

Helpt verkeersslachtoffers komt niet in statistieken

Koppeling ziekenhuis- en politieregistratie noodzakelijk **STATISTIEK**

JOHAN DE MOL (INSTITUUT DUURZAME MOBILITEIT, UGENT) EN PASCAL LAMMAR (STEUNPUNT VERKEERSVEILIGHEID, VUB)

Accurate, kwalitatieve en tijdige statistieken zijn onontbeerlijk voor een doordacht verkeersveiligheidsbeleid. Nochtans zijn ze veelal niet voorhanden. Daarom wordt soms voorgesteld om de cijfers van de politieregistratie te verbeteren. Studies tonen echter aan dat die registratie niet volstaat omdat veel ongevallen niet of onvolledig geregistreerd worden. Een koppeling van de ziekenhuisregistratie met de politieregistratie kan dat euvel deels verhelpen.

Kwalitatieve verkeersstatistieken zijn nodig om een beleidsstrategie uit te werken die rekening houdt met de soorten ongevallen, de omstandigheden waarin ze gebeuren, en de aard en de ernst van de letsels. Dat niet elk slachtoffer in de statistieken is opgenomen, is van ondergeschikt belang. Waar het om gaat is dat de statistieken op zijn minst representatief moeten zijn. Daarnaast zijn correctheid, relevantie, resolutie, nauwkeurigheid, tijdigheid, continuïteit, flexibiliteit en koppelbaarheid even belangrijke elementen die de bruikbaarheid van het cijfermateriaal bepalen.

¹ In Verkeersspecialist werd daar al uitvoerig over bericht. In Verkeersspecialist nr. 56 werd het algemene probleem van de onderregistratie van verkeersdoden en -gewonden belicht (zie J. De Mol, "Is het statistische materiaal even onveilig als het verkeer?", februari 1999, p. 7-12); in Verkeersspecialist nr. 57 werden op basis van een bevraging van 6.700 eerste kandidatuurstudenten (UGent) aangetoond dat bij politieregistratie een groot deel van de zwaargewonden nooit werden geregistreerd, laat staan in de statistieken opgenomen (J. De Mol, "Slechts het topje van de ijsberg (verkeersonveiligheid in statistieken)", maart 1999, p. 7-12; in Verkeersspecialist 87 werd een mogelijkheid tot vervolledigen van de politieregistratie via het koppelen van de politieregistratie met de ziekenhuisregistratie, beschreven (J. De Mol, "Opteren voor OPTIMA, Betrouwbaar registratiesysteem voor verkeersslachtoffers", april 2002, blz. 5-8); in Verkeersspecialist 104 werd de problematiek van de politieregistratie en de classificaties van gewonden beschreven.

² P.H. POLAK, Hoe groot zijn de 'werkelijke' aantallen verkeersslachtoffers, Leidschendam, 1995, SWOV R-95-15, 19 p.

■ ONDERREGISTRATIE BIJ POLITIE

Uit een onderzoek¹ uitgevoerd door de Universiteit Gent, bleek dat er een erg grote onderrapportering is bij verkeersongevallen met jongeren. De registratiegraad van ongevallen met jongeren die te voet gaan of fietsen, is zelfs zo laag dat de bruikbaarheid voor het beleid minstens kritisch moet worden benaderd.

Uit een enquête bij 6.700 eerstekandidatuurstudenten in 1998 bleek dat de politie/rijkswacht 76 % van de ongevallen niet registreert. Bij ongevallen met zachte weggebruikers komt de politie/rijkswacht slechts in 12 % van de gevallen ter plaatse. Bij auto-ongevallen is dat in 41 % van de gevallen. Ook bij ongevallen met gewonden is de registratiegraad erg laag: 74 % van de ongevallen met gewonden worden niet geregistreerd door politie/rijkswacht. Bij zwaargewonden (= meer dan 24 uur in het ziekenhuis) gebeurt er in 37 % geen registratie door politie/rijkswacht.

Deze cijfers geven aan dat de politieregistratie — ook al wordt ze doelmatiger (eenmalige vatting) en worden de cijfers vlugger ter beschikking gesteld — absoluut niet volstaat om er het verkeersveiligheidsbeleid op te bouwen. Bovendien hebben we in België geen enkel referentiepunt om de cijfers van de politieregistratie te vergelijken met het werkelijke aantal verkeersgewonden. In andere landen die wel een referentiepunt hebben, 'verhogen' de cijfers van de politieregistratie. De meest geavanceerde methodiek wordt in Zweden toegepast: STRADA (Swedish Traffic Accident Data Acquisition), een koppelingssysteem tussen politieregistratie en ziekenhuisregistratie. In Zweden — met een huidige dekkingsgraad van de ziekenhuisregistratie van 50 % van het grondgebied — betekenen de cijfers van de politieregistratie slechts 50 % van de ziekenhuisregistratie. Voor elke door de politie geregistreerde gewonde zijn er in feite twee gewonde verkeersslachtoffers.

³ Impact van de verkeersonveiligheid en -onleefbaarheid. Objectieve en subjectieve verkeersonveiligheid opdrachtgever DWTC (1997-1998); J. De Mol, "Impact van de verkeersonveiligheid en -onleefbaarheid. Objectieve verkeersonveiligheid. Eindrapport", Gent, Centrum voor Duurzame Ontwikkeling, RUG, januari 1999, 218 p.; J. De Mol, "Beleidsaanbevelingen", in Verkeersspecialist, nr. 58, april 1999, p. 20-21.

E-CODES IN ZIEKENHUIZEN

Ziekenhuisbestanden bevatten veel informatie die nuttig kan zijn voor het verkeersveiligheidsbeleid. De bestanden kunnen onder meer gebruikt worden om een beeld te krijgen van de onderregistratie van het aantal ernstig gewonde verkeersslachtoffers in België. Er is sprake van een ernstig gewond verkeersslachtoffer bij een ziekenhuisopname van langer dan 24 uur. Daarom kan men gebruikmaken van de ziekenhuisopnamegegevens of Minimale Klinische Gegevens (MKG)⁴. Die MKG vormen een registratiesysteem in alle algemene ziekenhuizen in België, waarbij een set van standaardgegevens geregistreerd wordt voor alle ziekenhuisopnames. Binnen dit systeem gebruikt men de International Classification of Diseases (ICD), een universeel aanvaard coderingskader voor ziekten, letsels en doodsoorzaken. Deze classificatie maakt het mogelijk om de oorzaken van letsel(s) te typeren (met E-codes in het ICD-9-systeem en met V-codes in ICD-10, ook wel externe oorzaken van letsels en vergiftiging genoemd). In de meeste Belgische ziekenhuizen werkt men nog met de ICD-9-classificatie voor ziekten en letsels. Uit de MKG's kan het aantal verkeersslachtoffers geselecteerd worden via de E-codes die betrekking hebben op een verkeersongeval: de codes E810-819 slaan op verkeersongevallen met motorvoertuigen⁵, de codes E826-829 op ongevallen met andere wegvoertuigen⁶.

CASESTUDIE

Om een beeld te krijgen van de onderregistratie in België werd een casestudie uitgewerkt⁷. Voor twee regio's werden de gegevens van het aantal ernstig gewonde verkeersslachtoffers van twee ziekenhuizen (AZ Sint-Dimpna in Geel en AZ Sint-Jozef in Turnhout) vergeleken met de officiële NIS-gegevens.

Om na te gaan hoeveel verkeersslachtoffers er op basis van de NIS-cijfers in een bepaald ziekenhuis behandeld zouden moeten zijn, werd gebruikgemaakt van een verdeelsleutel van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Die houdt rekening met de herkomst van de patiënten in een ziekenhuis en de invloedssfeer van dat ziekenhuis, m.a.w. met de gemeenten uit de omgeving van Geel en Turnhout die patiënten aanleveren aan het ziekenhuis⁸.

De registratiegraad per ziekenhuis werd berekend met de volgende formule:

$$\text{Registratiegraad } R(\%) = \frac{SG}{SW} \times 100$$

SG = aantal geregistreerde verkeersslachtoffers (NIS)

SW = werkelijk aantal verkeersslachtoffers (ziekenhuis)

De registratiegraad werd vervolgens berekend volgens drie scenario's, aangezien de categorie E826-829 slachtoffers van ongevallen

Studieregio	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Regio Geel	50,1%	51,5%	56,5%
Regio Turnhout	44,0%	45,0%	51,2%

Tabel 1: Berekende registratiegraad in de regio's Geel en Turnhout voor de periode 2000-2003 voor de drie scenario's. Scenario 1= E810-819 en E826-829 zijn verkeersslachtoffers; scenario 2= E810-819 en 95% van E826-829 zijn verkeersslachtoffers; scenario 3= E810-819 en 68% van E826-829 zijn verkeersslachtoffers.

met wegvoertuigen omvat, die niet noodzakelijk op de openbare weg gebeurden en dus niet per se verkeersslachtoffers betreffen. In het eerste scenario werd de categorie E826-829 volledig als verkeersslachtoffers beschouwd, in het tweede scenario werd 95 % van de slachtoffers binnen categorie E826-829 als verkeersslachtoffer beschouwd, in het derde scenario werd 68 % van de slachtoffers binnen categorie E826-829. Daarnaast wordt in elk scenario uiteraard ook rekening gehouden met de categorie E810-E819 (verkeersongevallen met motorvoertuigen). Deze scenario's zijn gebaseerd op internationale studies⁹.

Voor de regio Geel werd een registratiegraad berekend tussen 50 % en 57 %, afhankelijk van het scenario, voor de periode 2000-2003. In de regio Turnhout verkreeg men voor dezelfde periode een registratiegraad tussen 44 % en 51 % (zie tabel 1). De hogere registratiegraad in de regio Geel in vergelijking met die in Turnhout kan waarschijnlijk grotendeels verklaard worden door de hogere registratiegraad in het jaar 2000, die de uitkomst van de andere jaren vertekent. Als de registratiegraad voor de regio Geel enkel berekend wordt voor de periode 2001-2003, schommelt ze tussen 46 % en 51 %, afhankelijk van het scenario. Deze cijfers liggen sterk in de lijn van

die in de regio Turnhout.

Uit de berekeningen voor de regio's Geel en Turnhout blijkt dat slechts 44 % tot 57 % van het aantal ernstig gewonde verkeersslachtoffers daadwerkelijk geregistreerd wordt in de officiële verkeersongevallenstatistiek. Deze cijfers liggen iets lager dan wat over het algemeen in de internationale literatuur wordt teruggevonden, met een registratiegraad rond 60 %¹⁰.

Als slachtoffers verdeeld worden naar vervoerswijze, blijkt het aandeel fietsers aanzienlijk hoger binnen het ziekenhuisbestand dan binnen het NIS-bestand voor de regio's Geel en Turnhout samen (zie tabel 2). Het aandeel auto-inzittenden ligt procentueel aanzienlijk lager maar in absolute aantallen is er weinig verschil, terwijl voetgangers, bromfietzers en motorrijders een groter deel innemen van het ziekenhuisbestand. Het aandeel van de verschillende vervoerswijzen lijkt sterk op die van het koppelingsbestand in Neder-

⁹ P.H. Polak, *De aantallen in ziekenhuizen opgenomen verkeersgewonden, 1985-1997*. SWOV-rapport R-2000-26, Leidschendam, Nederland: SWOV, 2001; J.D. Langley, N. Dow, S. Stephenson en K. Kypri, *Missing cyclists*. *Inj Prev*, 2003, 9(4), pp. 376-379.

¹⁰ A.M. Ferrante, D.L. Rosman, M.W. Knuiman, *The construction of a road injury database*. *Accid Anal Prev*, 1993, 25(6), pp. 659-665; D.L. Rosman, *The Western Australian Road Injury Database (1987-1996): ten years of linked police, hospital and death records of road crashes and injuries*. *Accid Anal Prev*, 2001, 33(1), pp. 81-88; P.C. Cryer, S. Westrup, A.C. Cook, V. Ashwell, P. Bridger, C. Clarke, *Investigation of bias after data linkage of hospital admissions data to police road traffic crash reports*. *Inj Prev*, 2001, 7(3), pp. 234-241; P.H. Polak, A. Blokpoel, *Schatting van de werkelijke omvang van de verkeersonveiligheid 1997*. Methodiek en resultaten voor ziekenhuisopnamen. SWOV-rapport R-98-51. Leidschendam, Nederland: SWOV, 1998.

¹¹ C.C. Schoon, M. Schreuders, *De verkeersonveiligheid in Nederland tot en met 2003*, R-2005-15, SWOV, Leidschendam, 2006.

⁴ P. Lammar, L. Hens, *Onderzoek naar het gebruik van ziekenhuisgegevens: Minimale Klinische Gegevens*. Steunpunt Verkeersveiligheid, 2004, RA-2004-20.

⁵ Behalve E817: verkeersongeval met een motorvoertuig tijdens het in- en uitstappen.

⁶ Behalve E828: ongeval met een bereden dier.

⁷ P. Lammar, *Casestudies onderregistratie van ernstig gewonde verkeersslachtoffers. Officiële ongevallengegevens versus ziekenhuisgegevens, 2006, RA-2006-B3*.

⁸ FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, *marktaandeel klas-sieke verblijven 2000-2003*, www.health.fgov.be.

land¹⁴. Voor deze statistieken is het cruciaal dat de E-codering zo precies mogelijk gebeurt. Te vaak wordt immers de meest vage code voor verkeersongevallen ingevuld: E819.9, die staat voor een niet-gespecificeerd verkeersongeval met een motorvoertuig met een niet-gespecificeerde persoon als slachtoffer. Dat bemoeilijkt natuurlijk de opdeling naar vervoerswijze.

De officiële statistieken onderschatten niet alleen het aantal verkeersslachtoffers, maar vertekenen ook de werkelijkheid, wat een belangrijke beleidsimpact kan hebben.

■ ZIEKENHUISREGISTRATIE KAN BETER

Om de gegevens van MKG te kunnen vergelijken en koppelen met de gegevens van de politieregistratie, is de kwaliteit van zowel politieregistratie als van MKG erg belangrijk. Om de politieregistratie te verbeteren werd in het onderzoeksproject AGORA een voorstel geformuleerd¹⁵. Via de zogenaamde eenmalige vassing worden de ongevalgegevens automatisch uit het proces-verbaal gehaald. Hierdoor moet het statistische formulier niet meer apart ingevuld worden en komen de data uit een document (het proces-verbaal) dat moet beantwoorden aan een aantal objectiviteitscriteria.

Om een koppeling van de verbeterde politieregistratie met de ziekenhuisregistratie succesrijk te maken, moet ook de ziekenhuisregistratie gemonitord worden. In het onderzoek OPTIMA¹⁶ (oktober 2004) werd naar de sterkten en zwakten van de huidige ziekenhuisregistratie gepeild. Daarbij werd de wijze van registratie in het ziekenhuis bevestigd, evenals de gebruikte registratieformulieren. Er werkten 16 Belgische ziekenhuizen mee, gekozen op basis van geografische spreiding, de grootte van de spoedafdeling en de opdeling tussen openbare en private ziekenhuizen.

Voor de meeste verkeersongevallen is de spoedopname het eerste informatiepunt in een ziekenhuis. In 11 van de 16 ziekenhuizen gebeurde registratie via een papieren formulier (daarna volgt meestal wel een elektronische registratie) waarbij de E- of V-codes niet op de spoed werden ingevuld. Een andere vaststelling is dat bij een spoedopname, op het administratieve vlak, de (latere) facturatie prioritair is bij de eerste administratie. Zo zal bij een 'arbeidsongeval op de openbare weg' het kenmerk 'arbeidsongeval' voorrang krijgen op het kenmerk 'ongeval op de openbare weg'. Daardoor gaat er kostbare informatie verloren. Als de spoedopname niet aangeeft dat het ongeval op de openbare weg gebeurd is, heeft men bij de latere MKG-registratie onvoldoende informatie om de E-codes correct toe te wijzen.

Momenteel is de codering op spoed beperkt en wordt de diagnose en de behandeling 'beschreven'. In een belangrijk aantal ziekenhuizen wordt de MKG-registratie van ambulante patiënten op spoed, niet vermeld. Dit is eigenaardig aangezien de MKG ook voor ambulante patiënten verplicht is en de honorering van het ziekenhuis hiervan afhangt.

In één ziekenhuis vormt de spoedopname het eerste referentiepunt; de data worden echter maar volledig indien de MKG-code-

	Ziekenhuisbestand		NIS-bestand	
	%	Aantal	%	Aantal
Auto-inzittende	25,4 %	337	52,7 %	336
Bromfiets/motorrijder	22,5 %	298	19,0 %	121
Fietser	43,4 %	575	17,7 %	113
Voetganger	7,3 %	96	4,8 %	31
Andere gespecificeerde persoon	1,4 %	19	5,8 %	37
Totaal	100%	1325	100%	638

Tabel 2: Percentage en absolute aantallen vervoerswijze ziekenhuisbestand (AZ Sint-Jozef (Turnhout) + AZ Sint-Dimpna (Geel)) versus NIS-bestand (regio Geel-Turnhout) voor de periode 2000-2003.

ring wordt aangevuld in de verschillende specialismen waar de patiënten worden behandeld. Dit is verre van een vast gebruik in ziekenhuizen. Meestal moet de MKG-registratie deze gegevens uit het medische dossier of uit de ontslagbrief halen, omdat ze niet ingevuld worden door de specialismen. In een beperkt aantal ziekenhuizen wordt de ICD-9-code wel per specialisme ingevuld. In de meeste ziekenhuizen is de MKG-dienst verplicht om de specialismen opnieuw te contacteren en via bijkomende vragen, een correcte MKG-registratie te geven. Een bewijs dat verbeterde ziekenhuisprocedures — aanduiding coderingen en automatiseringen — de kwaliteit van MKG enorm kunnen verbeteren.

De procedures verbeteren en de specialismen responsabiliseren, moet samengaan met een degelijke informatiecampaignede over het belang van een goede codering voor MKG én de verkeersveiligheid. Opvallend is dat veel van de ziekenhuizen de E-codes als te moeilijk, overbodig en zeker niet als behorend tot de medische taak ervaren. Bijna overal wordt de E-code dan ook aangebracht door de verantwoorde-

lijke van MKG, maar aangezien die veelal uit het medische dossier en/of de ontslagbrief gehaald moet worden, is dit een moeilijke en omslachtige opdracht.

Twee ziekenhuizen tonen nochtans aan dat het mogelijk is. Zij gebruiken hiervoor de nieuwe ICD-10-codering, waarbij de E-codes vervangen zijn door V-codes. De verantwoordelijken van de ziekenhuizen vinden ze eenvoudiger. Het gebruiksgemak heeft vermoedelijk te maken met het feit dat in het gebruikte softwarepakket een aanvullende classificatiemodule (ICECI: International Classification of External Causes of Injuries) is verrat.

De meeste ziekenhuizen zijn vragende partij om de data op de specialismen te automatiseren. Dit vereenvoudigt niet alleen de taak van MKG maar maakt kwaliteitsbewaking van de data veel efficiënter. De organisatie, de bereidheid van alle actoren en een degelijke kwaliteitsbewaking zijn dus minimale voorwaarden voor het verbeteren van de MKG. Verbeterde en inhoudelijk aangevulde MKG vormt een ideale vertrekbasis om de ziekenhuisregistratie te verbinden met de politieregistratie.

■ COMMUNICATIE ZIEKENHUIS-POLITIE-PARKET

Uit de bevraging van de ziekenhuizen blijkt dat de communicatie tussen ziekenhuis, politie en parket niet structureel is georganiseerd. In enkele gevallen is er een protocol tussen het ziekenhuis

¹⁴ S. KINET et al. *Exploitatie van gegevens inzake verkeersveiligheid, Eindrapport – maart 2004*. Opdrachtgever: Federaal Wetenschapsbeleid (onderzoeksovereenkomst AG/F1/054), Brussel, 03 2004, 101 p. + 16 bijlagen.

¹⁵ *Optimalisatie van de verkeersongevallenstatistieken (CP/02/392 en CP/02/391)*, Gent, oktober 2004, Johan De Mol (UGENT) en Sofie Boets (BIVV), Eindrapport, 134 p.

en de politie en gerechtelijke diensten, maar meestal is er niet meer dan een ad-hocbenadering. Dit veroorzaakt veel wroeging, tijd- en dataverlies. Het getuigt echter niet van efficiëntie als de politie elke keer de data moet opvragen.

Daarom zouden er op korte termijn type protocollen tussen politie-parket en ziekenhuizen moeten worden opgemaakt, waarbij de automatische verstrekking van data, de leidraad zou moeten zijn. Op iets langere termijn zou dat tot een automatische data-uitwisseling tussen politie-parket en hospitaal moeten leiden.

In 15 op 16 ziekenhuizen bestaat geen echt protocol met politie/justitie. Toch vinden 7 van die 15 ziekenhuizen een protocol wenselijk. Hoewel hiermee niet alle vragen en specifieke dossiers te regelen zijn, zou dit al een enorme stap vooruit zijn.

■ MEDISCH GEHEIM

Voor ziekenhuizen is het medische geheim absoluut en belangrijker dan het maatschappelijke belang. De meeste ziekenhuizen stellen zelfs dat enkel de onderzoeksrechter formeel gegevens uit het medische dossier kan opeisen. Soms geven dokters en verpleegkundigen voorrang aan het maatschappelijke belang. Er blijft dus nog een grote grijze zone. Interviews leren dat heel wat ziekenhuizen pleiten voor een eenvormige regeling en een protocol met justitie.

Ook de problematiek dat de patiënt als dader in beeld kan komen, werd bevraagd. De patiënt kan bijv. een ongeval veroorzaakt hebben waar vluchtmisdrif, alcohol, drugs, geneesmiddelen of verkeersagressie als bezwarende factoren kunnen gelden. In de meeste hospitalen houdt men zich aan de regel dat enkel het welzijn van de patiënt geldt en dat bloedcontroles enkel gebeuren in functie van het welzijn (lees: behandeling) van de patiënt. Enkel de onderzoeksrechter kan via een wetsdokter deze gegevens opvragen.

Gelet op de richtlijnen van de procureurs waarbij de politie bij elk verkeersongeval een ademtest moet afnemen van het slachtoffer en eventueel de tweede partij, kan een gewonde 'dader' (bv vluchtmisdrif) door het ontbreken van een systematische bloedcontrole in het ziekenhuis, een alcoholcontrole ontlopen. Slechts in enkele ziekenhuizen gebeurt een systematische bloedcontrole bij verkeersongevallen; voorwaarde is meestal dat er een derde partij is betrokken.

Als ziekenhuizen bij verkeersongevallen systematisch een bloedcontrole zouden uitvoeren, anonimiseren en daarna opslaan in een elektronisch bestand, zou België eindelijk kunnen beschikken over in de tijd vergelijkbare cijfers over de aanwezigheid van alcohol-, verdovende middelen en medicijnen bij verkeersongevallen met gewonden. Ziekenhuizen geven over het algemeen die info momenteel niet door aan politie/justitie, tenzij een onderzoeksrechter dit opeist. Officieel worden de burgerlijke partijen nooit (of heel uitzonderlijk) ingelicht.

■ CONCLUSIES

Een verkeersbeleid dat enkel steunt op de politieregistratie van

ongevallen, is niet alleen onvolledig in absolute cijfers maar omtebeert ook data over de aard van het ongeval. Bovendien zijn bepaalde leeftijdsgroepen (jongeren) en sommige verkeersdeelnemers (fietsers, voetgangers en bromfietzers) ondervertegenwoordigd. De cijfers van twee casestudies waarbij data van politie en ziekenhuizen vergeleken werden, zijn onthutsend: slechts 44 % tot 57 % van het aantal ernstig gewonde verkeersslachtoffers wordt daadwerkelijk geregistreerd in de officiële verkeersongevallenstatistieken. Het gaat hier enkel om ernstig gewonde verkeersslachtoffers en niet om licht gewonde verkeersslachtoffers (ambulante patiënten in ziekenhuizen en patiënten verzorgd door een huisarts).

Ziekenhuizen noteren meer dan 5 maal zoveel slachtoffers bij fietsers, 3 maal zoveel bij de voetgangers en meer dan twee maal zoveel bij de bromfietzers/motorrijders.

Om de registratiegraad in de toekomst makkelijker te bepalen en verder op punt te stellen, moet men zicht krijgen op de misclassificatie door de politie (het aandeel lichte gewonde verkeersslachtoffers dat verkeerdelijk als ernstig gewonden wordt geclassificeerd en omgekeerd) en op het aandeel verkeersslachtoffers binnen de categorie 'ongevallen met overige wegvoertuigen' (E826-829) van de MKG. Koppeling van ongevalldata van politie en ziekenhuizen kan de representativiteit, correctheid, relevantie, resolutie, nauwkeurigheid, tijdigheid, continuïteit en flexibiliteit verzekeren. De maatschappelijke kost van ongevallen — inzonderheid de verplegingskosten — zou veel correcter bepaald kunnen worden.

Hierbij is het echter nodig om een aantal drempels binnen de ziekenhuisregistratie weg te nemen. De huidige MKG-registratie vormt een degelijke basis, maar ze moet wel opgebouwd worden vanaf de spoedopname en de coderingen moeten in elk specialisme worden aangevuld. De codering automatiseren vormt daarbij een noodzakelijke tool. De ziekenhuizen moeten trouwens werken aan een uniforme en betrouwbare codering van de externe oorzaak en de aard van het letsel. Ofwel wordt het ziekenhuispersoneel hiertoe voldoende gemotiveerd of wordt iemand op de spoedgevallendienst aangesteld om de specifieke patiëntgegevens te verzamelen. Een goede MKG-registratie biedt immers een uitstekend instrument om de onderregistratie van de ernstig gewonde verkeersslachtoffers op Belgisch niveau in beeld te brengen en op te volgen.

De samenwerking/communicatie tussen ziekenhuis en politie/gerecht verloopt zeer stroef. Een protocol waarin de samenwerking wordt vastgelegd, is noodzakelijk. Ideaal zou de dataoverdracht automatisch — met aandacht voor de medische en gerechtelijke geheimhoudingsplicht — moeten gebeuren.

Het welzijn van de patiënten (medisch geheim) moet tegenover de rechten van slachtoffers (maatschappelijk belang) worden afgewogen. Daarbij kan het systematisch afnemen van een bloedtest — alcohol, drugs, medicatie — en het automatiseren van deze data — na anonimisering — een belangrijke input voor het verkeersveiligheidsbeleid betekenen.

SAMENVATTING

Ziekenhuizen tellen meer verkeersslachtoffers dan de politie. Langs de andere kant zijn ziekenhuisstatistieken minder precies. Er bestaat geen koppeling van de statistieken. Zo blijft onderregistratie bestaan en steunt het verkeersbeleid op drijfzand.

Trefwoorden: ongeval, politie, slachtoffer, statistiek, ziekenhuis.