

Annexe 4 au rapport sur la mobilité des patients: 2015-2016: Feed-back des hôpitaux concernant méthodologie, analyse et rapport "imagerie médicale"

1. Pr. Ph. Peetrans - Chef de Service de Radiologie HIS -Chargé de cours à l'ULB

Je pense qu'il existe un réel biais dans votre étude.

Contrairement à la radiographie standard et au scanner, l'IRM n'est pas une méthode diagnostique où on pousse sur un bouton et où on a une image diagnostique qu'on peut retravailler par après. Il s'agit d'un examen où la décision du radiologue d'effectuer telle ou telle séquence, tel ou tel plan de coupes, est essentiel. Je parle ici des indications neurologiques, abdominales, pelviennes, pédiatriques, foetales et cardiaques, pas des examens du rachis, ne des articulations, encore que certaines de celles-ci doivent être monitorisées par le radiologue aussi.

Une question manquante est donc: le nombre de séquences moyen effectué par examen (en spécifiant les codes INAMI de chaque examen par exemple) et le temps alloué par examen (idem). Peut-être verrait-on de grosses différences entre ceux qui font 140.000 examens et ceux qui en font 90.000

Donc, dire que faire beaucoup d'IRM comme en province d'Anvers, de Flandre ou au Limbourg est mieux (votre Index Int/P75) qu'en faire moins comme à Bruxelles ou en Wallonie est une hérésie quant au diagnostic. Le taux de reconvoication, de 2^e examen pour préciser une image ou un diagnostic qui n'est pas clair après un premier examen rapide est sans doute aussi un bon indicateur, de même que le taux de scanners, combinés aux IRM dans un délai de 30 jours, qui peuvent affiner un diagnostic que l'IRM n'a pas complètement résolu car réalisé avec trop peu de séquences, trop peu de coupes, trop peu de qualité diagnostique, car trop rapidement...

Enfin, et ce n'est pas de votre faute, aucune conclusion ne peut être tirée de votre rapport qui s'arrête en 2015 alors qu'en juin 2016, une vingtaine d'IRM ont été arrêtées par décision Ministérielle suite au cadastre. Les chiffres de délai d'attente ne sont donc plus du tout exacts, surtout à Bruxelles (6 appareils fermés sur un total de 25 soit plus de 20% du parc de machines).

Contrairement à la radiographie standard et parfois au scanner, l'IRM est un examen où la décision du radiologue d'effectuer telle ou telle séquence, tel ou tel plan de coupes, est essentiel, notamment dans les indications neurologiques, abdominales, pelviennes, pédiatriques, foetales et cardiaques. Une question manquante est donc "le nombre de séquences moyen effectué par examen (en spécifiant les codes INAMI de chaque examen par exemple) et le temps réel moyen d'examen (aussi en fonction des codes INAMI)".

Sans préjuger de la réponse, ni de l'utilité ou non de séquences supplémentaires pour le diagnostic le plus précis possible, il est possible que le temps d'examen, lié au nombre de séquences IRM réalisé, ait aussi un rôle à jouer dans les délais d'attente

2. CHU Charleroi

Il est clair que les délais d'attente en IRM pose d'énormes problèmes accentués avec la fermeture de diverses unités en juin 2016. Le meilleur interlocuteur pour les diverses analyses est la BELMIP dont le responsable est le Pr G Villers. La disparité du nombre d'examen réalisés par machine pose problème et l'aspect qualitatif est primordial comme le souligne le Pr Peetrons de l'ULB.

3. Centres Hospitaliers Jolimont

Voici quelques remarques :

Que signifie « les régularisations (prestations négatives) sont compensées » ?

Quid du calcul si patient hospitalisé dans un hôpital et examen réalisé dans un autre ?

Délais parfois long volontairement (ex : prise de rdv à long terme pour follow up onco ou suivi thérapeutique) : cela rallonge artificiellement le délai moyen : il faudrait faire la différence entre rdv urgents et électifs.

Définition hôpitaux généraux et centres spécialisés ? (pt 5 données de détail)

Prestations PET :

Avant janvier 2016 :

codes 442971-82 = a priori valides mais insuffisants car bcp de PETs réalisés sous autres codes.

Autres codes proposés : malheureusement non valides car s'adressent aussi (et surtout) à des prestations de médecine nucléaire conventionnelles (scintis) : donc non univoques et non valables. Ces codes ont été utilisés :

Par les centres PET agréés pour les PET scans hors indications

Par les centres non agréés pour tous les PET scans

Pas de réelle possibilité d'améliorer la statistique en y associant le code de la molécule PET car il était interdit d'associer ce codes à des PETs hors indication

À partir de janvier 2016 : il faut utiliser les numéros de nomenclature suivants pour les prestations PET

442971, 442676, 442691, 442713, 442735, 442750. Ces codes sont valides car utilisés par tous les centres PET pour tous les PET scans.

4. St Pierre Bruxelles

Nous avons regardé vos données. Il nous semble que le délai des CT onco ne peut être calculé comme vous le dites, les contrôles de bilan d'extension dans le cas des patients onco étant programmés plusieurs mois à l'avance. Il ne s'agit pas de délai.

Les délais d'attente en RMN ne sont pas les mêmes pour tous les types de RMN, de même pour le CT car cela dépend de la disponibilité des ressources médicales compétentes.

A titre d'indication, nous suivons nos délais de RDV régulièrement.

Nous avons de 1 mois à 4 mois de délai d'attente pour les RMN (RMN de l'articulation temporo-mandibulaire: 1 mois; RMN os: 4 mois). Pour le CT, nos délais se comptent en jours: soit de 2 à 6 jours selon le type de CT (2 jours pour le CT thorax, 6 jours pour le CT des rochers).

5. Ooms Erwin – Emmaus

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten voor uw instelling vanuit theoretisch oogpunt, voldoende garanties om aanvaardbare, met de realiteit overeenstemmende resultaten te produceren? **JA**
- Indien niet, is dit ten gevolge van een fundamentele conceptuele bias en kan hieraan verholpen worden? Zo ja, op welke wijze? -----
- Of dient er een fundamenteel verschillende piste ingeslagen te worden? Zo ja, dewelke? **NEEN**
- Indien u van mening bent dat de geproduceerde resultaten, mits het hanteren van interpretatiebeperkingen omwille van de conceptualisering die aan de basis van de resultaten ligt, wel enige informatieve waarde voor uw instelling, de overheid en de patiënt kunnen aanreiken,
 - i) welke zijn deze te hanteren interpretatiebeperkingen en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?

 - ii) welke zijn de valide informatieve elementen aanwezig in de geproduceerde set statistieken en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?-----
- In het bijzonder,
 - i) Geeft de geproduceerde trend aangaande de vijf groepen van verstrekkingen een aanvaardbaar beeld van de realiteit (nationaal, uw provincie, uw instelling)? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **JA**
 - ii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de tijdsdistributie van de wachttijden (nationaal, uw provincie, uw instelling) van de vijf groepen verstrekkingen een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **JA**
 - iii) Hebt u een verklaring voor de lage percentages (ongeveer 5% nationaal) aan produceerbare wachttijden voor de prestaties PET-scan en PET-scan 'proxy'? **NEEN**
 - iv) Buiten de reeds aangehaalde redenen die de verschillen in ZIV-intensiteit zouden kunnen verklaren voor MRI-toestellen, welke andere ziet u nog of zijn van toepassing voor uw instelling? -----
- Voor welke van de in bovenstaande vraag (punten i) tot en met iv)) vastgestelde trends die voor u valide en betrouwbaar zijn, kan u verklaringen aanreiken, in het bijzonder aangaand (lokale) trends die lijken af te wijken van de nationale of provinciale trends? Beschikt u eventueel ook over concreet cijfermateriaal dienaangaande? -----
- Zijn er volgens u nog ingrepen waarvoor volgens een gelijkaardige methodologie de wachttijden berekend zouden kunnen worden?

6. AZ Sint Jan Brugge

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten voor uw instelling vanuit theoretisch oogpunt, voldoende garanties om aanvaardbare, met de realiteit overeenstemmende resultaten te produceren?
Ja, wanneer men globaal tussen provincies en deelstaten vergelijkt. Maar een aantal gegevens worden niet in overweging genomen wanneer men gaat vergelijken tussen de instellingen.
- Indien niet, is dit ten gevolge van een fundamentele conceptuele bias en kan hieraan verholpen worden? Zo ja, op welke wijze?
 - 1) Men moet niet alleen naar het aantal PET,CT en vooral MR toestellen per ziekenhuis kijken maar naar de verhouding met het aantal bedden en dus patiënten die men hiermee moet onderzoeken. Wanneer in eenzelfde provincie een ziekenhuis toegang heeft tot (4+1) MR toestellen en ongeveer evenveel bedden heeft als een ziekenhuis dat over 2 MR toestellen beschikt, dan weet men dat de MR capaciteit van het eerste ziekenhuis meer dan 2 x hoger ligt. Logisch dat de wachttijden dan lager zullen zijn in het ziekenhuis met de hoogste MR capaciteit.
 - 2) Men moet rekening houden met de pathologie + aantal patiënten die bedlegerig zijn, wie doet onderzoeken onder anesthesie op MR? Wie doet interventionele procedures op CT en MR? Wie doet functionele beeldvorming? Etc. Ook dit zal het aantal onderzoeken per dag sterk beïnvloeden. Naar welk ziekenhuis worden dergelijke patiënten verwezen?
 - 3) De grijze en zwarte toestellen mogen niet worden meegeteld! Als men de Vlaamse ziekenhuizen bekijkt kan men zien dat minstens 2 ziekenhuizen tussen 2013 en 2015 plots op hetzelfde aantal toestellen 50% meer onderzoeken doen. Er werden dus prestaties op meer dan 2 toestellen uitgevoerd en RIZIV aangerekend. Deze toestellen zijn nu na instellen van “zware apparatuur controle” waarschijnlijk niet meer in gebruik. De resultaten van het 1^e volledig jaar na deze nieuwe regeling, dus 2017, zullen wel betrouwbaar zijn. Maar blijkbaar worden voor heel België deze vervalste gegevens voor PET en MR in deze studie gebruikt. Het gaat hier om een fout die > 10% bedraagt. Hoe betrouwbaar zijn de cijfers in deze studie dan indien men deze fout zomaar meeneemt?
- Of dient er een fundamenteel verschillende piste ingeslagen te worden? Zo ja, dewelke?
Nee, maar bovenstaande (3) dient te worden gecorrigeerd en men dient punt (1) en (2) mee te nemen in de evaluatie.
- Indien u van mening bent dat de geproduceerde resultaten, mits het hanteren van interpretatiebeperkingen omwille van de conceptualisering die aan de basis van de resultaten ligt, wel enige informatieve waarde voor uw instelling, de overheid en de patiënt kunnen aanreiken,
 - iii) welke zijn deze te hanteren interpretatiebeperkingen en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?
Men gaat hier louter uit van aantallen en de financiële consequenties. Andermaal gaat men ervan uit dat kwaliteit van het onderzoek niet meetelt. Misschien eens een studie doen van hoeveel MR onderzoeken moeten worden herhaald, MR onderzoeken die in centra met top ZIV intensiteit (zoals in statistiek staat = beter) werden uitgevoerd.
 - iv) welke zijn de valide informatieve elementen aanwezig in de geproduceerde set statistieken en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?
Dat er een toename is van het aantal onderzoeken over de provincies en deelstaten heen. En dat er een duidelijk verschil is tussen het aantal onderzoeken per toestel wanneer men de deelstaten vergelijkt. Ook dat het aantal onderzoeken per toestel daalt naargelang men ziekenhuizen bekijkt met zwaardere pathologie en dit onafhankelijk van de deelstaten waarin deze gelegen zijn.
- In het bijzonder,
 - v) Geeft de geproduceerde trend aangaande de vijf groepen van verstrekkingen een aanvaardbaar beeld van de realiteit (nationaal, uw provincie, uw instelling)? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?
Ja, nationaal en per provincie te vergelijken, per instelling dient men vooraleer men vergelijkt rekening te houden met toestellen per aantal bedden, zwaarte van de pathologie, kwaliteit van de afgeleverde

onderzoeken (bijv. worden ze nadien herhaald?) etc., type onderzoeken die men bereid is uit te voeren (onder anesthesie, pediatrie, interventioneel, functioneel...).

vi) Geeft de geproduceerde trend aangaande de tijdsdistributie van de wachttijden (nationaal, uw provincie, uw instelling) van de vijf groepen verstrekkingen een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?

Ja, maar in de vergelijking dient men met bemerkingsen onder i) rekening te houden.

vii) Hebt u een verklaring voor de lage percentages (ongeveer 5% nationaal) aan produceerbare wachttijden voor de prestaties PET-scan en PET-scan 'proxy'?

Niet echt, maar misschien speelt doorverwijzing naar een oncologisch ziekenhuis hier een rol, wie zag patiënt eerst? Ook de enorme wachttijden met vaak verwijzing naar andere provincies maken opvolgen moeilijker.

viii) Buiten de reeds aangehaalde redenen die de verschillen in ZIV-intensiteit zouden kunnen verklaren voor MRI-toestellen, welke andere ziet u nog of zijn van toepassing voor uw instelling?

Zie boven: meerekenen van zwarte/grijze toestellen (pas in 2016 aangepast maar studie stopt in 2015), kwaliteit van de onderzoeken, zwaarte van de onderzoeken, bepaalde centra voeren tijdrovende (anesthesie, puncties onder MR) of moeilijke tijdrovende onderzoeken (fMRI, cardio MR, etc) niet uit. Verwijzingen van moeilijke-gespecialiseerde onderzoeken van buiten de regio – provincie etc. Verhouding ambulante t.o.v. gehospitaliseerde (bedlegerige patiënten).

Bepaalde centra splitsen onderzoeken onmiddellijk op (bvb. total spine wordt CWZ, DWZ en LWZ, pediatrisch onderzoek schedel-WZ wordt opgesplitst etc.).

- Voor welke van de in bovenstaande vraag (punten i) tot en met iv)) vastgestelde trends die voor u valide en betrouwbaar zijn, kan u verklaringen aanreiken, in het bijzonder aangaand (lokale) trends die lijken af te wijken van de nationale of provinciale trends? Beschikt u eventueel ook over concreet cijfermateriaal dienaangaande?

Ja, rekening houden met het aantal toestellen per hoeveelheid patiënten (bvb. Bedden) die hiermee moeten worden onderzocht/bereikt. De (correcte?) wettelijke regeling voor toekenning van bvb MR toestellen heeft er toe geleid dat de MR capaciteit voor gelijkaardige grote ziekenhuizen soms meer dan 100% verschilt. Hier moet men rekening mee houden als men de wachttijden wil gaan vergelijken. De ziekenhuizen met lagere capaciteit worden hier anders door in een onterecht slecht daglicht geplaatst.

Bovendien stelt zich de laatste jaren een trend in dat nieuwe MR toestellen aan kleinere ziekenhuizen met minder zware pathologie worden toegekend. Wanneer een ziekenhuis met 300 bedden 1 MR toestel heeft en een ziekenhuis met 1300 bedden 2, dan heeft het kleinere ziekenhuis een meer dan 2 x hogere capaciteit en dan wordt de "zwaardere pathologie" nog niet eens meegerekend. Logisch dat er in de kleinere ziekenhuizen lagere wachttijden zijn, hiervoor is geen studie nodig.

Met andere woorden: ziekenhuizen die om onverklaarbare redenen 2 x zoveel MR toestellen krijgen als een ander, misschien ook nog een grijs of zwart toestel hebben mogen gebruiken en aanrekenen, komen vanzelfsprekend mooi uit deze studie en zullen hiervoor nog eens beloond worden wanneer deze cijfers naar buiten komen. Men kan zich inbeelden dan anderen die bovenstaande niet kregen en deden zich minder correct behandeld voelen.

- Zijn er volgens u nog ingrepen waarvoor volgens een gelijkaardige methodologie de wachttijden berekend zouden kunnen worden?
Niet onmiddellijk.

7. AZ Sint Blasius Dendermonde

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten voor uw instelling vanuit theoretisch oogpunt, voldoende garanties om aanvaardbare, met de realiteit overeenstemmende resultaten te produceren? NEEN
- Indien niet, is dit ten gevolge van een fundamentele conceptuele bias en kan hieraan verholpen worden? Zo ja, op welke wijze?
Methodologie voor gehospitaliseerde prestaties beeldvorming geeft niet correct de wachttijd weer die met dit onderzoek in kaart wordt gebracht. Men gaat er immers van uit dat het laatste contact met de voorschrijver ook de voorschrijfdatum is, maar de kans is veel groter dat het onderzoek plaatsvindt naar aanleiding van het ziekenhuisverblijf ipv naar aanleiding van de laatste consultatie. Op dit moment is deze groep zeer klein door de exclusies die worden toegepast.
Voorstel is om deze groep volledig buiten beschouwing te laten.
- Of dient er een fundamenteel verschillende piste ingeslagen te worden? Zo ja, dewelke? NEEN
- Indien u van mening bent dat de geproduceerde resultaten, mits het hanteren van interpretatiebeperkingen omwille van de conceptualisering die aan de basis van de resultaten ligt, wel enige informatieve waarde voor uw instelling, de overheid en de patiënt kunnen aanreiken,
 - i) welke zijn deze te hanteren interpretatiebeperkingen en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?
De prestaties die worden gebruikt als proxy_PET ter benadering van het gebruik van een niet erkend PET toestel, staan zeker voor onze instelling niet in verband met dergelijk niet-erkend toestel. De prestaties werden aangerekend naar aanleiding van onderzoeken nucleaire beeldvorming.
Voorzichtigheid bij interpretatie is dus zeker geboden. Men dient te evalueren of deze nomenclatuurnummers wel specifiek genoeg zijn om niet-erkende PET scanners te detecteren.

8. UZ Leuven

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten voor uw instelling vanuit theoretisch oogpunt, voldoende garanties om aanvaardbare, met de realiteit overeenstemmende resultaten te produceren?

Nee, de geproduceerde resultaten zijn een onvoldoende correcte weergave van de werkelijkheid.
- Indien niet, is dit ten gevolge van een fundamentele conceptuele bias en kan hieraan verholpen worden? Zo ja, op welke wijze?

Er zit een belangrijke bias in de gegenereerde resultaten doordat wachttijd gedefinieerd wordt als de tijd tussen het moment van aanvraag en de uitvoerdatum. In de praktijk worden een groot aantal scans intentioneel later ingepland dan het eerst mogelijke beschikbare moment en dit op expliciete vraag van de voorschrijver (bv opvolgscans die dienen te worden uitgevoerd na x maanden). In de huidige methodiek is de berekende wachttijd een overschatting van de realiteit.

Een correctere definitie voor wachttijd is de tijd tussen het door de voorschrijver gevraagde moment van uitvoering en de effectieve datum waarop de scan wordt uitgevoerd.

Door het gewenste moment van uitvoering systematisch te documenteren en de uitvoerdatum te vergelijken met deze gewenste datum van uitvoering, kan hier op termijn aan verholpen worden.

Aangezien 'gewenste uitvoerdatum scan' vandaag niet gedocumenteerd wordt, kunnen als benadering opvolgscans worden uitgesloten alvorens de wachttijd te bepalen, vanuit de veronderstelling dat opvolgscans bewust ver vooruit in de tijd worden ingepland en de wachttijd artificieel opvoeren. Hiertoe dient te worden geregistreerd of een scan een opvolgscan is, of (bij afwezigheid van deze informatie) kan een heuristisch worden vastgelegd om te bepalen of een scan een opvolgscan betreft (cfr categorie CT-onco* in de studie voor alle scans die tot een oncologisch zorgtraject horen en waarvoor een MOC plaats vond voorafgaand aan de scan).

* Mogelijks is CT-follow-up een betere benaming dan CT-onco om de categorie 'opvolgings-scans' aan te duiden. CT-onco geeft de indruk dat CT's die omwille van een oncologische indicatie worden uitgevoerd tot deze categorie CT-onco behoren. In de praktijk zullen CTs naar aanleiding van een eerste oncologische indicatie echter steeds tot de groep CT-other horen omdat er op dat ogenblik nog geen MOC plaats vond.

- Of dient er een fundamenteel verschillende piste ingeslagen te worden? Zo ja, dewelke?

Aanpassing definitie wachttijd naar tijd tussen het door de voorschrijver gevraagde moment van uitvoering en de effectieve datum waarop de scan wordt uitgevoerd.

- Indien u van mening bent dat de geproduceerde resultaten, mits het hanteren van interpretatiebeperkingen omwille van de conceptualisering die aan de basis van de resultaten ligt, wel enige informatieve waarde voor uw instelling, de overheid en de patiënt kunnen aanreiken,
ii) welke zijn deze te hanteren interpretatiebeperkingen en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?

Interpretatiebeperkingen mbt wachttijd:

De methodologische keuze van het niet in kaart brengen van de wachttijd van ongeplande, prioritaire onderzoeken in de studie, geeft een onvolledig beeld van de realiteit, met risico op interpretatiefouten. Instellingen die voorrang dienen te geven aan een grotere groep ongeplande, prioritaire onderzoeken, hebben (logischerwijze) langere wachtlijsten voor de restgroep van patiënten die niet met voorrang gescand worden.

Concreet krijgen bij UZLeuven 59% patiënten een scan waarvan de wachttijd niet wordt meegenomen in de methodiek, terwijl dit op nationaal niveau gemiddeld slechts 21% scans zijn. Dit zijn naar schatting voornamelijk scans die prioritair behandeld worden.

Wanneer in de huidige methodiek de wachttijd voor geplande, niet-prioritaire patiënten wordt vergeleken tussen instellingen en/of provincies/nationaal, dient steeds in overweging genomen dat dit niets zegt over de gemiddelde wachttijd van de totale patiëntenpopulatie in de vergeleken instellingen en/of gebieden. Met andere woorden: een instelling/gebied die in de huidige methodiek gemiddeld langere wachttijden heeft, heeft mogelijks voor zijn totale patiëntenpopulatie een gemiddelde wachttijd die even goed of zelfs beter is, wanneer binnen deze instelling/gebied systematisch voorrang gegeven wordt aan prioritaire onderzoeken.

De enige manier om wachttijden in absolute waarde te kunnen vergelijken tussen instellingen en/of gebieden, is **door de wachttijd van alle onderzoeken in overweging te nemen**, zowel geplande als ongeplande, prioritair behandelde als niet-prioritair behandelde, en **wachttijd te bepalen als de tijd tussen het door de voorschrijver gevraagde moment van uitvoering en de effectieve datum waarop de scan wordt uitgevoerd.**

Interpretatiebeperkingen mbt ZIV-intensiteit:

Door het groot aantal parameters die de ZIV-intensiteit beïnvloeden (zie infra), en de afwezigheid van uniforme kwaliteitsindicatoren met betrekking tot duurtijd onderzoek, is het niet mogelijk om de ZIV-intensiteit te gebruiken als leidraad voor de de-programmatie van MRI.

- iii) welke zijn de valide informatieve elementen aanwezig in de geproduceerde set statistieken en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?

- De tijdsevolutie van wachttijden en ZIV-intensiteit lijkt representatief.
 - Indien we veronderstellen dat de parameters die de ZIV-intensiteit beïnvloeden vergelijkbaar zijn voor universitaire ziekenhuizen enerzijds en voor algemene ziekenhuizen anderzijds, kan de ZIV-intensiteit voor deze subgroepen onderling vergeleken worden.
- In het bijzonder,
 - ix) Geeft de geproduceerde trend aangaande de vijf groepen van verstrekkingen een aanvaardbaar beeld van de realiteit (nationaal, uw provincie, uw instelling)? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?
 - De door de studie gegenereerde tijdsevolutie van de wachttijden nationaal, per provincie en binnen instellingen lijkt representatief.
 - De relatieve verhouding van wachttijden onderling (nationaal, per provincie en binnen instellingen) is niet representatief. Om relatieve verhouding te kunnen bepalen dient de definitie van wachttijd te worden aangepast zoals hoger vermeld.
 - Mits een aanpassing van de definitie van wachttijd, blijft het risico van deze methodiek dat de wachttijd voor prioritaire onderzoeken zal stijgen, omdat eenzijdig de aandacht wordt gevestigd op wachttijden van geplande, niet-prioritaire onderzoeken. De vraag stelt zich of dit het gewenste beleid is. Zoals hoger aangegeven, kan hieraan verholpen worden door ook de wachttijd van ongeplande, prioritaire onderzoeken in kaart te brengen. Specifiek voor Vlaams-Brabant en UZ Leuven zijn de gemiddelde wachttijden van CT en MRI hoger dan gemiddeld door zeer groot aantal ongeplande en prioritaire prestaties medische beeldvorming binnen UZ Leuven die niet zijn meegenomen in de methodiek.
 - x) Geeft de geproduceerde trend aangaande de tijdsdistributie van de wachttijden (nationaal, uw provincie, uw instelling) van de vijf groepen verstrekkingen een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?
 - Nee. De tijdsdistributie van de wachttijden wordt enerzijds vertekend door onderzoeken die intentioneel later worden ingepland op vraag van de voorschrijver (cfr supra) en anderzijds doordat het proportioneel aantal scans dat prioritair behandeld wordt, en bijgevolg al dan niet meegenomen wordt in de wachttijd-distributie, sterk verschillend is per instelling (cfr supra).
 - xi) Hebt u een verklaring voor de lage percentages (ongeveer 5% nationaal) aan produceerbare wachttijden voor de prestaties PET-scan en PET-scan 'proxy'?
 - Nee. Zou het kunnen dat als voorschrijver de nuclearist wordt beschouwd die het voorschrift valideert vooraleer het PET-onderzoek wordt uitgevoerd?
 - Voor UZ Leuven zijn het beperkt aantal PET-scans die meegenomen in de berekening (21%), niet representatief om een beeld te krijgen van reële wachttijd.
 - xii) Buiten de reeds aangehaalde redenen die de verschillen in ZIV-intensiteit zouden kunnen verklaren voor MRI-toestellen, welke andere ziet u nog of zijn van toepassing voor uw instelling?
 - Volgende bijkomende factoren die niet worden aangehaald in het rapport, beïnvloeden de ZIV-intensiteit:
 - Het ontbreken van uniforme uitvoeringsprotocollen waardoor de uitvoertijd van een zelfde MRI-onderzoek sterk verschillend kan zijn per instelling.
 - Het systematisch uitvoeren van meer complexe, langer durende MR-onderzoeken in een bepaalde instelling ten opzichte van een andere instelling.
 - Mate waarin het in een instelling al dan niet vaak voorkomt dat voor een zelfde patiënt meer dan 1 MR-onderzoek wordt uitgevoerd op dezelfde dag (waarbij slechts 1 prestatie wordt aangerekend)

- Voor welke van de in bovenstaande vraag (punten i) tot en met iv)) vastgestelde trends die voor u valide en betrouwbaar zijn, kan u verklaringen aanreiken, in het bijzonder aangaand (lokale) trends die lijken af te wijken van de nationale of provinciale trends? Beschikt u eventueel ook over concreet cijfermateriaal dienaangaande?

UZ Leuven heeft een significant groter aantal ambulante verstrekkingen medische beeldvorming waarvoor geen contact wordt geregistreerd door de voorschrijver dan andere instellingen.

Dit heeft allicht te maken met het grote aantal 'second opinions' die door externe medici worden aangevraagd bij medici van UZ Leuven. Het betreft hier doorverwijzingen met complexe pathologie en hoge graad van dringendheid waardoor deze scans, die zonder voorafgaand (intern) patiëntcontact, door de interne medicus worden ingepland en voorrang krijgen op andere ambulante aanvragen. Deze met voorrang behandelde ambulante aanvragen worden uit de studie uitgesloten, maar hebben tot gevolg dat de wachttijd voor de restgroep ambulante aanvragen exponentieel stijgt (zie supra).

- Zijn er volgens u nog ingrepen waarvoor volgens een gelijkaardige methodologie de wachttijden berekend zouden kunnen worden?

Mits aanpassing van definitie van wachttijd en de aandachtspunten zoals hoger aangegeven is deze methodologie in principe breder toepasbaar. Wel blijft afstemming met betrokkenen uit het veld noodzakelijk, gezien een klein verschil in de praktijk grote gevolgen kan hebben voor correct berekenen van wachttijden.

9. CHU Brugmann

Betreffende de gevraagde feedback-vraagstelling aan ziekenhuizen aangaande wachttijden verstrekkingen medische beeldvorming 2010-2015, hadden we graag volgende bemerkingen overgemaakt. We hebben geen specifieke bezwaren betreffende de toegepaste methodologie in het algemeen, doch wensen op te merken dat de resultaten de realiteit weerspiegelen tot en met 2014. De reële situaties zullen inmiddels duidelijk veranderd zijn wegens ingrijpende ontwikkelingen, zeker wat betreft MRI onderzoeken : enerzijds zijn er minstens 9 MRI toestellen bijgekomen (6 in Vlaanderen en 3 in Wallonië) en anderzijds zijn er een aantal MRI toestellen gesloten (minstens 6 in Brussel), na het invoeren van het kadaster zwaar medisch beeldmateriaal. De weergegeven wachttijden kunnen dus waarschijnlijk niet up to date zijn.

Betreffende de regio Brussel dienen bovendien enkele specifieke opmerkingen gemaakt te worden:

Het relatief groot aantal MRI toestellen (22) moet gerelativeerd worden rekening houdend met een belangrijk aandeel onderzoeken bij niet RIZIV patiënten. Dit kan minstens gedeeltelijk de relatief hoge wachttijd in deze regio (47 dagen versus 36 in Vlaanderen) verklaren.

Binnen de regio Brussel zijn er belangrijke geografische verschillen volgens de gemeenten : de gemeente Schaarbeek bijvoorbeeld telt 131.000 inwoners en beschikt niet over een MRI toestel hoewel het Brugmann ziekenhuis in deze gemeente een volwaardige hospitaalsite uitbaat. Ter vergelijking : nationaal gemiddelde 1 MRI toestel per 90.000 inwoners en Brussels gemiddelde 1 MRI toestel per 50.000 inwoners.

Per hospitaalbed is het aantal uitgevoerde MRI onderzoeken eveneens zeer uiteenlopend : in het Brugmann ziekenhuis 13 onderzoeken per bed; ter vergelijking : nationaal gemiddelde 18 onderzoeken per bed, Brussels gemiddelde 29 onderzoeken per bed.

10.AZ Sint Lucas Brugge

Betreffende de cijfers in de voorgestelde studie willen wij de volgende bemerkingen formuleren:

MR: hier bestaan wel wachttijden, gezien het relatief beperkt aantal beschikbare toestellen en de grote vraag naar dergelijke onderzoeken (mede door conversie van RX en CT naar MR). Door het uitbreiden van scanuren proberen we wachttijden te beperken. De wachttijden zijn variabel in de tijd en variabel per type van onderzoek.

Het aantal CT onderzoeken is de laatste jaren toegenomen. Mogelijke verklaringen: toename van de oncologische CT-onderzoeken tijdens/na therapie; nieuwe indicaties voor (arthro-)CT in orthopedie; nieuwe indicaties voor angio-CT; toename van aantal spect-CT onderzoeken.

De gebruikte methodologie geeft misschien wel enige richting maar is zeker niet sluitend.

De wachttijd van een ambulante verstrekking wordt berekend als het verschil tussen de prestatiedatum en de laatste voorafgaande raadpleging (zie nomenclatuurcodes in bijlage) met de verstrekker die geregistreerd is als voorschrijver van de medische beeldvorming. De voorschrijfdatum moet minimum één dag vóór de prestatiedatum liggen, en de wachttijd mag maximum 365 dagen bedragen.

Opmerking: veel ambulante onderzoeken worden de zelfde dag uitgevoerd als de consultatie of gepland op de dag van volgende consultatie. Dit leidt tot bias van gemeten wachttijden volgens de gebruikte methodologie. Ook in oncologische setting wordt een controle onderzoek weken op voorhand gepland waarbij dit interval niet overeenstemt met reële wachttijden.

Het aantal geregistreerde MR-onderzoeken per toestel geeft natuurlijk wel info over 'optimaal gebruik' van een MR toestel, met blijkbaar grote verschillen tussen verschillende centra in België.