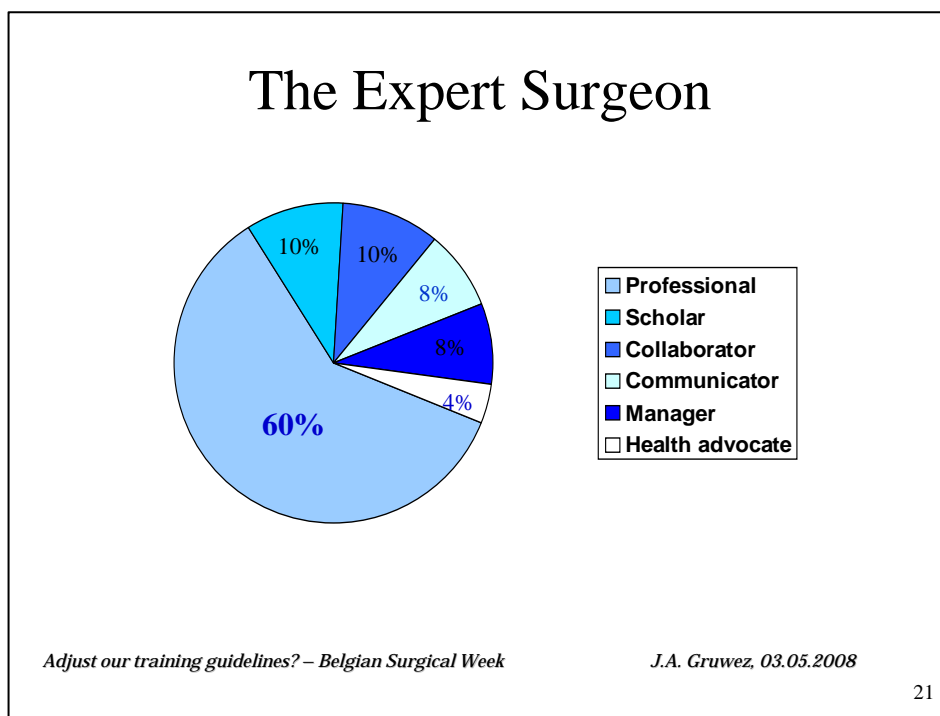
Modernisering?

Sinds enkele jaren bestaat er een tendens, een mediatieke rage (hype) om de opleiding te “moderniseren”. Men zou zich haast verplicht voelen om mee te gaan in het spoor van mensen als Professor Steele van Dundee University, die schrijft dat de opleiding, en met name de chirurgische, jarenlang steunde op het verwerven van ervaring tijdens lange arbeidsuren en dát ettelijke jaren aan een stuk (een toespeling op het meester/leerling-model), maar dat slechts weinig aandacht werd besteed aan een gestructureerde opleiding, en dat een verandering zich opdringt.

Het concept van de opleiding vertoont inderdaad een tendens tot evolutie: het meester/leerling-model wordt (waarschijnlijk om in het kielzog van de menigte te blijven) als achterhaald beschouwd. De assistent is niet meer goed voor alle werk of als invaller, en om “modern” over te komen moet men de opleiding “structureren”, de inhoud definiëren, de te bereiken doelstellingen vastleggen, evaluaties organiseren tijdens en aan het einde van het parcours. Opleiden wordt een “missie”. Bovendien moet deze activiteit misschien worden vergoed en de stagemeesters “opgeleid”!

Overigens heeft men zich daarbij laten inspireren door wat de Canadezen een vijsftiental jaar geleden hebben bedacht en waarvan ze zelfs het logo hebben laten patenteren. We hebben het hier over de CANMEDS: een modern afgietsel van de vaardigheden, die men vroeger ongetwijfeld ook aanleerde zonder ze te identificeren: professionalisme, communicatie, teamwork, managerschap, promotor van het gezondheidssysteem en wetenschapper.

Persoonlijk erkennen en begrijpen wij de noodzaak om de begrippen van deze capaciteiten mede op te nemen, voor zover ze al niet aangeleerd werden tijdens de geneeskundige basis cursus, eventueel in beperkte mate, en we kunnen ons “Belmeds” voorstellen, waarbij, naast de 5 theoretische domeinen, het grootste deel van de opleiding gewijd zou worden aan de klinische opleiding.



De Nederlanders hebben (dit voorbeeld geldt voor de chirurgie) de “Canmeds” (capaciteiten) overgenomen voor de modernisering van hun heelkundige opleiding. Deze modernisering is nog verre van voltooid. Het weze opgemerkt dat het de beroepsorganisaties zijn die de opleiding beheren! Een van de protagonisten van de modernisering (waarvan ik u hier het besluit van een lezing laat zien) lijkt nogal sceptisch te staan tegenover deze veranderingen, zoals onderstaand schema aantoont.

Surgical Training in time and consequences

	PAST	NOW	FUTURE
Form	Master / Pupil	Group	Group / Extern.
Workload	80 – 100 hrs	48 hrs	???
Role Trainee	Central	??	Limited
Experience	+++	++	+
Courses	+/-	+	+++

J. Hamming 2007 - RCSE

Adjust our training guidelines? – Belgian Surgical Week

J.A. Gruwez, 03.05.2008

44

Nog steeds in de chirurgie zijn er voorbeelden te vinden van veel eenvoudigere wijzigingen. Het Duitse systeem heeft een identiek schema uitgetekend voor alle heekkundige specialismen. Een basisopleiding van 2 jaar voor iedereen. Met een hogere opleiding van 4 jaar blijft de totale opleidingsduur 6 jaar.

Training in Surgery (UK)

Training = work with training team in clinical environment.

Education = acquiring knowledge in non-clinical environment.

NON SUBSPECIALTY SURGEONS	Phase I	<u>Prespecialisation Training</u> 2 yrs 1st pre-registration H.O. general 2nd post-registration H.O. surg. / int.care / accid.s. ATLS or ETCC <u>course</u> Basic Surg. Skill <u>course</u>	
	Phase II	<u>Speciality Training</u> 3 – 6 yrs 4 yrs Gen. Surg. In Dist. Gen. Hosp. <u>Attachments</u> : Colorectal, Upper G.I., Hepatobiliary, Breast & Endocrine, Vascular – ivt. Thoracic, Pediatric. Higher Sur. Skill <u>course</u> MRCS in Gen. Surg. Emergency Surgery <u>course</u>	
SPECIALTY SURGEONS	Phase III	<u>Subspecialty Training</u> 7 – 8 yrs 2 yrs Entry by competition Colorectal, Hepatobiliary, Vascular Skill courses, Maintain Emergency skills	

R.J.C. Steele – Apr. 03

2

Groot-Brittannië voert geregeld veranderingen door. De voorlaatste wijziging, aangekondigd onder de ronkende benaming "Modernising Medical Careers", lijkt een mislukking te zijn geweest. Nog steeds inzake chirurgie kunnen we vaststellen dat een zeer groot deel van de opleiding (8 tot 10 jaar en meer!) wordt gewijd aan basisopleiding. Daarbij is het vanuit terminologisch oogpunt interessant het onderscheid op te merken dat wordt gemaakt tussen Training = wat zich afspeelt in een klinische omgeving en Education = kennisverwerving in een niet-klinische omgeving.

“Structured Training” in Belgium

- Catalogue 750 personally performed operations
- In training evaluation at end 2nd year: M.C. – Basics in Surgery
- Final examination:
OSCE-type (clinical knowledge – skills - attitudes...)
organised by C^{ions} of Recognition
(in collaboration with Prof. Org. – Scient. Org. – Acad. Surg.)

J.A. Gruwez, Oktober 2008

Waar bevinden wij ons, temidden van al die veranderingen? Onze criteria, die diverse evaluatiemomenten omvatten, waaronder het oude stageboekje, dat sommigen tot “portfolio” zouden willen omdopen om meer “trendy” te klinken, waren in feite voorlopers voor tal van landen, die nog niet zo lang geleden vb. het “logboek” hebben ingevoerd. In onze “gestructureerde” chirurgieopleiding (om met dezelfde terminologie verder te gaan) bestaan er sinds ± 15 jaar “doelstellingen” en “evaluaties”! De catalogus van uit te voeren ingrepen door de kandidaat is precies en uitgebreid.

De controle wordt voorgeschreven door de jaarverslagen van de kandidaten en van de stagemeester, door het vertrouwelijk verslag van de kandidaat-specialist, de nazichten van het stageboekje, en de evaluaties na het 2^{de} jaar en aan het einde van het parcours, oorspronkelijk door het Consilium Chirurgicum en inmiddels door de Erkenningscommissies georganiseerd. Voor de erkenning worden alle documenten die tijdens de opleiding werden verzameld (de fameuze “portfolio”) in rekening genomen. Daar voegen we nog aan toe dat de eindproef niet enkel gericht is op het toetsen van de theoretische kennis, maar ook van de praktische vaardigheden van de kandidaat (OSCE: Objective Structured Clinical Examination).

De structuren

Laten we nog eens snel de structuren overlopen die de wetgever in het leven heeft geroepen om dit alles in goede banen te leiden:

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen bestaat uit een gelijk aantal specialisten en huisartsen, Nederlandstaligen en Franstaligen, evenals universitaire en “professionals”. Twee kamers, een Franstalige en een Nederlandstalige, fungeren als beroepsinstantie, naast verscheidene werkgroepen, waarvan de belangrijkste zich bezighoudt met de erkenning van de stagemeesters en stagediensten. Ook de 2 x 32 erkenningscommissies zijn paritair samengesteld uit universitair en “professionals”.

Bepalingen voor de kandidaat-specialisten, stagemeesters en stagediensten

Drie besluiten (één koninklijk en twee ministeriële) omschrijven de wettelijke bepalingen voor kandidaat-specialisten, stagemeesters en stagediensten:

Voor de geneesheren-kandidaat-specialisten: de toelating om in België de geneeskunde te beoefenen; het voltijdse karakter; voor elk specialisme de specifieke duur; de mogelijkheid om zich (gedeeltelijk) in het buitenland te specialiseren; de na te leven maatregelen bij zwangerschap; de in belang toenemende verantwoordelijkheden die aan de assistenten moeten worden opgedragen; de verplichting om zich vertrouwd te maken met spoedgevallen, ook buiten het eigen specialisme; de deelname aan de wachtdiensten, de ontwikkeling op wetenschappelijk gebied en deelname aan didactische activiteiten.

Vervolgens: een erkend stagemeeester, een (volledig!!!) vooraf opgesteld stageplan, dat niet eenzijdig mag gewijzigd worden, het stageboekje, de jaarverslagen van de kandidaat aan de Erkenningscommissie, enerzijds, en het vertrouwelijk jaarverslag aan de geneesheer leidend ambtenaar van de directie Geneeskunde Praktijk van de federale overheidsdienst volksgezondheid.

De stagemeeester dient ook een jaarverslag op te stellen voor zijn commissie.

Wij hebben de verplichte contacten van de kandidaat-specialist met het opleidingssysteem op een rijtje gezet: goedkeuringsaanvraag voor het stageplan, jaarlijkse voorlegging van het stageboekje, de 2 jaarverslagen, de eventuele wijzigingen van het stageplan, de eventuele ongeschiktheidsverklaringen en ten slotte de erkenningsaanvraag (met o.a. het getuigschrift van de stagemeeester en het getuigschrift van de universitaire opleiding tijdens de eerste 2 jaren en van de evaluatie na het 2^{de} jaar).

De stagemeeester heeft didactische, klinische en organisatorische kwaliteiten. Hij publiceert minstens één artikel om de 5 jaar, is erkend in zijn specialisme, praktiseert sinds minstens 8 jaar en heeft een voltijdse activiteit (40 uur) in de stagedienst (en eventueel in de andere vestigingsplaatsen).

Hij geeft een volledige of onvolledige opleiding aan een BEPERKT AANTAL kandidaten, besteedt voldoende tijd aan de opleiding, geeft raad, heeft veelvuldige contacten met de assistent, organiseert wekelijkse seminaria, stimuleert de interdisciplinariteit, de wetenschappelijke activiteit (de kandidaat-geneesheer-specialist heeft recht op 4 uur per week voor deze activiteit), evalueert regelmatig en zorgt voor feedback.

Hij past elk jaar de opleiding aan aan het niveau van de assistent en beschikt, indien vereist, over een sinds 5 jaar erkend stafflid in elke vestigingsplaats.

De selectie

Zonder dat hij daarover de Hoge Raad om advies had gevraagd of er enige voorafgaande bespreking had plaatsgevonden, en na, naar men zegt, een onderonsje op het ministerie met een vakbondsleider, een topambtenaar van het ministerie en één of meer universiteitsvertegenwoordigers, waarbij gemarchandeerd werd met “de numerus clausus tegen bepaalde voordelen voor de universiteiten” als inzet, kreeg minister Colla op 16 maart 1999 de ingeving een koninklijk besluit uit te vaardigen waarmee hij de selectie aan de faculteiten toevertrouwde, daarbij het traditionele evenwicht schendend en een arbitraire maatregel in het leven roepend (want niets zegt dat bijvoorbeeld de kandidaat die door de KUL geselecteerd werd ook door de faculteit van Gent zou gekozen zijn). Als er een selectie nodig was, had ze moeten plaatsvinden via een nationaal of een regionaal vergelijkend examen. Enkel Italië verkeert in hetzelfde geval; in alle andere landen is de selectie een bevoegdheid van de regering en, in de meeste gevallen, van een autoriteit die steeds in samenspraak met het beroep optreedt.

De academisering

Terwijl de universiteiten, of veeleer de universitaire ziekenhuisdiensten, vanzelfsprekend een belangrijke rol vervulden in de opleiding, verplichtte diezelfde minister (of zijn inspiratoren) met zijn koninklijk besluit de kandidaat-specialist “met vrucht” een universitaire opleiding te volgen “die samenvalt met de eerste 2 jaren van de opleiding”. Daarmee maakte hij een begin met wat wij gewoonlijk betitelen als de “academisering”. Wij kunnen enkel betreuren dat het mooie evenwicht, ingesteld door twee eminente universiteitsprofessoren, aldus verstoord werd!

De coördinerende stagemeeester

Verderop zullen we het hebben over de verwarring die ontstaan is op het gebied van de opleiding, o.m. wat de coördinerende stagemeeester betreft.

Om die verwarring tegen te gaan, is het goed te benadrukken dat het KB van 21 april 1983 voorschrijft dat de kandidaat-specialist alleen een coördinerende stagemeeester moet hebben als hij “meer dan één stagemeeester heeft” en dat diens opdracht erin bestaat de mentor, de coach van de kandidaat te zijn gedurende diens volledige opleiding en hem raad te geven bij het opstellen van zijn stageplan. In de Richtlijnen van de Hoge Raad wordt verduidelijkt dat het de kandidaat is die zich wendt tot een coördinerend stagemeeester en dus kiest hij hem ook. De aberraties hebben zo'n omvang aangenomen dat er in een van onze faculteiten een “College van de coördinerende stagemeeesters” bestaat, wat uiteraard absurd is!

De visitatie

Tevens wensen we kort het belang van de visitatie te onderstrepen, een kwaliteitsinstrument voor een regelmatige controle, niet alleen van de stagedienst, maar ook van de staf van deze dienst, de capaciteiten van de dienst, de sfeer die er heerst, de kandidaat-specialisten die er zijn opgeleid enz. Het is een maatregel

die voorzien is, maar waarvan slechts zelden gebruik wordt gemaakt om redenen van kosten, beschikbaarheid en politieke gevolgen. Dit uitstekende hulpmiddel om o.m. de arbeidsomstandigheden van de kandidaat-specialisten te controleren verdient het nieuw leven ingeblazen te worden. Laten we niet vergeten dat de visitatie een van de hoekstenen is van het opleidingssysteem in landen als bijvoorbeeld Nederland.

Terminologie

We hebben de aandacht gevestigd op het jargon rond de opleidingscriteria, dat gaandeweg ingeburgerd is geraakt en zelfs de ministeriële administratie heeft aangetast.

Wij zijn van mening dat deze situatie vooral toe te schrijven is aan de generatiewissel enerzijds, aan almaar aan invloed winnende constructies, zoals de netwerken, anderzijds, en meer algemeen ten slotte, aan een gebrekkige kennis van de officiële criteria.

Wij pleiten ervoor dat iedereen die betrokken is bij de opleiding de moeite zou nemen om kennis te nemen van de criteria.

Wat het meest tegen de borst stuit, is dat deze terminologie, deze verkeerde interpretaties en foutieve begrippen tot de ministeriële administratie doordringen en daar tot verkeerde formuleringen en teksten leiden. Het is pijnlijk dat overheidsteksten begrippen bevatten die juridisch niet bestaan en aanleiding kunnen geven tot misbruiken. Men moet van het Staatsbestuur een correcte toepassing van de officiële terminologie en het gebruik van wettelijk correcte begrippen kunnen eisen. Bijvoorbeeld:

Verouderde termen: “de poortwachter” (de functie van spoedarts), “de omnipracticus” (le généraliste, huisarts).

Foutieve begrippen: “de daadwerkelijk erkende coördinerende stagemeeester” – de “coördinerende stagemeeester” om de bestuurder van een universitair netwerk of het hoofd van een universitaire dienst aan te duiden – het “autonomieattest” dat niet bestaat! – het stageplan dat slechts één jaar omvat – “de universiteitsjaren” om de eerste 2 jaren aan te duiden – de noodzaak om een DESS¹ te hebben behaald voor de evaluatietest of voor de erkenning.

Uitdrukkingen met een academische bijklank om begrippen in de criteria aan te duiden: diploma (voor erkenning), cursus, studieprogramma (voor opleiding).

Terminologische zuiverheid is het minste wat men zou moeten kunnen verwachten van de officiële instanties!

De rechten van de kandidaat-geneesheren-specialisten

Voor de kandidaat-specialisten moet dringend de vrijheid van keuze van de stagediensten en stagemeeesters, ook buiten de netwerken, hersteld worden.

Het spreekt voor zich dat de coördinerende stagemeeester niet mag toegewezen worden, maar door de kandidaat vrij onder zijn stagemeeesters mag gekozen worden indien hij er meerdere heeft.

De duur van de stages in het buitenland moet toegelicht en gespecificeerd worden.

De kandidaat-specialist moet het attest van de goedkeuring door de faculteit om de specialisatie aan te vatten en het getuigschrift van het succesvol doorstaan van de evaluatie na het 2^{de} opleidingsjaar tijdig verkrijgen, d.w.z. na het diplomajaar en na het 2^{de} opleidingsjaar. Er is geen sprake van dat deze documenten zouden gebruikt worden als chantagemiddel of om de kandidaat-specialisten te manipuleren.

Eenzijdig doorgevoerde wijzigingen van het stageplan zijn onwettig.

De kandidaat-geneesheren-specialisten moeten worden geïnformeerd over hun rechten, zoals het recht om in beroep te gaan bij de Erkenningscommissie en bij de Beroepskamer van de Hoge Raad.

We wijzen er in dit verband op dat de vrees dat kandidaat-specialisten aarzelen om hun problemen voor de Erkenningscommissie of de Hoge Raad te brengen, omdat ze beducht zijn voor represailles vanwege hun superieuren die erin zetelen, zou kunnen gegrond zijn.

De netwerken

De universitaire netwerken hebben aan belang gewonnen, wat te verklaren valt aan de hand van de vergelijking: opleiding = macht. In de loop der jaren, en al helemaal in het tijdperk van de numerus clausus, hebben er zich heuse feodale stelsels gevormd, waarin de leenheren (de “universitaire coördinerende stagemeeesters”) de opleiding van sommige van de door hen geselecteerde kandidaten toekennen, toevertrouwen aan hun vazallen (de perifere stagemeeesters). De betrokken stagemeeesters moeten in ruil uiteraard wel de nodige trouw en erkentelijkheid aan de dag leggen.

¹ Diplôme d'études supérieures spécialisées (aan de Franstalige Belgische universiteiten)

Deze toestand leidt tot verzuiling, tot isolement. Dat wordt aangetoond door kandidaat-specialisten die, om de ene of andere respectabele reden ergens een stage zouden willen doen, die hen geweigerd wordt omdat de dienst in kwestie niet tot het netwerk behoort!

Het kan dus niet genoeg herhaald worden dat de kandidaat-specialist de vrijheid moet teruggegeven worden om zijn stagemeeester en stagedienst te kiezen. Dat zou voor een gezonde wedijver zorgen tussen de universitaire ziekenhuizen onderling, en tussen de universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen. De stagevoorwaarden zouden verbeteren en ook de kwaliteit van de opleiding zou er baat bij hebben.

Besluit

We hebben gepoogd een realistisch beeld te geven van de opleiding zoals ze vandaag is. Het spreekt voor zich dat onze aandacht vooral naar de onregelmatigheden en zwakke punten is uitgegaan. Dat mag ons echter niet doen vergeten dat de meeste van onze stagemeeesters, of ze nu tot een Universitair Ziekenhuis behoren of niet, kwalitatief uitstekend werk leveren en getuigen van reëel idealisme door hun streven om onze gezondheidszorg te bemannen met uitstekende specialisten.

Wij zijn ervan overtuigd dat onze stagediensten specialisten opleiden die in geen enkele mate moeten onderdoen voor hun buitenlandse collega's, wel in tegendeel!

Vanuit een idealistische ingesteldheid zouden we willen zien dat het evenwicht dat de pioniers van ons systeem hadden verwezenlijkt zich herstelt en dat er een nog nauwere samenwerking tot stand komt dan vandaag, in de eerste plaats in het belang van onze kandidaat-geneesheren-specialisten en uiteindelijk natuurlijk ook voor het welzijn van onze patiënten

WERKTIJDVERKORTING: WAT ZIJN DE VOORDELEN? WAT ZIJN DE PROBLEMEN?

Toespraak van Prof. Dr. F. Heller ter gelegenheid van het seminarie van Plastische chirurgie georganiseerd door Prof. S. de Fontaine ULB Erasmus 19.06.09*

De verkorting van de arbeidsduur is een vraagstuk waar veel beroepen mee te maken krijgen; ook de gezondheidsberoepen. Vooral bij de kandidaat-geneesheren-specialisten is het een onderwerp van studie. De literatuurgegevens zijn het talrijkst in de Angelsaksische landen. Wij zullen de discussie vooral toespitsen op de kandidaat-geneesheren-specialisten in Inwendige Geneeskunde.

Het is bewezen dat een teveel aan werk bij artsen in opleiding leidt tot een vermindering van de cognitieve vaardigheden, een vermindering van de leervaardigheden, een toename van het aantal auto-ongevallen en een negatieve perceptie door de patiënten van deze situatie (1). Een onderzoek dat bij 20 kandidaat-geneesheren-specialisten in Inwendige Geneeskunde werd gevoerd, heeft via polysomnografie aangetoond dat een werktijdverkorting de slaaptijd doet toenemen. Er bestaat bovendien een significante wederzijdse samenhang tussen werktijdverkorting en slaaptoenname. Daarnaast nemen bij een werktijdverkorting de aandachtstekorten op het werk af, wat werd vastgesteld d.m.v. elektro-oculografie, waarbij de langzame oogbewegingen worden gemeten (2). Ten slotte brengt een werktijdverkorting een afname van het aantal zware medische fouten met zich mee, vooral van de gevallen die verband houden met een diagnose (3).

Het is vanuit die vaststelling dat de Staat New York al in 1989 de "code 405" uitvaardigde, die de werktijd beperkte tot maximaal 80 uur per week, berekend over een periode van één maand. In 2003 heeft de ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) Board Director nieuwe werktijdstandaarden ingevoerd voor de artsen in opleiding in de Verenigde Staten. Deze standaarden werden in 2007 geactualiseerd. Ook een aantal andere, Europese (waaronder België) en niet-Europese landen, hebben een reglementering en een beperking van de werkuren voor de artsen in opleiding opgelegd. Op dit moment bedraagt de maximaal toegelaten werktijd voor artsen in opleiding 37 uur in Denemarken, 48 uur in België, 52,5 uur in Frankrijk, 56 tot 64 uur in Engeland 72 uur in Nieuw-Zeeland, 80 uur in de VS. Er geldt geen beperking in Australië en Canada, behalve voor Manitoba (89 uur) (4). In België heeft een ministerieel besluit (MB 30.04.1999) (BS 29.05.1999), de "Wet Colla", een reeks beperkingen voor de arts in opleiding

* Inwendige Geneeskunde, Adjunct-secretaris VBS, Wetenschappelijk raadgever CH Jolimont-Lobbès-Tubize-Nivelles

ingevoerd. Zo bedraagt de werktijd per dag maximaal 9 uur (24 uur in de VS) en omvat ze de oproepen tijdens wachtdiensten en de academische activiteiten. De staande wacht mag hoogstens 12 uur duren gedurende 5 opeenvolgende dagen en maximaal 1 nacht op 4 omvatten. In de Verenigde Staten bedraagt de wachtdienst maximaal 30 uur, met inbegrip van 24 werkuren en 6 uur gewijd aan het overdragen van gegevens en aan onderwijs. Na een wachtdienst wordt een recuperatie opgelegd van minstens 12 uur in België en 10 uur in de VS.

Wat zijn de effecten van werktijdverkorting op de kwaliteit van de zorgverstrekking aan de patiënten en op het medisch onderwijs?

Inzake mortaliteit heeft een eerste studie, uitgevoerd in de ziekenhuizen van de staat New York vóór (1988) en na (1991) de invoering van "code 405", het mogelijk gemaakt de effecten op de mortaliteit door hartfalen, myocardinfarct en longontsteking te vergelijken. De mortaliteit lag in 1991 lager dan in 1988, maar er was geen verschil tussen de ziekenhuizen met, en de ziekenhuizen zonder onderwijsopdracht. Dit doet vermoeden dat er geen verband is tussen de daling van de mortaliteit en de beperking van de arbeidsduur voor de assistenten in opleiding (5). Het sterftecijfer werd ook bestudeerd voor en na de invoering van de regelgeving door de ACGME Board Director in 2003. De evolutie van de mortaliteit werd onderzocht in 2001 en 2004 in 551 Amerikaanse ziekenhuizen bij de patiënten die waren opgenomen met medische diagnoses en chirurgische diagnoses (6). Er werd een daling van het sterftecijfer bij de medische patiënten vastgesteld. Die daling was des te opmerkelijker, aangezien het aantal co-assistenten hoger lag. De sterftedaling gold vooral voor hartfalen, sepsis en infectie, longontsteking, gastro-intestinale bloedingen, maar niet voor de andere diagnoses. Eigenaardig genoeg was de sterftedaling enkel merkbaar bij de patiënten boven 80 jaar. Hoewel significant, was de daling uiterst bescheiden (0,25%) en was ze niet van toepassing voor de mortaliteit bij de chirurgische diagnoses.

Een andere studie over mortaliteit had betrekking op patiënten uit het Medicare-systeem die tussen 01.07.2000 en 30.06.2005 acuut werden opgenomen in niet-federale Amerikaanse ziekenhuizen (7). De voornaamste diagnoses die werden belicht, waren myocardinfarct, hartfalen, gastro-intestinale bloeding en vasculair accident. De academiejaren van 2000 tot 2003 werden vergeleken met de academiejaren van 2003 tot 2005. De ziekenhuizen met onderwijsopdracht werden vergeleken met de ziekenhuizen zonder onderwijsopdracht. Ongeacht de omvang van hun onderwijsopdracht was er in alle ziekenhuizen een lichte daling van de mortaliteit waarneembaar voor en na de hervorming van 2003. Men stelde een toename van de mortaliteit vast voor het vasculair accident, vooral in de ziekenhuizen met een hoge onderwijscapaciteit. Net zoals bij het vorige onderzoek was de mortaliteit van chirurgische aard niet beïnvloed.

Een derde onderzoek maakte een analyse van de ziekenhuismortaliteit in de Amerikaanse spoedziekenhuizen die tot het Veterans Affairs-systeem behoren; het ziekenhuissysteem waar het meeste assistenten werken in de VS (8). Dit onderzoek werd gevoerd gedurende de academiejaren 2000 tot 2003 en 2003 tot 2005, en betrof de diagnoses van mortaliteit door myocardinfarct, hartfalen, gastro-intestinale bloeding en vasculair accident. Bij de analyse van de mortaliteit werd rekening gehouden met de omvang van de onderwijsopdracht van de ziekenhuizen. In vergelijking met de ziekenhuizen zonder onderwijsopdracht kenden de ziekenhuizen met ziekenhuisopdracht een daling van de mortaliteit, maar deze daling trad wel enkel op tijdens het 2^{de} jaar na de hervorming en had betrekking op de medische aandoeningen, maar niet op de chirurgische. De sterftedaling was omgekeerd gecorreleerd met de mate waarin de ziekenhuizen belast waren met een onderwijsopdracht, maar bleef beperkt (1,4%).

Uit deze studies kan dus worden geconcludeerd dat de werktijdverkorting voor de artsen in opleiding nauwelijks of niet leidt tot een daling van de mortaliteit van medische aard. Op chirurgisch vlak is er geen daling van de mortaliteit.

Een van de gevolgen van de werktijdverkorting is een vermindering van de kwaliteit van de overdracht van de medische gegevens. Het is bekend dat er zich bij deze procedure vergissingen kunnen voordoen en dat er ongewenste gebeurtenissen kunnen worden uitgelokt door onvolledige of onjuiste communicatie, of door het nalaten van de problemen van een patiënt steeds opnieuw door te lichten. Werktijdverkorting die leidt tot een toename van het aantal shifts tussen artsen dreigt dit gevaar te vergroten (9). In drie grote Amerikaanse ziekenhuizen (Universiteit van Californië, Universiteit van Chicago en het Brigham and Women's Hospital) werd aangetoond dat ten gevolge van de reglementering van de werktijd die de activiteit tot minder dan 80 uur/week beperkt, één patiënt tijdens een ziekenhuisverblijf van 5 dagen 15 verschillende assistenten te zien kreeg. Voor elke assistent gold er een minimum van 300 gegevensoverdrachten/maand, wat neerkomt op een toename van 40% in vergelijking met de situatie zoals die was voor het in werking treden van de reglementering in 2003 (10). Het belang van de gegevensoverdracht is aangetoond door een analyse van de rechtsvorderingen die tussen 1979 en 2001 door 5 verzekeringsmaatschappijen in de Verenigde Staten werden ingesteld tegen het medisch beroep. Achthonderd negenentachtig gevallen vormden de aanleiding

voor een proces. Bij 27% van die gevallen waren assistenten in opleiding betrokken. De factoren die het vaakst in het spel waren bij de door de assistenten in opleiding begane fouten waren een gebrek aan vakbekwaamheid en kennis (58%) en een gebrek aan supervisie (59%). In 19% van de gevallen was er echter sprake van problemen bij de gegevensoverdracht (11).

Bij een recente studie, uitgevoerd in afdelingen Inwendige Geneeskunde (Yale New Haven Hospitals), werden 24 problemen m.b.t. gegevensoverdracht voor 319 patiëntdagen (7,5 problemen/100 patiëntdagen) geregistreerd, met als gevolgen laattijdige diagnoses, redundanties en een gebrek aan efficiëntie. Een belangrijke factor was de gebrekkige overdracht van de problemen van de patiënt in hun totaliteit en van de informatie die noodzakelijk is om beslissingen te nemen tijdens de nachtelijke wachtdiensten (12).

Anderzijds heeft een onlangs uitgevoerde studie (13) aan de Universiteit van Chicago de weerslag onderzocht van de beperking van de wachtdienst tot maximaal 30 uur voor 56 internisten in opleiding voor een totaal van 1.100 nachtoproepen gedurende 2 jaar. De toename van het aantal patiënten voor wie een arts moest worden opgeroepen wordt in verband gebracht met een verlies aan slaap, een verlenging van de duur van de overdracht van de medische gegevens en aan een vermindering van de tijd die wordt besteed aan het deelnemen aan onderwijsactiviteiten.

Vergeleken met de situatie vóór de hervorming van 2003 wordt de kwaliteit van het onderwijs dat wordt verstrekt aan de assistenten inwendige geneeskunde in opleiding beschouwd als bevredigend of beter in één onderzoek (14), maar als minder goed in drie andere onderzoeken (15 ; 16; 17). De perceptie van de gevolgen van de hervorming is nog negatiever bij de stageverantwoordelijken dan bij de assistenten zelf. De stageverantwoordelijken zijn immers van oordeel dat het nieuwe systeem samenhangt met een onderwijs van mindere kwaliteit en denken dat de veiligheid van de patiënten minder goed verzekerd is. Bovendien halen ze minder voldoening uit de uitoefening van hun beroep en uit hun onderwijstaken (16).

Na het vaststellen van de onvolmaaktheden van de regelgeving die in 2003 van kracht was geworden, vaardigde het IOM (Institute of Medicine) in december 2008 nieuwe aanbevelingen uit om het onderwijs van de artsen in opleiding te optimaliseren en de veiligheid van de patiënten in de Verenigde Staten te verbeteren (4). De volgende punten werden daarbij naar voor gebracht:

1. een bijkomende vermindering van het totaal aantal werkuren is niet aanbevolen, gezien de geringe significante onderlinge samenhang tussen arbeidsduur en slaapduur. Er worden echter maatregelen genomen om het gebrek aan slaap te verminderen. Zo blijven de wachtactiviteiten beperkt tot 30 uur, maar gaat de werktijd van 24 naar 16 uur, wordt er niet langer 6 uur, maar wel 9 uur besteed aan de informatieoverdracht en onderwijs, en wordt er 5 uur uitgetrokken voor slapen.
2. er moet een adequaat systeem van supervisie ter plaatse worden ingesteld, in het bijzonder voor de artsen in het 1^{ste} jaar opleiding.
3. er moet een onderwijs op touw worden gezet dat tot doel heeft de artsen in opleiding en de medische teams bij te brengen hoe ze doeltreffend en volledig de medische gegevens van de patiënten kunnen doorgeven met gebruikmaking van de juiste technieken.
4. er wordt een toezichtstelsel (audits en onaangekondigde bezoeken) opgezet om te waken over de goede toepassing en de naleving van de voorgestelde maatregelen.
5. er moeten nieuwe voltijdse functies gecreëerd worden voor verpleegkundigen, technici, artsen van het vaste kader en artsen in opleiding.

Een recent uitgevoerde financiële evaluatie van deze maatregelen (18) toont aan dat de implementering ervan in de VS een zeer dure zaak zou zijn. Er zou een bedrag van \$ 1,16 miljard nodig zijn om ze te financieren. Dit bedrag zou slechts gedeeltelijk worden gecompenseerd door de daling van de uitgaven die worden gedaan om de negatieve effecten van het huidige systeem aan te pakken.

Indien het principe van de werktijdverkortung nageleefd moet worden, moet men rekening houden met diverse parameters (19) :

Inzake de kwaliteit van de zorgverstrekking aan de patiënten moet er gezorgd worden voor een adequate en beveiligde overdracht van de gegevens en de verantwoordelijkheden. Elektronische overdrachtsystemen zijn mogelijk.

Het onderwijs in de geneeskunde en in het bijzonder de Inwendige Geneeskunde kan zwakke plekken vertonen. De fragmentering van de zorgverstrekking aan de patiënten heeft tot gevolg dat de arts in

opleiding het steeds moeilijker heeft om de volledige evolutie van de aandoening van een patiënt te volgen. Het is best mogelijk dat een patiënt die in het ziekenhuis wordt opgenomen met een acute cholecystitis bij zijn aankomst gezien wordt door een eerste arts in opleiding, door een tweede tijdens de evolutie van zijn ziekte, en door een derde bij zijn ontslag uit het ziekenhuis, zonder dat een van hen de volledige klinische evolutie van de ziekte heeft kunnen observeren. De overdracht van de medische informatie moet correct, volledig en beveiligd zijn. In geen enkel geval, en al helemaal niet in de Inwendige Geneeskunde, mag deze overdracht uitsluiten dat er een voortdurende herbeoordeling van de problemen van de patiënt plaatsvindt. Dit is vooral belangrijk wanneer de evolutie geen klassiek verloop kent. Het leren communiceren over en overbrengen van medische gegevens moet dus deel uitmaken van het geneeskundeonderwijs. Een mogelijkheid die wordt overwogen om de problemen van het onderwijs te verlichten is een verlenging van het aantal opleidingsjaren...

Medische behandeling krijgen van een vermoeide assistent in opleiding is niet meteen geruststellend voor de patiënt. Overigens verandert de toename van het aantal artsen in opleiding de relatie met de patiënt. De klassieke benadering patiënt-arts wordt een benadering patiënt-medisch team. Het is niet zeker dat de patiënt gebaat is bij deze evolutie en ze positief onthaalt.

REFERENTIES

1. KEATING RJ, LARUSSO NF, KOLARS JC. Perceived impact of duty hours limits on the fragmentation of patient care : Results from an academic health center. *Amer J Med* 2005; **118** : 788-93.
2. LOCKLEY SW, CRONIN JW, EVANS EE et al. Effect of Reducing Interns'Weekly Work Hours on Sleep and Attentional Failures. *N Engl J Med* 2004; **351** : 1829-37.
3. LANDRIGAN CP, ROTHSCHILD JM, CRONIN JW et al. Effect of reducing interns'work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004; **351** : 1838-48.
4. IGLEHART JK. Revisiting duty-hour limits--IOM recommendations for patient safety and resident education. *N Engl J Med* 2008; **359** : 2633-5.
5. HOWARD DL, SILBER JH, JOBES DR. Do Regulations Limiting Residents'Work Hours Affect Patient Mortality ? *J Gen Intern Med* 2004; **19** : 1-7.
6. SHETTY KD, BHATTACHARYA J. Changes in Hospital Mortality Associated with Residency Work-Hour Regulations. *Ann Intern Med* 2007; **147** : 73-80.
7. VOLPP KG, ROSEN AK, ROSENBAUM PR et al. Mortality Among Hospitalized Medicare Beneficiaries in the First 2 years Following ACGME Resident Duty Hour Reform. *JAMA* 2007; **298** : 975-83.
8. VOLPP KG, ROSEN AK, ROSENBAUM PR et al. Mortality Among Patients in VA Hospitals in the First 2 Years Following ACGME Resident Duty Hour Reform. *JAMA* 2007; **298** : 984-92.
9. MUKHERJEE S. A Precarious Exchange. *N Engl J Med* 2004; **351** : 1822.
10. VIDYARTHI AR, ARORA V, SCHNIPPER JL et al. Managing discontinuity in academic medical centers : strategies for a safe and effective resident sign-out. *J Hosp Med* 2006; **1** : 257-66.
11. SINGH H, THOMAS EJ, PETERSEN LA et al. Medical Errors Involving Trainees. A Study of Closed Malpractice Claims From 5 Insurers. *Arch Intern Med* 2007; **167** : 2030-36.
12. HORWITZ LI. Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med.* 2008; **168** : 1755-60.
13. ARORA VM, GEORGITIS E, SIDDIQUE J et al. Association of Workload of On-Call Medical Interns With On-Call Sleep Duration, Shift Duration and Participation in Educational Activities. *JAMA* 2008; **300** : 1146-53.
14. WEST CP, COOK RJ, POPKAVE C et al. Perceived Impact of Duty Hours Regulations : A Survey of Residents and Program Directors. *Amer J Med* 2007; **120** : 644-48.
15. GOITEIN L, SHANAFELT TD, WIPF JE et al. The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. *Arch Intern Med* 2005; **165** : 2601-06.
16. REED DA, LEVINE RB., MILLER RG et al. Effect of Residency Duty-Hour Limits. *Arch Intern Med* 2007; **167** : 1487-92.
17. JAGSI R, WEINSTEIN DF, SHAPIRO J et al. The Accreditation Council for Graduate Medical Education's Limits on Residents'Work Hours and Patient Safety. A Study of Resident Experiences and Perceptions Before and After Hours Reductions. *Arch Intern Med* 2008; **168** : 493-500.
18. NUCKOLS TK et al. Cost implications of reduced work hours and workloads for resident physicians. *N Engl J Med.* 2009; **360** : 2202-15.
19. VOLPP KG, LANDRIGAN CP. Building Physician Work Hour Regulations From First Principles and Best Evidence. *JAMA* 2008; **300** : 1197-99.

VBS-SYMPOSIUM – DE REFERENTIEBEDRAGEN
19.09.2009

Aantal toegekende Credit Points in Ethiek en Economie: 3 CP.

Programma

08.30-09.00	Verwelkoming	
09.05-09.20	Referentiebedragen en EBM (economics based medicine)	Dr. J.L. DEMEERE, VBS
09.20-09.55	Referentiebedragen: principes en toepassingsmodaliteiten	Dhr. M. DAUBIE, RIZIV
09.55-10.15	Hoe kijken artsen aan tegen de referentiebedragen?	Dr. M. MOENS, VBS-BVAS
10.15-10.40	Vragen en bespreking	
10.40-11.00	Koffiepauze	
11.00-11.25	Naar steeds terugkerende conflicten tussen beheerders en artsen	Dr. J DE TOEUF, CHIREC
11.25-11.40	Het standpunt van de Raad van de Universitaire Ziekenhuizen van België	Prof. Dr. Fr. COLARDYN, UZ GENT
11.40-12.00	Referentiebedragen : uitgangspunten, uitvoerbaarheid en alternatieven	Dr. R. VAN DEN OEVER, CM
12.00-12.25	Vragen en bespreking	

Locatie

EHSAL
Stormstraat 2
1000 Brussel

Inlichtingen en inschrijvingen

Delphine Van den Nieuwenhof
VBS, Kroonlaan 20
1050 Brussel

Tel.: 02/649 21 47 Fax: 02/649 26 90

✂

INSCHRIJVINGSSTROOK

RIZIV-nr.: **Adres:**

Naam: **Postcode:**

Voornaam: **Gemeente:**

Specialisme: **E-mail:**

Ik neem deel aan het symposium van 19.09.2009 en stort het bedrag van:

	<u>Voor 01.09.2009</u>	<u>Vanaf 01.09.2009</u>
Lid	<input type="radio"/> € 25	<input type="radio"/> € 35
Niet-lid	<input type="radio"/> € 50	<input type="radio"/> € 60
Kandidaat-specialist	<input type="radio"/> € 5	<input type="radio"/> € 10

Inschrijving ter plaatse € 80

op rekening nr. 068-2095711-53 van het VBS
met vermelding van de naam van de deelnemer en "Symposium : De referentiebedragen"

Datum / Handtekening:

OPLEIDINGSCYCLUS
ALGEMEEN MANAGEMENT VOOR GENEESHEREN-SPECIALISTEN 2009-2010
georganiseerd door de EHSAL MANAGEMENT SCHOOL i.s.m. het VBS

Waarom dit programma volgen?

Ook in de gezondheidszorg neemt de prestatiedruk toe. Tegelijk treedt de managersrol van de ziekenhuisgeneesheer steeds meer op de voorgrond. Geneesheren vormen immers een essentiële schakel in de verwezenlijking en het garanderen van een patiëntgerichte en kwalitatieve zorgverstrekking, in de noodzakelijke kostenbeheersing, in de uitbouw van een competitieve en efficiënte organisatie.

De geneesheer-specialist draagt steeds meer beleidsverantwoordelijkheid binnen een afdeling of departement. Daarom moet hij/zij niet alleen beschikken over kennis en vaardigheden om een dienst operationeel te sturen. Ook inzicht in zijn/haar cruciale rol in de uitbouw van de ziekenhuisorganisatie is noodzakelijk. In de opleiding tot arts komen de daartoe benodigde bedrijfseconomische basiscompetenties echter niet aan bod.

Dit programma maakt geneesheren-specialisten daarom in een beperkte tijd vertrouwd met een aantal essentiële kennisdomeinen, voornamelijk strategische, juridische en financiële. Zo kunnen zij met meer kennis van zaken participeren in het beleid. Daarnaast is er ook aandacht voor de persoonlijke financieel-fiscale context van de arts.

Accreditatie door de werkgroep Ethiek & Economie van het RIZIV is aangevraagd. Het programma wordt georganiseerd in samenwerking met het VBS, het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten.

Doelgroep

De opleiding richt zich tot alle geneesheren-specialisten die een basiskennis van algemeen management als een verrijking zien. Ze is geschikt zowel voor ziekenhuisgeneesheren die – als diensthoofd, hoofdgeneesheer, lid van de medische raad... – nood hebben aan bedrijfseconomische en juridische kennis om hun beleidsverantwoordelijkheid uit te oefenen, als voor geïnteresseerde individuele artsen.

Inhoud

Het programma bestaat uit 11 sessies, gespreid over een heel academiejaar. Zo volgt u ongeveer 1 opleidingsdag per maand, telkens op vrijdag. De sessies zijn thematisch gegroepeerd in 4 modules waarvoor u ook apart kunt inschrijven.

Gedetailleerde programma-informatie vindt u op www.hubrusssel.be/ems

Module 1: Juridische context (3 sessies)

- Wetgevend kader
- Aansprakelijkheid

Module 2: Algemeen beleid (2 sessies)

- Strategische planning en kwaliteitsbeleid
- Balanced scorecard en Quality assurance in health care

Module 3: Financiële informatie en beleid (3 sessies)

- Boekhoudkundige begrippen (balans, resultaten rekening, jaarrekening, kostenregelingen)
- Ziekenhuisfinanciering
- Financieel management (investerings, begroting...)

Module 4: Persoonlijke financiële planning (3 sessies)

- Werken met een vennootschap
- Fiscale optimalisatie
- Vermogens- en successieplanning

Docenten

J.M. Boes, Bedrijfsrevisor Boes & C° bvba • G. De Geest, Stafmedewerker Studiedienst Landsbond van Onafhankelijke ziekenfondsen • Dr. J.-L. Demeere, Anesthesist, Voorzitter Medische Raad AZ St. Jan Brussel, Voorzitter Verbond van Belgische Specialisten • N. Demeere, Business Analyst Departement Financial Consulting Deloitte • E. De Smidt, Financieel adviseur, Lid Afdeling Financiering Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Lector KH Leuven • F. Dewallens, Advocaat-Vennoot Dewallens & Partners, Voorzitter van de Vlaamse vereniging voor gezondheidsrecht, EMS-prof • N. Heijerick, Notarieel Juriste, Docente HUB, EMS-prof • R. Heylen, Anesthesist, Licentiaat rechten, Diensthoofd ZOL, Voorzitter BSAR • D. Himpe, Anesthesie-Reanimatie ZNA Antwerpen Middelheim Ziekenhuis, Lid VBS • J. Lambrecht, Directeur Studiecentrum voor Ondernemerschap HUB, Hoogleraar HUB • K. Michiels, Algemeen directeur AZ Nikolaas Sint-Niklaas • C. Politis, Geneesheer-Diensthoofd MKA-chirurgie ZOL Genk, Nederlandstalige

Adjunct Secretaris-Generaal VBS • E. Spruyt, Notaris-vennoot Berquin Notarissen cvba, Prof Fiscale Hogeschool (HUB), Gastdocent Universiteit Antwerpen Management School (UAMS) • K. Stas, Advocaat-Vennoot Dewallens & Partners, Plaatsvervangend Vrederechter • T. Tack, Professor Fiscaal recht HUB-FHS • H. Van Impe, Accountant-Bedrijfsrevisor en revisor erkend door de controledienst van ziekenfondsen, Vennoot Van Impe & Associates, Executive professor UAMS • C. Van Liedekerke, Academisch Coördinator HUB, docente HUB, EMS-prof • N. Van Robaeys, Docent HUB, Zelfstandig management consultant, EMS-prof • T. Vansweevelt, Advocaat Dewallens & Partners, Hoogleraar UA • J. Verlooy, Hoofddocent Neurochirurgie UA, Neurochirurg AZ Sint-Vincentius Antwerpen, Consulent Neurochirurgie Hopital Erasme Brussel, Voorzitter Beroepsvereniging Neurochirurgie • A. Vijverman, Advocaat-Vennoot Dewallens & Partners

Data

De sessies vinden plaats op vrijdag van 9u tot 17u30 bij de Hogeschool-Universiteit Brussel, Stormstraat 2, 1000 Brussel, vlak bij het Centraal Station. Het programma loopt van vrijdag 25 september 2009 tot vrijdag 23 april 2010 en voorziet ongeveer 1 sessie per maand.

Prijzen

Het inschrijvingsgeld bedraagt € 3.750 voor het volledige programma. Betaalt u vóór 15 september 2009, dan geldt de voorintekenprijs van € 3.600. **Voor VBS-leden bedraagt de deelnameprijs € 3.000, de voorintekenprijs € 2.880.** De voorintekenprijs geldt niet bij betaling via de KMOportefeuille (www.kmoportefeuille.be).

U kunt ook apart inschrijven voor de verschillende modules. U betaalt dan € 1.350 voor module 1, 3 of 4 en € 900 voor module 2.

Syllabi zijn in het inschrijvingsgeld inbegrepen.

Inschrijven

U meldt zich aan als kandidaat-deelnemer door de aanvraag tot inschrijving (te downloaden via www.hubrussel.be/ems), samen met uw curriculum vitae, op te sturen naar de EHSAL Management School, t.a.v. Caroline Deneuter, Stormstraat 2, 1000 Brussel. Faxen kan op het nummer 02-210 16 25.

Infodagen

EMS organiseert infodagen op zaterdag 5 september 2009 van 9u30 tot 12u30 en op donderdag 10 september 2009 van 17u tot 20u in de Hogeschool-Universiteit Brussel, Stormstraat 2, 1000 Brussel.

Programmacoördinator

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met Caroline Deneuter op het nummer 02/210.13.59 of per e-mail via caroline.deneuter@hubrussel.be.

BOEKBESPREKING : PRAKTISCHE RICHTLIJNEN ANESTHESIOLOGISCHE PIJNBESTRIJDING

Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding – dr. Jan Van Zundert, dr. Frank Huygen, dr. Jacob Patijn, Prof. dr. Maarten van Kleef – 440 bl. Uitgave : Pijnkenniscentrum Maastricht (ISBN 978-90-77411-04-9)

Dit boek, in het Nederlands, dat op initiatief van de bovenvermelde redactieraad en de NVAsP (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Sectie Pijnbestrijding), de VAVP (Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding vzw) en het Pijnkenniscentrum Maastricht tot stand kwam werd samengesteld door 50 auteurs uit Nederland en de Vlaamse regio in België. Zowel niet-universitaire als academische centra leverden bijdragen. Het boek bevat schitterende illustraties en wordt gekarakteriseerd door de praktische aanpak van de verscheidene pijnsyndromen op basis van de klinische diagnosen. Zijn bedoeling is "good clinical practice"-richtlijnen te verschaffen voor de behandeling van pijnpatiënten. Het boek handelt over de farmacologische én de interventionele behandelingen.

De verscheidene syndromen worden systematisch via anatomie, fysiopathologie, diagnose, behandelingsmogelijkheden en beschrijving van interventionele technieken behandeld. Telkens worden de hoofdstukken met een samenvatting afgesloten en wordt naar een rijke bibliografie gerefereerd.

Ook juridische aspecten worden behandeld. Het boek is dermate gestructureerd dat de lezer volgens de principes van de E.B.M. (evidence based medicine) geholpen wordt bij de best geschikte keuze voor de pathologische situatie die zich voordoet.

Een must voor eenieder die met de algologie te maken heeft.

J.A. Gruwez

MOGELIJKE IMPACT VAN AANTAL INGREPEN VAN CHIRURG OF ZIEKENHUIS OP RESULTATEN BIJ HART- EN KANKEROPERATIES

Persbericht KCE (13/07/2009)

Is er een verband tussen de uitkomst van een operatie en het aantal operaties (volume) dat door een chirurg of in een ziekenhuis werd uitgevoerd? Kunnen Belgische gegevens hierop een antwoord geven? Deze pioniersstudie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) toont aan dat dit verband wel degelijk kan bestudeerd worden door middel van de gegevens die nu al regelmatig door de Belgische ziekenhuizen worden ingezameld. De mate waarin er een verband bestaat, verschilt wel van ingreep tot ingreep. Wat de complexe en weinig uitgevoerde chirurgie voor pancreaskanker betreft, raadt het KCE aan om de expertise te centraliseren in een beperkt aantal referentie ziekenhuizen. Voor hartchirurgie zou men de zorgprocessen van de centra met de beste resultaten kunnen gebruiken om de kwaliteit van zorg in alle hartcentra te verbeteren.

In de internationale wetenschappelijke literatuur bestaan er veel studies die aantonen dat chirurgen die vaak een bepaalde ingreep uitvoeren betere resultaten behalen dan zij die minder ervaring hebben met die ingreep. Hun patiënten overlijden minder, hebben minder complicaties en moeten minder in het ziekenhuis worden heropgenomen. Hetzelfde principe geldt ook voor de ziekenhuizen.

Tot nu toe werden er maar weinig Belgische studies uitgevoerd over het verband tussen aantal ingrepen en uitkomst. Het KCE ging na of de bestaande gegevens kunnen worden gebruikt om dergelijke onderzoeken uit te voeren. Hiervoor werden de gegevens van drie databanken (die van ziekenhuizen, mutualiteiten en het Kankerregister) gekoppeld en 12 chirurgische ingrepen bestudeerd, een primeur voor België. Het KCE staat positief tegenover dergelijk gebruik van ziekenhuisgegevens, maar het pleit voor een snellere beschikbaarheid. Momenteel duurt dit 2 tot 3 jaar, waardoor het KCE data van 2004 moest gebruiken. Dit betekent dat de resultaten van deze studie met enige voorzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden. Ze houden geen rekening met veranderingen in het gezondheidszorgsysteem die sindsdien plaats vonden: de oprichting van het Kankerregister, het multidisciplinair overleg, minimale volumes voor borstklinieken, ziekenhuisfusies enz.

Kankerchirurgie: centraliseren van de expertise bij pancreaskanker en evalueren van de borstklinieken

Bij **pancreaskanker** is er duidelijk bewijs dat de resultaten beter zijn in ziekenhuizen of bij chirurgen die jaarlijks minstens 11 van dergelijke ingrepen uitvoeren. Het gaat immers om een complexe, zeldzame operatie met een hoog sterfterisico. Slechts 5 van de 74 ziekenhuizen die jaarlijks deze ingreep uitvoeren bereikten in 2004 het hogervermelde minimum en de overleving was er beter. Daarom adviseert het KCE om de expertise met betrekking tot pancreaskanker chirurgie te centraliseren in een beperkt aantal ziekenhuizen.

Voor **slokdarmkanker** operaties, een ander voorbeeld van een eerder zeldzame en complexe ingreep met hoog sterfterisico, leverden de Belgische gegevens van 2004 onvoldoende bewijs om centralisatie aan te bevelen. In de wetenschappelijke literatuur wordt centralisatie wel unaniem aanbevolen. Het KCE adviseert daarom om de overlevingscijfers in grote en kleine ziekenhuizen te vergelijken op basis van recentere gegevens die over meerdere jaren lopen.

Voor **borstkanker** blijkt uit de gegevens van 2004 dat de beslissing om de expertise in borstklinieken te centraliseren gegrond was. De overleving is beter in ziekenhuizen die minstens 150 patiënten per jaar behandelen. Dit minimum werd op Europees niveau vastgelegd en zal vanaf 2011 in België van toepassing zijn voor de erkenning van de borstklinieken. Het KCE beveelt een verdere evaluatie aan van de borstklinieken, met inbegrip van de andere behandelingen (radio-, chemo-en hormoontherapie).

Bij patiënten die geopereerd werden voor **darmkanker of longkanker** werd er geen verschil in overleving gevonden tussen grote en kleine ziekenhuizen.

Hartchirurgie: identificeren van de zorgprocessen in de ziekenhuizen met de beste resultaten

Hartchirurgie wordt in België uitgevoerd in 29 hartcentra (B2-B3 centra genoemd). Het KCE onderzocht de ziekenhuissterfte na coronaire bypasschirurgie: in de 16 centra die jaarlijks minstens 200 van zulke ingrepen uitvoeren, overlijdt 3% van de patiënten. De 13 centra die dit minimum niet halen, hebben te kampen met meer dan 5% sterfte. Vooraleer een minimaal aantal hartchirurgische ingrepen per centrum aan te bevelen, zouden potentieel negatieve gevolgen hiervan moeten bestudeerd worden. Zulke beslissing zou immers kunnen leiden tot overbelasting van bepaalde ziekenhuizen, met een lagere zorgkwaliteit als gevolg. Het KCE pleit er dan ook voor om eerst na te gaan welke zorgprocessen de centra met de beste uitkomsten toepassen. Zo kan men een strategie ontwikkelen om de zorg in alle ziekenhuizen te verbeteren.

Kwaliteit van zorg verbeteren door feedbacks aan ziekenhuizen en artsen

Door het verband volume-uitkomst te bestuderen kan aan artsen en ziekenhuizen regelmatig feedback worden gegeven over het resultaat van hun behandelingen. Zo kunnen ze hun prestaties vergelijken met die van hun collega's en kan door een standaardisatie van de praktijken de zorgkwaliteit worden verbeterd. De organisatie van dergelijke feedbacks kan volgens het KCE het beste gebeuren door een instelling met expertise in de koppeling en verwerking van gegevens. Voor kankerchirurgie zou het Kankerregister die rol op zich kunnen nemen.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: <http://kce.fgov.be> (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.113A.

NOMENCLATUUR: ARTIKEL 34 (Percutane Interventionele Verstrekkingen) in voege op 01.09.2009

18 MAART 2009 - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 34, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - (B.S. d.d. 30.07.2009 – p. 51406)

Artikel 1. In artikel 34, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991 en laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 12 juni 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de volgende verstrekkingen en toepassingsregels worden na de verstrekking 589374 - 589385 ingebracht onder het opschrift :

“Verstrekkingen ter behandeling van een aorta en/of iliaca aneurysma :

589595-589606

Percutane implantatie van een endoprothese onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van een infrarenaal abdominaal aorta aneurysma, of voor de behandeling van een aneurysma van de arteria iliaca van meer dan 3 cm zonder proximale iliacale nek, inclusief de manipulaties en de controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materiaal, met uitsluiting van de angioplastiekcatheters, de endoprothese(n), de farmaca en de contrastmiddelen . I 2250

589610-589621

Percutane implantatie van een endoprothese onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van een geïsoleerd iliaca aneurysma, inclusief de manipulaties en de controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materiaal, met uitsluiting van de angioplastiekcatheters, de endoprothese(n), de farmaca en de contrastmiddelen . I 1200

De verstrekkingen 589595 - 589606 en 589610 - 589621 kunnen niet gecumuleerd worden

589632-589643

Percutane implantatie van een endoprothese onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van een thoracaal aneurysma van de aorta descendens, een aneurysma van de aorta ascendens, een aneurysma van de arcus aortae of acute dissecties van de aorta, inclusief de manipulaties en de controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materiaal, met uitsluiting van de angioplastiekcatheters, de endoprothese(n), de farmaca en de contrastmiddelen..... I 2250

589654-589665

Percutane implantatie van een endoprothese onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van een endoleak, inclusief de manipulaties en de controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materiaal, met uitsluiting van de angioplastiekcatheters, de endoprothese(n), de farmaca en de contrastmiddelen..... I 1200

Een endoleak type III ter hoogte van de infrarenale abdominaal aorta wordt beschouwd als een nieuw aneurysma.

De verstrekkingen 589595 - 589606, 589610 - 589621, 589632 - 589643, 589654 - 589665 moeten aan de volgende voorwaarden voldoen om voor een tegemoetkoming in aanmerking te komen :

1. Voorwaarden betreffende het implanterend centrum

De verstrekkingen 589595 - 589606, 589610 - 589621, 589632 - 589643, 589654 - 589665 worden enkel vergoed indien zij zijn verleend in een centrum dat een gedegen opleiding en onderhouden ervaring heeft met endovasculaire

procedures en de chirurgische behandeling van een infrarenaal aorta aneurysma, een iliacaal aneurysma en desgevallend een thoracaal aneurysma en zich als dusdanig t.o.v. verwijzers en patiënten profileert.

De tegemoetkoming voor de verstrekkingen 589632 - 589643 wordt bovendien beperkt tot de centra die beschikken over de door de bevoegde overheid verleende erkenning voor het deelprogramma B3 van het zorgprogramma " cardiale pathologie ".

De centra dienen te beschikken over een multidisciplinair team dat bestaat uit minstens 2 voltijds chirurgen (8/10) met bijzondere opleiding en ervaring in de vaatheelkunde, verder genoemd " vaatchirurg ", en 1 voltijds radioloog (8/10) met bijzondere opleiding en ervaring in de interventionele radiologie, verder genoemd " interventionele radioloog ".

Hoewel deze specialisten in meerdere centra kunnen werken, zullen zij elk slechts de aanvraag tot terugbetaling kunnen ondertekenen in één centrum. Hiertoe zal het Comité van de geneeskundige verzorging op voorstel van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging een lijst, die jaarlijks bijgewerkt zal worden, met de teamsamenstelling per centrum opstellen en ter info doorsturen naar de Technische Raad voor Implantaten en de Technisch Geneeskundige Raad.

Om in aanmerking te komen voor de terugbetaling van de verstrekkingen 589595 - 589606, 589610 - 589621, 589632 - 589643, 589654 - 589665 moet het centrum in het jaar x vóór 1 november aan de Dienst Geneeskundige Verzorging de samenstelling van het team mededelen.

Indien het centrum voldoet aan deze criteria wordt voor één jaar vanaf 1 januari van het jaar x+1 tot en met 31 december van het jaar x+1 voorzien in de tegemoetkoming van deze verstrekkingen.

Wijzigingen in de teamsamenstelling binnen het jaar x+1 worden door het centrum spontaan meegedeeld aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging.

Een centrum voldoet niet meer aan de voorwaarden indien er binnen het multidisciplinaire team geen 2 vaatchirurgen en/of geen interventionele radioloog meer is. Vanaf het ogenblik dat dit vastgesteld wordt, verliest het centrum het recht om voornoemde verstrekkingen aan te rekenen gedurende 3 maanden.

Tijdens deze periode kan het centrum zich in regel stellen met de vereiste criteria, zoniet worden de verstrekkingen verder niet terugbetaald tot het centrum opnieuw voldoet aan de criteria en dit meegedeeld heeft aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging.

Gezien de follow-up behoort tot de lege artis gedane verstrekking, vormt het realiseren ervan een voorwaarde in het kader van de onderhouden ervaring van een centrum. Het centrum zal jaarlijks vóór 1 november de implantatie- en follow-up gegevens overmaken aan het College van geneesheren-directeurs onder vorm van een samenvattend verslag volgens de modaliteiten vastgesteld door de Dienst van Geneeskundige Verzorging, de Technische Raad voor Implantaten en de Technische Geneeskundige Raad.

Wanneer de interventie door een interventionele radioloog uitgevoerd wordt, moet een vaatchirurg onmiddellijk beschikbaar zijn voor het opvangen van complicaties.

2. Voorwaarden betreffende de vergoedingsmodaliteiten

A. Indicaties

De verzekeringstegemoetkoming mag pas worden verleend na akkoord van het College van geneesheer-directeurs naar aanleiding van één van de volgende indicaties :

1) Infrarenaal abdominaal aorta aneurysma

a) Het aneurysma beantwoordt aan één van de volgende criteria :

- fusiform aneurysma met een diameter van meer dan 5,5 cm voor mannen en van meer dan 5 cm voor vrouwen;
- fusiform aneurysma van de aorta met een diameter van 4,5 tot 5,5 cm bij symptomatische patiënten met rug en abdominale pijn, met palatoir een pijnlijk aneurysma of familiale anamnese van een aneurysma (eerstegraadsverwant);
- aneurysma van de arteria iliaca van meer dan 3 cm zonder proximale iliacaal nek;
- sacculair aneurysma (echt of vals aneurysma, posttraumatisch of ten gevolge van dissectie, of penetrerend ulcus) ongeacht de diameter;
- geruptureerd abdominaal aorta aneurysma.

b) Het aneurysma voldoet anatomisch aan :

- proximale nek met minimale lengte van 1 cm en diameter 10 à 20 % kleiner dan de beschikbare endoprothesen;
- distale landingsplaats met minimale lengte van 1 cm en diameter 10 à 20 % kleiner dan de beschikbare endoprothesen;
- iliofemorale en/of brachiale toegang voldoende voor beschikbaar hulpmiddel.

c) Uitgesloten zijn de aneurysma's :

- waarvan de proximale nek een angulatie heeft van meer dan 70° en/of ernstige circulaire verkalkingen;
- met iliacaal tortuositeit en verkalkingen, waardoor het onmogelijk wordt de introducer te plaatsen.

2) Iliacaal aneurysma

Het aneurysma beantwoordt aan één van de volgende criteria :

- iliacaal aneurysma waarvan de diameter meer dan 3 cm bedraagt met een proximale en distale landingszone, welke het gebruik van rechte gecoverde stents mogelijk maakt;
- geruptureerd iliacaal aneurysma, ongeacht de diameter.

3) Thoracaal aneurysma

3.1. Aneurysma van de aorta descendens

a) Het aneurysma beantwoordt aan één van de volgende criteria :

- fusiform aneurysma met een diameter van meer dan 5,5 cm;
- geruptureerd thoracaal aneurysma, ongeacht de diameter;
- sacculair aneurysma (echt of vals, posttraumatisch, of penetrerend ulcus), ongeacht de diameter.

b) Het aneurysma voldoet anatomisch aan :

- proximale nek met een minimum lengte van 1,5 cm en een diameter 10 à 20 % kleiner dan de beschikbare endoprothesen;
- distale landingszone met een minimum lengte van 2 cm en een diameter 10 à 20 % kleiner dan de beschikbare endoprothesen;
- iliofemorale en/of brachiale toegang voldoende voor beschikbaar hulpmiddel zonder zware verkalkingen en/of iliaca kronkelingen.

3.2. Aneurysma van de aorta ascendens

Het aneurysma beantwoordt aan één van de volgende criteria :

- fusiform aneurysma met een diameter van meer dan 5,5 cm;
- geruptureerd thoracaal aneurysma ongeacht de diameter;
- sacculair aneurysma (echt of vals, posttraumatisch, of penetrerend ulcus), ongeacht de diameter.

3.3. Aneurysma van de arcus aorta

Het aneurysma beantwoordt aan één van de volgende criteria :

- fusiform aneurysma met een diameter van meer dan 5,5 cm;
- geruptureerd thoracaal aneurysma, ongeacht de diameter;
- sacculair aneurysma (echt of vals, posttraumatisch, of penetrerend ulcus), ongeacht de diameter.

4) Endoleak type I of endotension (met groei van het aneurysma) na endovasculair herstel van :

- abdominaal aorta aneurysma;
- iliacaal aneurysma;
- thoracaal aneurysma.

De diameter wordt gemeten dwars op de lengteas van het aneurysma met CT scan of magnetische resonantie.

B. Aanvraagprocedure

De aanvraag tot terugbetaling conform een bepaald formulier moet door de vernoemde artsen-specialisten binnen de 30 dagen na de implantatie bezorgd worden aan het College van geneesheren-directeurs en ter kennisgeving aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. De modaliteiten volgens de welke dit dient te gebeuren worden opgesteld door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging, de Technische Raad voor Implantaten en de Technische Geneeskundige Raad. Dit formulier wordt vastgesteld door het Comité van de geneeskundige verzorging op advies van de Technische Raad voor Implantaten en de Technische Geneeskundige Raad.

De aanvraag tot terugbetaling wordt beoordeeld door het College van geneesheren-directeurs.

De aanvraag tot terugbetaling wordt beoordeeld door het College van geneesheren-directeurs.

Het angiogram en de CT scan van de patiënt kunnen ten allen tijde door het College van geneesheren-directeurs opgevraagd worden.

Bij twijfel wordt de aanvraag tot terugbetaling voorgelegd aan de " Commissie Peer review endoprothesen " ingesteld bij het College van geneesheren-directeurs. Deze Commissie bestaat uit 1 radioloog van de Nationale Unie der Radiologen (NUR), 1 radioloog van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Radiologie (KBVR) en 4 vaatchirurgen van het Belgisch Genootschap voor Vaatheelkunde (BGVH). De leden van het College van geneesheren-directeurs, de Technische Raad voor Implantaten en de Technisch Geneeskundige Raad kunnen de vergadering van deze Commissie bijwonen. Deze Commissie wordt door de Dienst in vergadering of via teleconferentie samengeroepen.

De " Commissie Peer review endoprothesen " heeft ten allen tijd de mogelijkheid om de implanteerder uit te nodigen om zijn dossier persoonlijk te komen voorstellen.

Daarna wordt de aanvraag tot terugbetaling, met gemotiveerd advies van de " Commissie Peer review endoprothesen ", terug voorgelegd aan het College van geneesheren-directeurs die de uiteindelijke beslissing tot tegemoetkoming of weigering neemt.

Binnen de 30 dagen die volgen op de ontvangst van de aanvraag van terugbetaling, wordt volgende informatie tegelijkertijd aan de verzekeringsinstelling, het team dat de aanvraag ingediend heeft en de ziekenhuisapotheker, meegedeeld :

- de beslissing van het College van geneesheren-directeuren indien het dossier niet dient voorgelegd te worden aan de " Commissie Peer review endoprothesen ";

- de doorverwijzing van het dossier naar de " Commissie Peer review endoprothesen ".

Na de implantatie dient er een evaluatie te gebeuren bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis en na 3, 12, 24 en 36 maanden. De follow-up documenten worden in het dossier van de patiënt bewaard en eens per jaar bezorgt het centrum een samenvattend verslag van de implantaties en de follow-up aan het College van geneesheren-directeuren zoals vermeld in onder " 1. Voorwaarden betreffende het implanterend centrum. ".

De follow-up documenten worden vastgesteld door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging op advies van de Technische Raad voor Implantaten en de Technische Geneeskundige Raad.

De " Commissie Peer review endoprothesen " zal jaarlijks verslag uitbrengen over de verzamelde gegevens."

2° in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 589396 - 589400 worden de woorden " Vorenvermelde verstrekkingen " vervangen door de woorden " De verstrekkingen die worden beoogd in dit punt a) ".

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 maart 2009.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. L. ONKELINX

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

Artikel 35 (Bloedvatenheelkunde): KB van 18.03.2009 (B.S. d.d. 30.07.2009 – p. 51410)

Artikel 35 (Orthopedie en Traumatologie): KB van 15.07.2009 (B.S. d.d. 30.07.2009 – p. 51416)

De volledige teksten zijn beschikbaar op de website en kunnen ook bekomen worden op eenvoudige aanvraag bij het Secretariaat.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

THE 2nd EASTERN EUROPEAN PSYCHIATRIC CONGRESS "Collaborating For Mental Health" of the Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans (PAEEB) Moscow, 27th - 30th October, 2009

This Congress follows the very successful First Eastern European Congress that took place in Thessaloniki, Greece in September 2007.

The consequences of the transition in the countries of the former socialist system, natural and man-made disasters, war conflicts, the ecological situation – all these factors constitute new tasks in psychiatry today. The high prevalence of socially significant mental illnesses and the wide range of treatment approaches set a mission to mental health professionals. One of the main additional challenges for psychiatry in our days is collaboration with other mental health care professionals, a collaboration that should be achieved with respect for expertise and for each other's "territory", if we want to fulfill our obligation to improve the care of our patients.

*Information : <http://en.paeeb2009moscow.ru/invitation/>
Registration : <http://en.paeeb2009moscow.ru/registration/>*

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
- 08099 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 09008* **WEGENS PENSIONERING** zoek ik een overnemer van mijn private praktijk **RADIOLOGIE** in de Gentse regio. Voor meer informatie: 0477 487283.
- 09010 **OOGARTS** (tweetalig, 10 jaar ervaring, ook cataractchirurgie) zoekt vervanging (geheel België) vanaf maart 2009 tel. 0477/444.777
- 090811 HEUSDEN-ZOLDER: het Sint-Franciskusziekenhuis (CAZ) heeft een vacature voor een **VOLTIJDS ANESTHESIST** in contractueel associatieverband. Meer info via www.caz.be (verder klikken naar Sint-Franciskusziekenhuis), bij Dr. Patricia Ruts, diensthoofd anesthesie0 (011/57.99.51 – patricia.ruts@caz.be) of bij Dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/57.98.65 – luc.geutjens@caz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid C.V., vóór 01/09/2009 te worden gericht aan Dhr. Erwin Bormans, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, P. Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder, erwin.bormans@caz.be.
- 09045 TIELT : Sint-Andriesziekenhuis vzw, Krommewalstraat 9-11, 8700 Tielt stelt een plaats vacant voor een **VOLTIJDS ORTHOPEDISCH CHIRURG** met bekwaamheid in KNIE- EN RUGCHIRURGIE (m/v). Voor informatie zich wenden tot Dr. Van Nuffel, dienst orthopedie (051/42.50.87). Kandidaturen dienen ingediend bij de heer R. Van de Walle, algemeen directeur, vóór 01.09.2009 (info@sintandriestielt.be).
- 09077 **RIXENSART : TE KOOP**, in rustige en pittoreske straat, op 600 m van centrum (winkels, scholen, bioscoop, station) buitenshuis Engelse stijl beschut midden een wilde tuin van 28 a. tel. 02/653.80.57

Inhoudstafel

• De toepassing van het actuele opleidingssysteem	1
• Werkijdverkorting: wat zijn de voordelen? wat zijn de problemen?	8
• Inschrijvingsstrook VBS-symposium 'De Referentiebedragen' 19.09.2009	12
• Opleidingscyclus algemeen management voor geneesheren-specialisten	13
• Boekbespreking: praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding	14
• Mogelijke impact van aantal ingrepen van chirurg of ziekenhuis op resultaten bij hart- en kankeroperaties (Persbericht KCE – 13 /07/2009)	15
• Nomenclatuur: artikel 34 (Percutane Interventionele Verstrekkingen)	16
• Overzicht diverse nomenclatuurwijzigingen.....	19
• Wetenschappelijke vergaderingen.....	19
• Aankondigingen	20

NIEUWE RUBRIEK OP www.vbs-gbs.org

JOBS

Vanaf nu kunt u op de VBS-website vacatures en sollicitaties voor geneesheren-specialisten plaatsen en raadplegen. U bereikt er onmiddellijk alle leden van het VBS mee.

U hoeft enkel uw tekst naar info@vbs-gbs.org of 02/649.26.90 (fax) te sturen en uw werkaanbieding of sollicitatie verschijnt korte tijd later online. De advertenties blijven 2 maanden op de website staan. Eens die periode verstreken is, kunt u ze op eenvoudig verzoek opnieuw laten plaatsen.

De publicatie is kosteloos voor leden en verzorgingsinstellingen.