

Rapport sur la mobilité des patients: 2015-2016 – Annexe : 5

Jaarverslag patiëntenmobiliteit 2015-2016 - Bijlage 5

Feed-back des hôpitaux concernant méthodologie, analyse et rapport “cataracte”

Feedback van de ziekenhuizen m.b.t. methodologie, analyse en rapport “cataract-ingrepen

1. OLV ziekenhuis Aalst

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten 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?
- 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)?
Laatste oftalmologische consultatie voor de ingreep is niet altijd door de voorschrijver gepresteerd
 - 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 het globale volume aan ingrepen (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?
Waarschijnlijk wel
 - ii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie types van zorgtrajecten (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? Ja
 - iii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie (vier) types van laatste contact met de voorschrijver (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? Definitieve diagnose van cataract is steeds door oftalmoloog gesteld. Gezien dit in 98.4 % het geval is kan de methodologie als vrij aanvaardbaar beschouwd worden
Geeft de geproduceerde trend aangaande de tijdsdistributie van de wachttijden (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? Laatste oftalmologische consultatie voor de ingreep is niet altijd door de voorschrijver gepresteerd.
- 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?

2. AZ Jan Portaels

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten uw instelling vanuit theoretisch oogpunt, voldoende garanties om aanvaardbare, met de realiteit overeenstemmende resultaten te produceren? **Ja, volgens ons wel.**
- Indien niet, is dit ten gevolge van een fundamentele conceptuele bias en kan hieraan verholpen worden? Zo ja, op welke wijze? **N.v.t.**
- Of dient er een fundamenteel verschillende piste ingeslagen te worden? Zo ja, dewelke? **N.v.t.**
- 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, welke zijn deze te hanteren interpretatiebeperkingen en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?

Beperkingen : om de wachttijd te bepalen wordt er vertrokken van het eerste contact. Voor dit eerste contact wordt er ook gekeken naar de volgende consultaties : een specialist werkzaam in hetzelfde ziekenhuis van deze ingreep en die de dag van de ingreep een verstrekking aan de patiënt geattesteerd heeft en een consultatie bij de GMD-houdende huisarts van de patiënt. Wij denken dat deze categorieën beter niet worden meegenomen, en dat enkel de consultaties bij de verstrekkende oftalmoloog of een andere oftalmoloog zouden moeten meegenomen worden.

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 het globale volume aan ingrepen (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **Geen verbeterpunten, globaal aantal ingrepen correct voor ons ziekenhuis.**
 - ii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie types van zorgtrajecten (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **Geen verbeterpunten.**
 - iii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie (vier) types van laatste contact met de voorschrijver (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **Wij denken dat enkel de twee eerste voorschrijvers relevant zijn (verstrekkende oftamoloog en andere oftalmoloog), de 2 andere categorieën kunnen toevallig een contact gehad hebben met de patiënt, terwijl dit niets met de ingreep te maken heeft.**
 - iv) Geeft de geproduceerde trend aangaande de tijdsdistributie van de wachttijden (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **Geen verbeterpunten, trend aangaande tijdsdistributie geeft realistisch beeld voor ons ziekenhuis.**
- 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? **Wachttijden in ons ziekenhuis zijn zeker niet de langste in onze provincie, wellicht omdat er meerdere oftalmologen werkzaam zijn die cataracten uitvoeren.**

3. Anoniem

Ik heb het synthese rapport wachttijden cataractingrepen via een collega van me ontvangen. Graag wil ik mijn bedenkingen formuleren met betrekking tot de methodiek die gebruikt wordt in het rapport.

Het interval tussen de laatste consultatie bij een oogarts en de ingreep is mijns inziens niet representatief voor het bepalen van eventuele wachttijden voor cataractchirurgie. En dit voornamelijk omwille van het feit dat het gaat om een electieve ingreep zonder dringend karakter.

Een eerst patiëntencontact betreft de indicatiestelling: dit vereist een oftalmologisch onderzoek: vaststellen van diagnose cataract, evaluatie van oftalmologische comorbiditeit. Aan het eind van dit patiëntencontact zal patiënt worden ingelicht over de diagnose(s) en de mogelijke behandeling met de te verwachten resultaten, risico's, alternatieven... in vele gevallen is het wenselijk om patiënt tijd te geven hierover na te denken.

Een tweede patiëntencontact kan worden vastgelegd als patiënt beslist om zich te laten opereren. Hij/ zij moet dan contact nemen met ofwel dezelfde oogarts of een andere oogarts voor de preoperatieve evaluatie (biometrie, en event. bijkomende onderzoeken die wenselijk worden geacht).

Het derde patiëntencontact is dan de ingreep zelf, na informed consent (vereist voldoende bedenktijd) Het interval tussen indicatiestelling en preoperatieve evaluatie is zeer variabel.

- soms kan de preoperatieve meting gebeuren op hetzelfde moment als de indicatiestelling (dit kan vb. het geval zijn als patiënt reeds zelf de diagnose vermoedde)
- vaak is het wenselijk dat patiënt alle informatie nog eens kan laten bezinken alvorens zijn informed consent te vragen: voldoende bedenktijd is hier een signaal van 'good clinical practice'. (zeker in geval van oftalmologische comorbiditeit)

Zodra patiënt tot een ingreep beslist heeft, kan een operatiedatum worden vastgelegd, en in functie van die operatiedatum wordt dan het preoperatief bilan vastgelegd.

Het plannen van de concrete datum van de ingreep wordt in belangrijke mate bepaald door de patiënt zelf;

- Andere gezondheidsproblemen (oppuntstelling diabetes, andere ingrepen die gepland zijn)
- Familiale problemen
- Vakanties die reeds gepland zijn
- Zorg / ziekte van de partner
- Drukke agenda van de gepensioneerde patiënt, en de chauffeur van de patiënt, ...

Het tijdsinterval tussen het preoperatief onderzoek en de ingreep zelf moet rekening houden met o.a:

- voldoende tijd voor bestelling / levering door firma van lensimplant
- beschikbaarheid van anesthesist in het ziekenhuis indien sedatie gewenst is

vb. maar 1x per trimester mogelijk om ingrepen onder sedatie te plannen (organisatie binnen het ziekenhuis..)

Tot slot wil ik nog even vermelden dat de nazorg eveneens belangrijk is voor de kwaliteit van de zorg. Een oogchirurg die niet zelf minstens 1x zijn patiënten nakijkt in de eerste periode na de ingreep, en op langere termijn, heeft m.i. onvoldoende terugkoppeling van zijn resultaten...

Mijn plan van aanpak is eerst de datum van ingreep vastleggen, en dan de preop inplannen enkele weken vooraf. De wachttijd wordt dus niet weerspiegeld door het interval preop – ingreep, maar door de telefonische aanvraag voor een ingreep en de operatiedatum (dat kan echter niet in het model worden teruggevonden)

Het is niet zo dat ik elk ziekenhuis elke arts eenzelfde manier van werken heeft...

In sommige ziekenhuizen bepaalt hoofdzakelijk één arts de patiënten flow. Maar dat is zeker niet het geval voor elk ziekenhuis.

Ook dat maakt de interpretatie van het cijfer materiaal per ziekenhuis erg moeilijk.

De patiëntgebonden redenen zouden wel eens fundamenteel verschillend kunnen zijn tussen extramurale zorg en zorg in het ziekenhuis

Indien u deze opmerkingen wenst te publiceren, gelieve dit anoniem te houden.

4. H. Hart Ziekenhuis Lier

1. Interpretatie beperkingen omwille van conceptualisering die aan de basis van de resultaten liggen:

Wachttijd is het verschil tussen de datum van het 'contact raadpleging' en de datum van het eerste 'cataractcontact'.

Indien een patiënt zich aandient met een cataractprobleem en er wordt een ingreep voorgesteld waarmee de patiënt akkoord gaat, dan kunnen al de preoperatieve metingen op dezelfde dag uitgevoerd worden en de ingreep kan dan ook gepland worden op de termijn die de patiënt verkiest. In dit geval is het verschil tussen de beide data inderdaad de wachttijd, tenzij bij die patiënten die om persoonlijke redenen (verlof of beschikbaar zijn van de patiënt of zijn/haar chauffeur) de ingreep bewust vooruit schuiven.

Indien op de dag van de diagnose van het cataract de ingreep gepland wordt, maar nog een tweede consultatie tussentijds gepland wordt om de preoperatieve metingen te doen, dan geldt deze laatste datum als referentie voor de wachttijd. Bij artsen die de patiënten systematisch tussentijds een bijkomende afspraak geven voor de preoperatieve metingen, wordt een vals korte wachttijd geregistreerd. Men kan deze werkwijze uitsluiten door na te kijken of er in de periode van een 3 à 4 maanden voor de eerste cataractingreep systematisch 2 'contact raadplegingen' geregistreerd zijn bij de chirurg zelf, bij de chirurg en een andere oftalmoloog of bij een andere oftalmoloog.

2. Valide informatieve elementen in de geproduceerde set statistieken

ZT1, ZT2 en ZT2+ : het percentage zorgtrajecten met 1 of 2 of meer dan 2 ingrepen

CHI, OFT : het percentage ingrepen waar het 'contact raadpleging' bij de chirurg zelf geregistreerd is of bij een andere oogarts; dit is voor het ziekenhuis representatief voor het samenwerkingsverband met oogartsen die zelf niet verbonden zijn aan de instelling.

3. Geproduceerde trent aangaande

3.1. het globale volume aan ingrepen : aanvaardbaar beeld van de realiteit

3.2. de drie types van zorgtrajecten (ZT1 , ZT2 , ZT2+): aanvaardbaar beeld van de realiteit

3.3. de drie (vier) types van laatste contact met de voorschrijver :

Type 3 (contact met een specialist van hetzelfde ziekenhuis die de dag van de ingreep een verstrekking aan de patient geattesteerd heeft) en type 4 (GMD houdende huisarts van de patient) zijn totaal niet representatief als referentie voor 'contact raadpleging' bij een 'cataract contact'. Alleen een contact met de oftalmoloog – chirurg of een andere oftalmoloog is valabel voor dit zorgtraject.

3.4. tijdsdistributie van de wachttijden : zie opmerking onder punt 1

4. Verklaring voor P75 van 55 in Lier tov. de nationale P75 van 50

Gezien quasi al de cataract patiënten van het ziekenhuis in Lier op de dag van de diagnose van het cataract ook hun preoperatieve onderzoeken krijgen en ook de afspraak voor de ingreep, hebben we een heel laag percentage vals negatief korte wachttijd, waardoor we lichtjes boven de nationale P75 van 50 dagen eindigen

5. Verklaring voor het relatief laag aandeel voorafgaandelijke contacten met de oftalmoloog die de (eerste) ingreep uitvoert (78%).

Deze trend weerspiegelt de nauwe samenwerking van de chirurg(en) van het H. Hart Ziekenhuis Lier met verwijzende oogartsen , van wie ze de werkwijze kennen en vertrouwen . Deze verwijzende oogartsen attesteren zelf het preoperatief onderzoek.

5. Service d'ophtalmologie du CHU de Charleroi et du CHU A. Vésale

1. La méthodologie est biaisée dans notre cas car le dernier contact en consultation (que l'étude considère comme décision d'intervention) est planifié en fonction de la date opératoire. Donc, le délai ne reflète pas réellement le délais d'attente pour l'intervention.
 - Biais conceptuel fondamental difficilement éliminable
2. La cataracte n'est pas une pathologie vitale et ne présente pas une urgence thérapeutique (sauf certaines situations rarissimes). L'indication opératoire ne repose pas sur un élément objectif. Un délais d'attente court peut être perçu comme positif mais peut simplement refléter une tendance à poser une indication chirurgicale trop rapide. Le patient bien informé doit pouvoir bénéficier d'un temps de réflexion. Il me semble donc que l'analyse proposée (portant sur peu de critères : délais, personne qui pose l'indication) ne permet pas de juger de la qualité et biaise d'ailleurs totalement le concept de qualité qui pourrait en être tiré.
3. Le volume de cataracte par institution ne permet pas non plus de juger de la qualité. Il faudrait ramener l'info par chirurgien.
4. L'indication chirurgicale devrait toujours être posée par le chirurgien. Il se peut que le chirurgien ait eu un contact avec le patient en dehors de l'institution où il opère. Cette donnée est-elle bien récupérée ? La cataracte a une valeur de code INAMI très favorable comparée aux autres actes en ophtalmologie. Les chirurgiens qui ont le temps d'opérer exclusivement la cataracte n'assurent généralement pas le suivi des patients plus compliqués ou plus consommateurs de temps de prise en charge. La publication d'une telle

étude risque de renforcer la notoriété des chirurgiens « exclusifs » et de déforçer d'autres qui balancent leur activité par des suivis non rentables. Ceci pourrait mener à des différences de salaires entre ophtalmologues encore plus importantes. Il vaut parfois mieux se faire opérer par un chirurgien qui draine moins de patient mais qui peut assurer une continuité des soins plus efficace pour les patients. Nous opérons sans doute peu de cataractes en comparaison à d'autres centres mais nous assurons un suivi des patients d'une excellente qualité (prise en charge des urgences, développement des sous-secteurs moins rentables de l'ophtalmologie, ...). Il me semble que les statistiques de cette étude proposant un classement de notre institution uniquement sur base de l'activité « cataracte » ne nous soit pas du tout favorable en terme d'image.

6. CHU de Liège

1) Concernant la question posée

- a. Il n'y a pas de réel délai d'attente en Belgique pour cette chirurgie, les cas considérés comme urgents (par exemple en cas de crise de glaucome à angle fermé ou de risque) peuvent être pris en charge dans les quelques jours). Ceci étant dit, le délai apparent entre la « dernière consultation » et la « date de l'intervention » correspond autant à un vrai délai pour le patient (il faut l'insérer dans une plage opératoire) qu'à une programmation par le patient lui-même (je désire me faire opérer à telle date parce que, mes enfants sont disponibles ce jour-là pour me conduire, parce que j'ai des vacances avant, parce que je préfère me faire opérer quand les conditions météo sont meilleures, parce que c'est le moment où je ne m'occupe pas de mes petits-enfants etc...

2) Concernant la méthodologie

- a. Il aurait fallu distinguer entre vrai délai, et délai de circonstance demandé par les patients
- b. Nous ne voyons pas en quoi le fait que la population de Flandre Occidentale soit la plus âgée (pourcentage de + de 80 ans) devrait être corrélé avec un délai plus important dans la chirurgie de la cataracte :
 - i. La population de plus de 80 ans a déjà globalement été opérée depuis bien longtemps

3) Concernant les résultats

- a. La triple facturation en Flandre (>3%) essentiellement est très surprenante, on pourrait imaginer un petit taux de reprise pour des complications facturés comme cataracte, mais je pense qu'il y a probablement, comme l'indiquent les auteurs, un problème de facturation...A titre de comparaison, au CHU de Liège où un nombre non négligeable de cas sont référés par des ophtalmologues qui eux-mêmes opèrent la cataracte, le transfert s'effectuant car le cas est jugé difficile et à risque de complication, cette triple facturation est à 0%...
- b. L'interprétation d'un circuit parallèle en province de Liège pour expliquer la diminution de la chirurgie ambulatoire est fautive; l'explication est simple et tient au fait qu'il n'y avait qu'un centre actif et que son activité a diminué à cause de la diminution d'activité du chirurgien qui y travaillait (prof A Galand)
- c. Les soit disant « bons résultats » de Flandre occidentale s'expliquent par le fait qu'ils ont opéré tout ce qu'il y avait à opérer, le faible délai et la multitude de centres opératoires expliquent l'explosion des indications et la hausse croissante du nombre de cas opérés, ce n'est pas nécessairement un bien pour l'AMI, ni pour les patients.
- d. Dans le même ordre d'idée, il aurait été intéressant de voir, à l'échelle de chaque province puis à l'échelle de chaque institution, l'évolution du nombre de cas opérés depuis 2010 pour voir avec certitude d'où (géographiquement) vient cette augmentation annuelle de plus de 3% de l'activité...

Un délai de 3 mois pour la chirurgie (CHU, CHR) nous semble tout à fait raisonnable (même si, comme déjà dit, il y a aussi des délais de circonstance), et c'est ne rien connaître à la chirurgie et au contexte que de qualifier cela de mauvais résultat. Nous insistons que les cas réellement urgents peuvent être pris en charge quasi instantanément,

et la cataracte étant une pathologie qui évolue en général depuis des années (si pas des dizaines d'années), il n'y a vraiment pas de nécessité de rechercher un délai minimal mais un délai raisonnable (quelques mois, à comparer à quelques années dans certains pays de l'UE). C'est même le contraire, et un délai trop court est souvent associé à une surconsommation (et à des triples facturations...).

7. Ziekenhuis Oost Limburg

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten uw instelling vanuit theoretisch oogpunt, voldoende garanties om aanvaardbare, met de realiteit overeenstemmende resultaten te produceren?
Nee
- Indien niet, is dit ten gevolge van een fundamentele conceptuele bias en kan hieraan verholpen worden?
Zo ja, op welke wijze?
Het verband tussen een oogheelkundig contact met dezelfde arts als diegene die opereert (of met een andere oogarts) en de ingreep is moeilijk te leggen. De patiënten consulteren voor meerdere problemen en pathologieën. Ze moeten vaak nog nadenken over de ingreep of er met familie over spreken. Second opinions komen ook steeds meer voor en ook vaker de vraag van de patiënt om een zelfgekozen datum. De tijd tussen het laatste contact en de ingreep is dus niet altijd de wachttijd.
Bij cataractingrepen gaat het in bijna alle gevallen om electieve planbare ingrepen en dus speelt het begrip "wachttijd" geen duidelijke rol. Tijden zijn ook te veranderen door bv de beschikbaarheid van zaaltijd, personeel en apparatuur.
De situatie in o.a. perifere (kleinere) ziekenhuizen, meer geprivatiseerde instellingen en universitaire centra is zeer verschillend en dus kan men zich afvragen of een vergelijking met andere instellingen wel tot conclusies kan leiden.
- Of dient er een fundamenteel verschillende piste ingeslagen te worden? Zo ja, dewelke?
In plaats van een meting van de laatste afspraak bij een oogarts voorafgaand aan de ingreep kan men beter kijken naar de datum van de oogmeting voorafgaand aan de ingreep dit geeft een meer accuraat beeld van de tijd tussen planning en ingreep. De vraag blijft echter of met die "wachttijd" de toegankelijkheid van de ziekenhuizen kan worden geëvalueerd. Grootste knelpunt blijft de beschikbaarheid van de oogartsen bij de steeds meer toenemende vraag naar oogzorg.
- 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)?
iv) welke zijn de valide informatieve elementen aanwezig in de geproduceerde set statistieken en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?
De trends van de absolute aantallen, de leeftijd van de patiënten en cijfers over het aandeel van andere (mogelijk verwijzende) oogartsen leveren enige informatie op voor ziekenhuis, overheid en onszelf. Patiënten zelf kunnen uit "wachttijstatistieken" moeilijk objectieve informatie halen. Een korte wachtlijst in kan geïnterpreteerd worden als minder kwalitatief en zal tevens voor menig patiënt niet de reden zijn om te migreren vanuit een ver weg gelegen provincie met een langere wachtlijst.
- In het bijzonder,
v) Geeft de geproduceerde trend aangaande het globale volume aan ingrepen (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?
Ja, aanvaardbaar beeld aangaande het globale volume gezien ze gebaseerd is op het gebruikte nomenclatuurnummer.

- vi) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie types van zorgtrajecten (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? Ja, maar de vraag is wat hier de relevantie van is.
- vii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie (vier) types van laatste contact met de voorschrijver (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?
Niet wat betreft de tijden maar wel wat betreft de verwijzers/andere oogartsen en de absolute aantallen hiervan.
- viii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de tijdsdistributie van de wachttijden (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten?
Zie eerder commentaar
- 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?
De vaststelling dat ons ziekenhuis tov enkele omringende ziekenhuizen een duidelijk hoger aantal patiëntcontacten (voorafgaand aan een cataractingreep) kent bij andere oogartsen (dan de operateur). Mogelijkerwijs zijn wij dus een belangrijk doorverwijscentrum voor onze directe omgeving en daarbuiten.

8. St Rembertziekenhuis Torhout – West-Vlaanderen

Feedback- vraagstelling aan ziekenhuizen aangaande wachttijden cataractingrepen 2010 -2015

Zie hier de bedenkingen van het St Rembertziekenhuis Torhout - West-Vlaanderen :

Wij hebben geen opmerkingen over de aangewende methodologie.

Enkele opmerkingen / verklaringen/trends die kunnen gebruikt worden voor de analyses van de door U aangereikte cijfers.

leeftijd cataractpatiënten.

De doelgroep van 80+ : misschien is het beter hierbij de leeftijd van 70 + of 75+ te gebruiken aangezien cataract vaak bij 60 plus- patiënten voorkomt.

Het zou heel erg nuttig zijn om per opererende oogarts eens de **leeftijd van de cataractpatiënten** in kaart te brengen. Misschien kan dit ook verklaren waarom er in bepaalde regio's langere wachttijden zijn dan in andere.

activiteitsdrempel oogartsen .

Aangezien in het Vlaamse gewest 61 % 80 + is, zou je verwachten dat in het Vlaamse gewest er langere wachttijden zijn dan in de andere gewesten. Dit is niet zo.

- kan hiervoor een mogelijke verklaring gevonden worden in het procentueel aantal oogartsen en het procentueel aantal opererende oogartsen in het Vlaamse gewest tov van de andere gewesten ?

- Zijn Vlaamse cataract opererende oogartsen actiever ?

- Zijn West-Vlaamse opererende oogartsen actiever ?

-> aantal meer ingrepen per week per oogarts?

-> aantal uren operatietijd per week per oogarts ?

-> efficiëntere werking van de dienst oogziekten of van het ziekenhuis?

9. CHR Verviers

Suite à votre courriel du 24/01/2017, veuillez trouver ci-dessous les réflexions du chef de service d'ophtalmologie du CHR Verviers concernant le rapport de synthèse AIM pour les interventions de cataracte.

« Sans être un professionnel des études statistiques, la méthodologie appliquée pour déterminer le délai d'attente pour une intervention de cataracte me semble bonne, ainsi que pour déterminer la correspondance entre le prescripteur de l'intervention et l'opérateur. Par contre, je ne suis pas d'accord avec l'interprétation des résultats dans certains paragraphes.

1. L'idée que des centres liégeois pratiquent des interventions complètement hors remboursement me paraît très peu probable. Il y a je pense en région liégeoise élargie (par rapport à Bruxelles et surtout la Flandre), clairement, un moindre attrait pour la chirurgie en centre privé. Les mutuelles, média et autres comparateurs de coûts se sont bien attelés à démontrer les différences de prix entre hôpitaux et les patients font leur petite enquête de coût avant d'accepter d'être opéré dans tel ou tel institution, et a fortiori, ils évitent la chirurgie en centre privé.

2. Si les délais sont longs, c'est soit parce qu'il y a moins d'ophtalmologues, soit parce qu'on ne mise pas tout sur la cataracte (en ne libérant pas autant de plages opératoires que dans d'autres hôpitaux ou on "remplit" les programmes avec des patients "recrutés" la semaine précédente avec une petite phrase très efficace "oh mon dieu, quelle grosse cataracte, il faut vraiment qu'on l'opère rapidement" ou simplement parce qu'on privilégie le traitement d'autres pathologies oculaires potentiellement plus graves, plus urgentes ou plus invalidantes que la cataracte qui, dans la très grande majorité des cas, peut sans préjudice attendre 3 voire 6 mois.

3. Si je comprends bien la notion de TS1, le plus faible taux de ce type trajet ne comprenant l'intervention que d'un œil est tout simplement une preuve qu'on n'opère que les cataractes invalidantes: donc si un seul œil est atteint et bien on n'en n'opère qu'un. »

10.AZ Sint Blasius

- Biedt de aangewende methodologie voor de productie van de resultaten uw instelling vanuit theoretisch oogpunt, voldoende garanties om aanvaardbare, met de realiteit overeenstemmende resultaten te produceren?
NEEN: resultaat is voor ons als ziekenhuis goed, maar geeft niet de reële wachttijd voor patiënten weer
- Indien niet, is dit ten gevolge van een fundamentele conceptuele bias en kan hieraan verholpen worden?
Zo ja, op welke wijze?
JA
Verklaring van bias: nadat diagnose en indicatie tot ingreep wordt gesteld, krijgt patiënt nog afspraak voor biometrie en eventuele andere metingen.
Deze bijkomende metingen worden meestal georganiseerd in de vier weken voor de ingreep, om in aanmerking te komen voor terugbetaling ikv hospitalisatieverzekering. Dit verklaart waarom de mediaan zich nationaal onder de 30 dagen bevindt.

Mogelijk kan dit verholpen worden door ook dergelijke trajecten van consultaties te identificeren, zodat de start van dergelijk traject kan genomen worden (ipv nu het einde) om de wachttijd te berekenen.

- Of dient er een fundamenteel verschillende piste ingeslagen te worden? Zo ja, dewelke?
- 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,
 - v) welke zijn deze te hanteren interpretatiebeperkingen en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?
 - vi) welke zijn de valide informatieve elementen aanwezig in de geproduceerde set statistieken en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?
- In het bijzonder,
 - ix) Geeft de geproduceerde trend aangaande het globale volume aan ingrepen (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **JA**
 - x) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie types van zorgtrajecten (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **JA**
 - xi) Geeft de geproduceerde trend aangaande de drie (vier) types van laatste contact met de voorschrijver (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **JA**
 - xii) Geeft de geproduceerde trend aangaande de tijdsdistributie van de wachttijden (nationaal, uw provincie, uw instelling) een aanvaardbaar beeld van de realiteit? Zo niet, waar zijn de verbeterpunten? **NEEN** cfr supra
- 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?

11.CHR Namur

Ce courriel fait suite à votre document relatif aux « délais d'attente pour les interventions de cataracte »

Après discussion en interne avec le Médecin-chef de service d'ophtalmologie, vous trouverez plusieurs remarques d'ordre soit général, soit spécifique.

Remarques générales :

S'agissant du titre, ne faudrait-il pas plutôt parler de délais d'attente pour extraction de cristallin ?

En effet, comme vous le précisez, il s'agit de code INAMI d'extraction de cristallin et non de code de diagnostic de cataracte.(cfr infra)

S'agissant de la méthode :

-le calcul du délai d'attente ne tient pas compte d'éventuelles consultations antérieures au contact retenu comme étant « prescripteur », pour mise au point spécifique. Cela ne pourrait-il pas biaiser l'analyse des délais tel que calculé dès lors que les pratiques pourraient diverger en institutions et /ou prestataires?

-si l'intervention pour cataracte est la même quel qu'en soit le motif, le délai d'intervention ne pourrait-il dépendre de l'étiologie de celle-ci?

-est-il tenu compte du fait que l'extraction du cristallin n'est pas nécessairement réalisée pour cataracte d'une part (comme déjà dit plus haut) mais que d'autre part cette extraction peut aussi accompagner d'autres gestes chirurgicaux ophtalmologique comme par exemple décollement de rétine ou greffe de cornée

-qu'en est-il des transferts entre institutions en cours de traitement ?

-ne faudrait-il pas standardiser pour l'âge à défaut de pouvoir le faire pour la comorbidité. En effet le délai ne pourrait-il aussi en dépendre ?

-ne serait-il pas intéressant de connaître les délais entre ts1 et ts2?

-le facteur socio-économique ne peut-il intervenir ?

S'agissant des conclusions :

-on ne peut qu'encourager d'effectivement investiguer davantage s'agissant d'hypothèses qui soit reposent sur un nombre restreint d'observations (2° alinéa), soit sur des chiffres non standardisés (4°alinéa)

Remarques spécifiques :

S'agissant de l'institution, compte tenu de la méthode et des remarques exprimées, on ne peut que constater la relative « bonne » position de celle-ci tant par rapport à la province, que par rapport à la région. Mais à défaut de mesure spécifique en la matière en interne d'une part et de l'élimination des éventuels biais tels que précités, il est difficile d'en dire davantage à ce propos qui ne serait subjectif.

12. AZ Delta – Roeselare en campus Menen –

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

Zeer zeker. Op een ‘verfrissend eenvoudige’ manier – koppeling laatste voorafgaande raadpleging met de ingreep - slaagt dit rapport erin om de wachttijden bij cataractingrepen in kaart te brengen. Het biedt perspectief om deze zelfde methodiek aan te wenden voor de berekening van wachttijden van andere electieve procedures.

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, welke zijn deze te hanteren interpretatiebeperkingen en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)? welke zijn de valide informatieve elementen aanwezig in de geproduceerde set statistieken en voor wie (ziekenhuis, overheid, patiënt)?

- De evolutie van het aantal cataractingrepen, het ‘marktaandeel’ en bij uitstek de erin aanwezige wachttijd zijn zeer informatief.
- Het feit dat behalve over ons ziekenhuis, ook over andere ziekenhuizen wordt gerapporteerd is een belangrijke meerwaarde: benchmark.
- De gerapporteerde data zijn ‘productiedata’ en zeggen veel over de toegankelijkheid van onze ziekenhuizen. Dit is waardenvol maar zegt uiteraard niets over de ‘kwaliteit van de verstrekte zorgen’: zgn. patient outcomes.
- Het is zeer waardenvol om data als deze aan te wenden om bijvoorbeeld ook patiënten (voorafgaand) te informeren (belang van maatschappelijke verantwoording). Het is wel belangrijk dat de data in de juiste context worden geplaatst. Ook moet het i.b. naar patiënten eenvoudiger kunnen worden gebracht, visueel aantrekkelijk en beperkt tot de kern van de zaak.

13 AZ Sint Lucas Brugge

Wij hebben de doorgestuurde documenten m.b.t. de registratie van wachttijden m.b.t. cataractingrepen doorgenomen en zijn van mening dat de gehanteerde methode redelijk betrouwbaar lijkt bij ons. Meestal is het laatste contact voor de ingreep ook de datum waarop deze ingreep werd gepland. Een uitzondering zijn patiënten die aan beide ogen cataract hebben en bij wie de beide ingrepen worden vastgelegd. Maar dit is ook opgenomen in de methodologie, met name door dergelijke gevallen als 1 zorgtraject te beschouwen.