

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

ACTIVITEITENRAPPORT VAN DE COLLEGES VAN GENEESHEREN

2002-2003



Inleiding

De Colleges van geneesheren werden in 1999 bij Koninklijk Besluit opgericht, als een van de toepassingsmodaliteiten van art. 15 van de wet op de ziekenhuizen, betreffende de kwaliteit van de zorg.

Dit rapport heeft tot doel verslag uit te brengen over hun activiteiten tijdens de periode 2002-2003. De coördinatie van de redactie gebeurde door de Dienst Algemene ziekenhuizen en kwaliteit van de zorg binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Dit document is als volgt samengesteld:

- Hoofdstuk 1: stelt de gemeenschappelijke algemene aspecten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren voor, een synthese van hun voornaamste activiteiten tijdens de beschouwde periode, en een SWOT-analyse voor elk College;
- Hoofdstuk 2: beschrijft de uitdagingen waarmee de verschillende ziekenhuisactiviteiten waarvoor de Colleges bevoegd zijn, geconfronteerd zijn, met een SWOT-analyse voor elke activiteitensector;
- Hoofdstuk 3: uittreksels uit de activiteitenrapporten van de Colleges;
- Hoofdstuk 4: financiële balans;
- Hoofdstuk 5: wettelijk kader.

Laten wij als algemene inleiding tot de problematiek van de Colleges van geneesheren herinneren aan de SWOT-tabel (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) die terzake werd opgemaakt naar aanleiding van het symposium “Kwaliteit van de zorg” van de ISQUA (Parijs, november 2002) :

SWOT kwaliteit

Strengths	Opportunities
<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitscultuur in opmars <ul style="list-style-type: none"> - responsabilisering - inter- en multidisciplinariteit - toenemende productie <ul style="list-style-type: none"> - eigen databanken - benchmark, win win 	<ul style="list-style-type: none"> - verbetering van de kwaliteit <ul style="list-style-type: none"> - EBM, accreditering - internationale vergelijkingen - nieuwe technologieën <ul style="list-style-type: none"> - zorgtrajecten
Weaknesses	Threats
<ul style="list-style-type: none"> - investering tijd, kosten - blijvend isolement <ul style="list-style-type: none"> - kritische massa niet bereikt - weinig betrokkenheid van de beheerders - zichtbaarheid van de activiteit en de resultaten ? 	<ul style="list-style-type: none"> - continuïteit : moeheid - budgettaire beperkingen - « geheime » agenda ? <ul style="list-style-type: none"> - van de beroepsbeoefenaars - van de beleidsmakers - van andere partners

**Colleges van geneesheren: vooruitzichten en
uitdagingen 2003-2004**

Colleges van geneesheren : vooruitzichten en uitdagingen 2003-2004

De Colleges van geneesheren werden in 1999 in 9 domeinen van de ziekenhuisactiviteit opgericht met als doel de kwaliteit te bevorderen in hun respectieve specialismen (cf. KB van 15/2/99):

- het in consensus opstellen van kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria inzake goede medische praktijkvoering;
- het uitwerken van een geïnformatiseerd registratiemodel en een typerapport;
- het eventueel afleggen van visitaties en het uitvoeren van controles van de geregistreerde gegevens;
- het opstellen van een nationaal jaarrapport ter attentie van de overkoepelende werkgroep van de overlegstructuur;
- het terugkoppelen van de gegevens naar de betrokken ziekenhuizen en geneesheren.

De benoeming van de leden van de Colleges was in het algemeen gebaseerd op het advies van de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van de betrokken disciplines. Dit legitimeerde de Colleges in principe zowel op wetenschappelijk als op corporatistisch vlak en stelde ze beter in staat om een tussenschakel te zijn tussen de overheid en het werkveld. Sommige Colleges van geneesheren werden aangevuld met werkgroepen, die meer specifiek gericht zijn op paramedische activiteiten: dat is het geval voor de Franstalige en Nederlandstalige verpleegkundigen in de nefrologie, en voor de fysici in de radiotherapie.

In verschillende van de betrokken domeinen was de oprichting van het College van geneesheren reeds voorafgegaan door een activiteit van gegevensinzameling en een aanzet tot evaluatie van de activiteit van de sector. Dit gebeurde vanuit een commissie of een *peer review*-groep, ontstaan uit een wetenschappelijke vereniging of beroepsvereniging. Reeds bij hun installatie werd de Colleges op soepele wijze een methodologische oriëntering voorgesteld. Deze is gebaseerd op de kwaliteitscyclus « Plan-Do-Check-Act », gekoppeld aan een systematische gegevensinzameling om alle fases van de kwaliteitscyclus te doorlopen.

Die fases werden grosso modo volgens een zelfde stramien door alle Colleges doorlopen, overeenkomstig de hen toevertrouwde opdrachten, met meer of minder accent op deze of gene opdracht naargelang van de gevoeligheden en de omstandigheden:

- vaststellen van een werkwijze (met goedkeuring van een huishoudelijk reglement);
- bepalen van een strategie en keuze van een of meer werkthema's;
- bepalen van kwaliteitsindicatoren gebaseerd op de middelen, de processen of de resultaten van de activiteit in de ziekenhuizen;
- verstrekken van feedback, eventueel met aanbevelingen of guidelines voor het werkveld;

- bevorderen van continue kwaliteitsverbetering, beheer van de veranderingen die optreden in de opvang van patiënten;
- mededelen van conclusies aan de Multipartite-structuur met het oog op de verbetering van het gezondheidsbeleid.

Doorheen deze fases en gelet op de hen toevertrouwde opdrachten vervullen de Colleges van geneesheren in het gezondheidssysteem een tweeledige rol: enerzijds het expliciteren van de kwaliteit zowel ten aanzien van de beroepsbeoefenaars als de andere betrokken gesprekspartners (publiek, overheid, economische partners); anderzijds de bilaterale uitwisseling van informatie over de praktijken tussen de overheid en de ziekenhuizen, wat de verzuchtingen en de prioriteiten van beiden betreft. Verzuchtingen en prioriteiten die deel uitmaken van de uitdagingen waarmee elk College geconfronteerd wordt, en dit inzake statuut, wetenschappelijke eisen die moeten worden verdedigd, de op het spel zijnde corporatistische belangen die moeten worden getoetst aan het algemeen belang, dat op zijn beurt rekening houdt met bezorgdheden inzake ethiek en volksgezondheid, en de economische implicaties ervan. De Colleges moeten een visie en een knowhow ontwikkelen om de volgende drie functies te vervullen: ten eerste die van morele autoriteit aangezien ze worden geacht een door hun *peers* erkend reflectieforum te zijn; ten tweede die van opiniemaker aangezien ze uitstekend geplaatst zijn om informatie te verspreiden in de sector die hen aanbelangt; en tenslotte die van tussenschakel voor de doorstroming van informatie, onder meer tussen de overheden van volksgezondheid en het doelpubliek en dit dankzij hun institutionele positie. Om deze drieledige functie te bevestigen, moeten de Colleges de nodige legitimiteit en erkenning genieten ten aanzien van de verschillende instanties van wie ze partner zijn. Ze moeten er ook naar streven hun zichtbaarheid ten aanzien van de beroepsbeoefenaars, zeker binnen hun eigen discipline, te verbeteren, en ten aanzien van andere disciplines die betrokken zijn bij de behandelde thema's en probleemstellingen.

U vindt voorbeelden van de activiteit van de Colleges op het volgende adres:
www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm, rubriek « feedback (Federale initiatieven « kwaliteit » in de Belgische ziekenhuizen) ».

SWOT Colleges van geneesheren

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- noodzaak de kwaliteit in een gestructureerd kader te expliciteren- steun van de overheid- autonomie inzake informatiebeheer- specifiek kenniscentrum voor de discipline- morele autoriteit	<ul style="list-style-type: none">- veelvuldigheid van de beslissingsniveaus- moeilijkheden om het wettelijk kader te bepalen- onvoldoende besef van de opportuniteit en het nut- moeilijkheden om de activiteit te financieren- wisselende motivatie
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- potentiële legitimiteit- opiniemaker- tussenschakel	<ul style="list-style-type: none">- concurrentie van andere instanties- burn-out- financiering- meningsverschil overheid - College- risico dat de overheid afhaakt als de resultaten niet relevant zijn

Resultaten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren en gekozen thema's
(synopsis)

College Cardiale pathologie

Activiteiten

Hartchirurgie:

- registratie van alle ingrepen

Interventionele cardiologie:

- gegevensbank met geaggregeerde gegevens per centrum
- stent - register

Elektrofysiologie en pacing :

- registratie van de ablatieprocedures
- gegevensbank voor pacing
- informatisering en ontwikkeling van software voor gegevensinzameling

SWOT van het College cardiale pathologie

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- belang van de cardiale pathologie op het vlak van volksgezondheid- aantrekkelijkheid van de discipline binnen het medisch beroep	<ul style="list-style-type: none">- gebrek aan samenhang binnen College- weinig efficiënte werkbereidheid binnen College- complexe procedure voor aanvatten werkzaamheden binnen College
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- opstarten van samenwerking tussen de verschillende cardiologische disciplines- confrontatie van de verschillende cardiologische disciplines binnen het College- herstructurering van het College	<ul style="list-style-type: none">- gebrek aan geloofwaardigheid naar de overheid toe- beslissingen van de overheid omtrent de discipline zonder rekening te houden met het College- financiering

Conclusie

Zoals we kunnen zien, vorderen de Colleges in een verschillend tempo; de lessen die uit de analyses van de verzamelde gegevens kunnen worden getrokken, variëren. Zo heeft het College Radiotherapie heel wat werk verricht, maar de verkregen informatie levert beschrijvende aanwijzingen op in plaats van boordtabellen voor follow-up en kwaliteitsverbetering. Het College Reproductieve Geneeskunde daarentegen richt zich op een gevoelig thema om er een kwaliteitsvolle indicator en doelstelling van te maken. Uitgaand van een register dat thans *online* beschikbaar is, definieert het College Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie indicatoren die deel kunnen uitmaken van een boordtabel. Het College heeft evenwel nog geen methode ontwikkeld om de centra, waarvan de resultaten afwijken van het gemiddelde, aan te spreken. In het algemeen is de invloed van de Colleges op de kwaliteit van de praktijken nog beperkt, maar het gaat nog om een recent experiment en voor veel beroepsbeoefenaars komt het erop aan al doende te leren.

Bovendien moet hieraan worden toegevoegd dat de Colleges, boven op de klassieke groeipijnen, vooral in de loop van 2003 administratieve moeilijkheden hebben gekend i.v.m. de hervorming van de Multipartite-structuur, de traagheid waarmee de vernieuwing van de Colleges officieel werd bekrachtigd en de modaliteiten van hun financiering, waarvoor nog een bevredigende structurele oplossing moet worden gevonden.

Niettegenstaande de grote verscheidenheid kunnen er toch enkele conclusies worden getrokken:

- een reeds bestaande traditie van gegevensregistratie is een troef (cf. Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie);
- disciplines met een klein aantal actoren die zich over een welomschreven problematiek buigen maken sneller vorderingen (cf. reproductieve geneeskunde, intensieve neonatologie... *a contrario* : cardiale pathologie, NMR);
- het is noodzakelijk dat het College voldoende legitimiteit heeft binnen het beroep;
- er is methodologische begeleiding nodig voor de vervulling van de opdracht van de Colleges. De actoren op het terrein zijn geneigd om epidemiologische databanken aan te maken die weliswaar interessant zijn op wetenschappelijk vlak, maar moeilijk te analyseren en te gebruiken zijn als indicatoren in het kader van kwaliteitsgarantie; er is begeleiding nodig om ze ertoe aan te zetten databanken aan te maken die minder exhaustief en operationeler zijn vanuit het perspectief kwaliteit;
- zonder specifiek hiervoor aangesteld personeel kan er geen verzameling van betrouwbare gegevens gebeuren: permanentie is onontbeerlijk;
- in het verlengde van het voorgaande moeten de Colleges kunnen rekenen op continuïteit m.b.t. de financiering van de activiteiten die uit hun opdracht voortvloeien;
- een daadwerkelijke erkenning van de Colleges als gesprekspartner door de overheid is onontbeerlijk om de motivatie van hun leden aan te wakkeren en in stand te houden.

In de toekomst zouden minstens twee activiteitsdomeinen moeten worden ontwikkeld die totnogtoe slechts weinig bestudeerd zijn.

Enerzijds moeten er vorderingen worden gemaakt op het niveau van het onderzoek en de definitie van aanbevelingen m.b.t. goede praktijkvoering (*guidelines*), ofwel op basis van de literatuur ofwel vanuit ervaring op het terrein. Vervolgens moeten die aanbevelingen worden verspreid, indicatoren moeten worden uitgewerkt om de acceptatie en de naleving van de *guidelines* na te gaan, ook moeten er verklaringen worden gezocht voor eventueel vastgestelde tekortkomingen. Voor die activiteit in het bijzonder zou er een samenwerkingsverband met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg moeten worden opgezet.

Anderzijds zou de activiteit moeten evolueren naar het uitwerken van een methodologie die systematisch dichter staat bij het “kwaliteitscyclus”-model PDCA, vooral voor wat de vierde fase (Act) betreft, namelijk de invoering van correctiemechanismen die nodig blijken uit de metingen (Check). Dit impliceert dat er indicatoren moeten worden ingevoerd voor constante follow-up die samen een “boordtabel” vormen. Om dat te bereiken, is het belangrijk de juiste werkthema’s te kiezen. De thema’s moeten betrekking hebben op erkende, pertinente en gevoelige problemen. Het gaat in casu niet om een eis tot theoretische orthodoxie, maar om een terugkerende vaststelling: een “kwaliteitsgerichte” werking is geen keukenrecept, maar een ingesteldheid.

Er lopen verschillende projecten die zich in een min of meer gevorderd stadium bevinden: de herstructurering van het College Cardiale Pathologie, de oprichting van een College Intensieve Kraamzorg dat gekoppeld is aan het College Neonatalogie, de stichting van een College Oncologie, de opname van het College Nucleaire Magnetische Resonantie in een groter College Medische Beeldvorming, de oprichting van een College van Hoofdgeneesheren.

Die perspectieven tonen duidelijk de interesse voor het model alsook de tendens naar meer multidisciplinariteit. Die tendens steunt op de overtuiging dat om de kwaliteit structureel te bevorderen, het belangrijk is de contacten te verruimen en de communicatie te verbeteren, met name tussen actoren die met dezelfde problemen worden geconfronteerd, maar waarbij de eigenheid van elk van die problemen een verschillende benaderingswijze vergt. De tendens is tevens een van de uitingen van een basisaxioma: de Colleges zijn er om de kwaliteit van de zorg te evalueren en te bevorderen binnen hun specifieke werkterreinen. Ze leggen zich toe op de procedures en de resultaten, maar houden zich in geen enkel opzicht bezig met de beoordeling van de individuele deskundigheid van de beroepsbeoefenaars die binnen die structuren werkzaam zijn.

De fundamentele uitdaging voor het expliciteren, evalueren en bevorderen van de kwaliteit van de zorg is dat de gezondheidszorgbeoefenaars hun specifieke rol en verantwoordelijkheid op zich nemen en een correct gebruik maken van de beschikbare middelen: efficiënt, relevant en in verhouding tot de noden.

Ze hebben als taak de variaties in praktijkvoering te bekijken, zowel wat het proces als wat de resultaten betreft, de oorzaken ervan beoordelen en verklaren en die variaties beperken met het oog op een optimaal gebruik van de middelen waar mogelijk door lessen te trekken uit de beste resultaten (i.p.v. te focussen op de minder goede).

De bestaande en toekomstige Colleges kunnen hierbij een beslissende rol spelen, gezien de uitdagingen die de gezondheidseconomie te wachten staan, onder meer de onvermijdelijke wijzigingen die zullen moeten worden doorgevoerd m.b.t. de financieringsregeling voor de ziekenhuisactiviteit.

Uitdagingen in de verschillende disciplines

Uitdagingen in de cardiale pathologie

1. Inleiding

Cardiovasculaire aandoeningen vormen de belangrijkste doodsoorzaak in onze maatschappij (45% van het totale sterftcijfer in België). Hartpathologieën maken hiervan een belangrijk deel uit. 57% van de Belgen ouder dan 65 jaar neemt geneesmiddelen voor een vaataandoening of verhoogde bloeddruk.

Men kan die aandoeningen in een aantal grote categorieën van problemen onderbrengen die elk afzonderlijk tot acute en chronische pathologieën aanleiding kunnen geven, en bijgevolg gedifferentieerde behandelingen vereisen:

- coronaire problemen
- hartritmestoornissen
- hartinsufficiëntie

Mogelijke risicofactoren die aan de basis liggen van voormelde cardiovasculaire aandoeningen zijn: arteriële hypertensie, stofwisselingsaandoeningen (dyslipidemieën, diabetes), obesitas, tabakverslaving, maatschappelijke factoren (stress, zittend leven), familiale aanleg.

2. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak

- multidisciplinariteit binnen de cardiologie
- ontwikkeling van medicamenteuze behandelingen
- verschuiving naar meer vroegtijdige en minder invasieve behandeling
- primaire en secundaire preventie

Op diagnostisch en therapeutisch vlak heeft de evolutie van de cardiologie geleid tot de ontwikkeling van een aantal uiteenlopende vakgebieden, elk met hun eigen specifieke hulpmiddelen:

- medische cardiologie
- invasieve cardiologie (katheterisatie – elektrofysiologie - ablatioprocedures)
- hartchirurgie

Het is belangrijk om tussen die verschillende benaderingen permanent overleg te houden enerzijds om het werkterrein van elk van hen nauwkeurig te kunnen afbakenen, anderzijds om algemeen geldende guidelines of aanbevelingen uit te werken en in te voeren, maar ook om een dialoog te openen waardoor de patiënt de meest adequate behandelingsstrategie aangeboden krijgt voor zijn specifiek probleem. Aangezien de therapeutische mogelijkheden samengaan met technieken waarvan de agressiviteit trapsgewijs toeneemt, is het belangrijk een diagnostische aanpak te ontwikkelen die door de verschillende specialisten wordt gedeeld. Kortom : een echte multidisciplinariteit is wenselijk en noodzakelijk.

Zijn de huidige indicaties goed gedefinieerd? Sommige procedures zijn natuurlijk cruciaal; bijvoorbeeld, hoe houdt men rekening met eventuele medicamenteuze interferenties bij de keuze van een behandeling voor hartritmestoornissen, in welke mate bestaat er een standaardprocedure voor die problemen? Een belangrijk element op de agenda van de te ontwikkelen perspectieven is na te gaan welke rol geneesmiddelen tegen hartritmestoornissen precies spelen in het ontstaan van ritmestoornissen die een definitieve pacemaker noodzakelijk maken. Men weet immers dat een mogelijk neveneffect van voormelde geneesmiddelen er juist in bestaat hartritmestoornissen te veroorzaken. Het is dus belangrijk indicaties, tegenindicaties, interacties, aanbevelingen voor follow-up, enz. te preciseren.

Die beschouwingen gelden trouwens voor alle medicamenteuze behandelingen, in het bijzonder voor die pathologieën waarvoor het farmacologisch arsenaal op enkele tientallen jaren tijd volledig veranderd is, en waarvoor bepaalde geneesmiddelen vaak langdurig, ja zelfs permanent worden voorgeschreven.

Wat de elektrofysiologie betreft, is het zo dat het onomkeerbare karakter van bepaalde interventies een standaardisatie van de voorafgaande documentatie noodzakelijk maakt teneinde de kwaliteit van de indicaties te kunnen evalueren. Daarenboven stellen veel centra zich thans tevreden met elektrofysiologische diagnostiek zonder therapeutisch in te grijpen, wat met zich meebrengt dat de patiënt indien nodig hiervoor moet worden doorverwezen. Anderzijds is de terugbetaling van diagnostische technieken t.o.v. de terugbetaling van interventionele technieken te voordelig, wat een malaise veroorzaakt.

Literatuurgegevens laten uitschijnen dat voor de behandeling van een acuut infarct steeds sneller een beroep wordt gedaan op interventionele cardiologie, zodat men zich kan afvragen of het loskoppelen van diagnostische, invasieve en interventionele technieken wel zinvol is.

De aanpak van de cardiovasculaire pathologie richt zich dus op verschillende aspecten: primaire en secundaire preventie, therapeutische opvang en opvolging van chronische aandoeningen.

3. Uitdagingen op ethisch vlak en op het vlak van de volksgezondheid

- primaire preventie – levenswijze
- secundaire preventie – uit te werken strategieën
- interventionele cardiologie – leeftijdsgrenzen
- toenemende prevalentie – stijgend gebruik van middelen

Op preventief vlak kan (en moet normaal gesproken) de samenwerking tussen de overheid en de beroepsbeoefenaars – en niet alleen de overheidsinstanties bevoegd voor volksgezondheid – van groot belang zijn, aangezien omgevings- en samenlevingsfactoren een gekende rol spelen in de ontwikkeling van cardiovasculaire aandoeningen.

De verspreiding van informatie, maar ook de bevordering van een gezonde levenswijze zijn sleutelementen voor een preventieve aanpak. Een dergelijke aanpak is pas echt geloofwaardig indien de maatschappij, nadat ze de bevolking bewust heeft gemaakt van het bestaan van cardiovasculaire risicofactoren, haar bevolking ook de kans geeft tot een gezondere levenswijze, zowel op het vlak van milieu als op het gebied van voeding, werkorganisatie, vrije tijd, enz..

Op het niveau van de secundaire preventie (hypertensie, dyslipidemie bijvoorbeeld) kan ook de correcte opvang van de gekende risicofactoren worden beïnvloed door de overheid (toegankelijkheid van de zorg, organisatie van de opsporing, terugbetaling van de geneesmiddelen,...).

Op het vlak van preventie bestaat de uitdaging er dus in een dialoog tussen de beroepsbeoefenaars en de verantwoordelijken voor het gezondheidsbeleid tot stand te brengen en te onderhouden, met de bedoeling strategieën uit te werken die zowel oog hebben voor een optimaal gebruik van de beschikbare middelen als voor de stand van de medische kennis.

De indicaties voor ingrepen van invasieve cardiologie richten zich op een patiëntengroep waarvan de leeftijd toeneemt. Hiermee is het debat over eventuele leeftijdsgrenzen voor dat soort interventies geopend.

Het aantal mensen dat vroeg of laat een arts zal moeten raadplegen voor een cardiologisch probleem neemt toe gezien de vergrijzing van de bevolking.

Voorts duurt de follow-up van een hartaandoening lang en vergt bovendien een veelvuldig gebruik van diagnostische en therapeutische middelen.

4. SWOT- analyse

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- stijgende vraag- resultaten van de invasieve behandelingen- onderzoek : klinische studies	<ul style="list-style-type: none">- fragmentatie- rivaliteit tussen subspecialisten- shift van hartchirurgie naar invasieve cardiologie en vervolgens naar cardiologie- isolement- gebrek aan continuïteit voor de patiënt- gebrek aan continuïteit met andere specialisten- beperkte resultaten van primaire en secundaire preventie
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- ontwikkeling van niet-chirurgische technieken- ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen (vetverlagende middelen)- publicatie van richtlijnen voor interventionele cardiologie- publicatie van richtlijnen voor pacing	<ul style="list-style-type: none">- financiering van ingrepen- overbehandeling

Bijlage : gegevens

Activiteiten hartchirurgie (gegevens van de jaarlijkse ziekenhuisstatistieken)

	1998	2000
Aantal centra	32	31
Aantal deelnemende centra	32	28
Aantal chirurgen	131	(120)
Chirurgen/centrum	4,12	
Aantal ingrepen	14.931	15.856
Ingrepen per centrum	466,9	
Ingrepen/chirurg	157,3	
Ingrepen bij volwassenen/kinderen	14.135 / 689	15.017 / 839
CABG (met ECC)	8.678	6.887
Klep	1.759	± 15 % van het totaal
CABG (zonder ECC)	214	1.502
Transplantatie	110 (88)	96 (84)
Herinterventie	794	

In de hartchirurgie zijn in 2000 15.017 ingrepen geteld, waarvan 839 bij kinderen. Het komt er aldus op aan (zoals in alle chirurgische disciplines trouwens) de technieken te laten evolueren om via de minst agressieve ingreep de beste resultaten te verkrijgen.

Pacingactiviteiten in België (gegevens van de BWGCPE (Belgian Working Group for Cardiac Pacing and Electrophysiology))

De evaluatie van de pacingactiviteit kan steunen op een gegevensverzameling van 10 jaar. De implantatie van pacemakers wordt in België immers systematisch op nationaal niveau geregistreerd sinds 1993; dit register was het eerste systeem voor gegevensverzameling terzake in Europa. Deze databank bevat op dit moment de gegevens van meer dan 67.000 pacemakers die sindsdien in ons land zijn geïmplanteerd. De gegevensverzameling in België heeft betrekking op 80 à 90 % van de implantaties, terwijl dat cijfer in verschillende buurlanden slechts 50 % bedraagt. De databank heeft betrekking op ongeveer 8.000 pacemakers die jaarlijks in België worden geïmplanteerd.

Het aantal erkende centra voor de plaatsing van pacemakers bedraagt 101 (> 1 centrum voor 100.000 inwoners).

Uit de gegevens van het Registry of the European Working Group on Cardiac Pacing voor 2000/2001 kan worden afgeleid dat België behoort tot de koplopers van Europese landen inzake inplanting van definitieve hartstimulatoren, net als Duitsland, Frankrijk en Italië. Dat betekent concreet ongeveer 650 pacemakers per miljoen inwoners, terwijl andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Spanje, Ierland, Noorwegen of Denemarken er twee keer zo weinig inplanten, nl. ongeveer 300 pacemakers per miljoen inwoners. Volgens de gegevens van de BWGCPE (Belgian Working Group for Cardiac Pacing and Electrophysiology) hangt deze situatie geenszins samen met een vroegtijdige vervanging van de pacemakers in België, waar de gemiddelde levensduur van dergelijke toestellen 7,6 jaar bedraagt, wat heel wat langer is dan de garantietermijn van 5 jaar die de Belgische wetgever verlangt. Op internationaal niveau bedraagt die garantietermijn trouwens slechts vier jaar.

Activiteiten invasieve cardiologie (gegevens van de werkgroep invasieve cardiologie (BWGIC) 2002)

- deelname : 23 centra / 34 centra erkend voor interventionele cardiologie
- gegevens > 80 % van de uitgevoerde procedures
- stents:
 - toenemend gebruik van stents tijdens angioplastieprocedures
 - succes van de procedure: > 93 %
 - aantal verwikkelingen : weinig, gemiddelde ziekenhuissterfte < 1 % en toevlucht tot spoedingreep < 0,5 %
- angioplastie:
 - toename van het aantal behandelde gevallen bij acuut infarct
 - 70 % van de angioplastieën voor een enkel letsel
 - toenemend percentage patiënten met hartletsels op 2 bloedvaten
 - stijging van het aantal uitgevoerde angioplastieën in het kader van diagnostische procedure
- diagnostische procedures:
 - 30 centra / 47 katheterisatiecentra (vormen het grootste deel van de uitgevoerde procedures)
 - medische behandeling is aanbevolen bij 45 % van de patiënten die een katheterisatie hebben ondergaan
 - angioplastie wordt voorgesteld in 30 % van de gevallen
 - bypasschirurgie in 20 % van de gevallen

Gegevens van de vragenlijst Jaarlijkse Statistische Gegevens (2001)

De aanwezigheid van activiteiten in de cardiologie wordt vermeld bij 112/120 acute ziekenhuizen (93 %):

- 100 % heeft een A-programma
- 100 % heeft een P-programma (pacemaker), waarvan 48/112 geïsoleerde programma's zijn
- het programma B1 (diagnostische cardiologie) wordt toegepast in 64 ziekenhuizen, waarvan 26/64 geïsoleerde programma's zijn (41 %)
- het programma B2 (interventionele cardiologie) wordt toegepast in 38 ziekenhuizen, waarvan 7/38 geïsoleerde programma's zijn (18 %)
- het B-programma (hartchirurgie) wordt toegepast in 31 ziekenhuizen, waarvan 7/31 (23 %) over een T-programma (transplantatie) en 16/31 (52 %) over een C-programma (congenitale cardiologie) beschikken

De jaarlijkse activiteit is geraamd op basis van de antwoorden van de 112 ziekenhuizen, de mediaan van de activiteiten bedraagt:

- 52 volwassenen behandeld met trombolysie
- 550 volwassenen die een diagnostische hartkatheterisatie hebben ondergaan (met uitzondering van interventionele katheterisatie)
- 577 volwassenen die een coronarografie hebben ondergaan
- 238 volwassenen die een interventionele katheterisatie hebben ondergaan om de kransslagaders te verwijderen
- 48 volwassenen die een interventionele katheterisatie hebben ondergaan wegens hartritmestoornissen
- 215 gedilateerde volwassenen bij wie er een stent is geplaatst
- 77 volwassenen bij wie er een nieuwe stimulator is ingeplant
- 14 volwassenen bij wie er een voorlopige stimulator is ingeplant
- 8 kinderen die een diagnostische hartkatheterisatie (met uitzondering van interventionele katheterisatie) hebben ondergaan
- 5 kinderen die een interventionele katheterisatie hebben ondergaan

De activiteiten m.b.t. de organisatie en het beheer van de kwaliteit in de 112 acute ziekenhuizen die cardiologische activiteiten uitvoeren, zijn als volgt verdeeld:

- 54 % vermeldt een jaarverslag
- 93 % houdt een register bij van patiënten die een hartstimulator hebben gekregen
- 62 % houdt een register bij van patiënten die een procedure van interventionele cardiologie hebben ondergaan
- 52 % houdt een register bij van patiënten die een therapeutische procedure hebben ondergaan m.b.t. cardiale elektrofysiologie
- 64 % heeft gestandaardiseerde protocollen per pathologie, die op een multidisciplinaire manier zijn uitgewerkt
- 79 % evalueert regelmatig de kwaliteit van de activiteiten, maar slechts 20 % doet dat via een externe audit en 46 % door een college van gelijken (peer review)