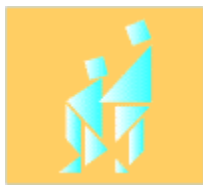


FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

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 Intensieve Zorg

Activiteiten

- stand van zaken via een structuur-enquête
- opzetten van een informaticasysteem voor gegevensinzameling

SWOT van het College Intensieve Zorg

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- beroepserkenning	<ul style="list-style-type: none">- geen peer review; belangenconflicten- heterogeniteit van de diensten- trage voortgang in de verwezenlijkingen van het College
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- multidisciplinariteit: samenwerking/communicatie- permanente opleiding- kwaliteitscontrole	<ul style="list-style-type: none">- vereisten van het beroep (minder beschikbare tijd voor activiteiten van 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 voor de functie intensieve zorg

1. Inleiding

De functie intensieve zorg betreft diensten die zorgen voor de opvang van patiënten in kritieke toestand, namelijk van wie de vitale functies in gevaar zijn.

Op het niveau van de verzorgingsinstellingen is de functie intensieve zorg een functie die is toebedeeld aan de acute ziekenhuizen net zoals de opvang van de spoedgevallen. Die functie is gereguleerd in een duidelijk omschreven wettelijk kader waarin de erkenningscriteria voor diensten zijn vastgesteld met betrekking tot het materieel en de lokalen en tot het medisch en paramedisch personeel. In 1999 zijn diverse koninklijke besluiten gepubliceerd tot vaststelling van de erkenningscriteria voor de functie intensieve zorg.

Een acuut ziekenhuis moet dus kunnen beschikken over een erkende en performante functie intensieve zorg, om in staat te zijn het zorgprogramma dat het wenst aan te bieden, te verwezenlijken, maar ook om te beantwoorden aan de normen voor dat zorgaanbod.

1. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak

- opvang van patiënten in kritieke toestand
- activiteiten op het vlak van toezicht, diagnose en behandeling
- criteria voor de opname en het doorverwijzen van de patiënten
- invoering van semi-intensieve eenheden
- informatieoverdracht naar de behandelende arts en de familie van de patiënt

De intensieve zorgeenheid kenmerkt zich door haar vermogen om patiënten op te vangen wier toestand een bijzonder en permanent toezicht vereist of waarvoor de diagnosestelling of het instellen van een behandeling een aan de dienst eigen technologie en personeel vereist.

De dienst beschikt over monitoringuitrusting op ritmologisch, hemodynamisch, respiratoir en metabolisch vlak, zodat patiënten die specifieke bewaking vergen kunnen worden gevolgd.

De activiteiten van een functie intensieve zorg vallen onder verschillende domeinen: bewaking, diagnose en behandeling.

Een deel van de indicaties voor opvang in een intensieve zorgeenheid betreft instabiele patiënten bij wie plotseling acute verwickelingen kunnen optreden en die een onmiddellijke behandeling behoeven. Een typisch voorbeeld van een dergelijke situatie zijn hartpatiënten in een acuut stadium.

Ook voor patiënten in de postoperatieve fase kan opvang in een intensieve zorgenheid nodig zijn, hetzij omdat ze een zware heelkundige ingreep hebben ondergaan of aan geassocieerde pathologieën lijden die een specifiek postoperatief risico (op cardiologisch, respiratoir, metabolisch, ...vlak) inhouden, hetzij omdat hun toestand bij het verlaten van de operatiekamer de inzet van specifieke middelen (kunstmatige beademing,...) vereist. Het komt er dus op aan de opvang in de postoperatieve fase te optimaliseren en complicaties vroegtijdig aan te pakken teneinde de postoperatieve morbiditeit en mortaliteit terug te dringen.

Voor het uitvoeren van bepaalde technische handelingen, zoals bijvoorbeeld hemodynamische evaluaties, dient de patiënt te worden opgenomen op de dienst intensieve zorg, en dit om redenen van uitrusting en knowhow van het verzorgend personeel.

Bepaalde behandelingen die specifiek zijn door hun technisch karakter of de follow-up die ze vereisen, zijn slechts verantwoord in een dienst intensieve zorg: b.v. acute nierepuratie, assistentie linker hartkamer, invasieve ventilatie of extracorporele oxygenatietechnieken.

De intensieve zorgenheid staat ten dienste van de andere diensten van de instelling. Gelet op de reglementaire verplichting om over een intensieve zorgenheid te beschikken, de aanzienlijke investering die een dergelijke dienst vergt en de hoge kostprijs van de opvang van de patiënten die er verblijven, is het van essentieel belang dat die patiënten wel degelijk diegenen zijn voor wie een dergelijke zorgomgeving noodzakelijk is. Het is dus belangrijk het beslissingsproces omtrent de doorverwijzing van de patiënten op intensieve zorgenheden alsook de kwaliteit van de desbetreffende criteria te evalueren. De keuze om een patiënt op de intensieve zorgenheid te houden of te aanvaarden hangt af van de beschikbaarheid van intensieve zorgbedden en van de kritieke toestand van de aanwezige of op te nemen patiënten. Indien er op de eenheid geen bedden beschikbaar zijn, worden patiënten die via spoed binnenkomen en intensieve zorg behoeven, desnoods naar een ander ziekenhuis overgebracht.

De intensieve zorgenheden betreffen acute en kritieke pathologieën. Ze moeten dus bevoorrechte banden ontwikkelen met de gespecialiseerde spoedgevallenzorg, met name wat de opnamecriteria betreft.

Een trend binnen de verzorgingsinstellingen is de invoering van semi-intensieve eenheden, zoals coronaire eenheden of stroke units, zodat patiënten naar die diensten worden overgebracht en niet langer naar de dienst intensieve zorg. De keuze om de intensieve zorgenheid te diversifiëren in semi-intensieve eenheden hangt af van het activiteitsvolume van de dienst en van de bereidheid van sommige specialisten om voor bepaalde pathologieën specifieke eenheden op te richten (b.v. coronaire eenheid – stroke unit). De evaluatie van de effectiviteit en de efficiëntie van die 2 types van diensten (intensieve zorg versus semi-intensieve eenheden) laat toe keuzes te maken.

De informatieoverdracht betreffende de doorverwijzing van de patiënten naar, en vooral vanuit de intensieve zorgen is van kapitaal belang voor het goede verloop van de opvang tijdens het verblijf van elke patiënt.

Het is in die context ook belangrijk dat de behandelende arts een juiste kijk heeft op de specifieke kenmerken van de dienst teneinde mee te werken aan de communicatie met de omgeving van de opgenomen patiënten en te kunnen interveniëren in bepaalde beslissingen omtrent zijn patiënten.

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

- therapeutische hardnekkigheid en euthanasie
- communicatie met de patiënt en diens familie
- financieringssysteem – rechtvaardiging van de uitgevoerde handelingen
- reflectie over de invoering van semi-intensieve eenheden
- behoefte aan intensieve zorgbedden

De mortaliteit bedraagt bijna 10% in de Belgische diensten intensieve zorg. Alle problemen in verband met therapeutische hardnekkigheid en opvang in de terminale levensfase zijn er geconcentreerd. De wettelijke voorwaarden voor euthanasie zijn vaak niet vervuld aangezien de patiënt buiten bewustzijn is en niet in staat is tot het geven van een geïnformeerde toestemming.

Men treft er ook problemen aan op het vlak van communicatie met de patiënt en diens entourage. Het menselijke en relationele aspect is vaak ondergeschikt aan het levensbedreigende aspect.

Het huidige financieringssysteem van een bed intensieve zorg (dagforfait + verstrekkingen) kan het uitvoeren van minder verantwoorde handelingen op het vlak van opvang en behandeling in de hand werken.

Zoals hierboven reeds gesuggereerd zou men moeten gaan nadenken over de trend in bepaalde instellingen om semi-intensieve eenheden in te voeren.

In termen van ziekenhuisbeleid blijft de vraag hoeveel bedden intensieve zorg België nodig heeft. Hebben wij te veel algemene bedden, te weinig bedden intensieve zorg? Enkel een evaluatie van de vraag, de evolutie van de indicatoren en de uitkomst voor de patiënt in termen van morbiditeit, mortaliteit en levenskwaliteit laten toe de vraag te beantwoorden.

4. SWOT-analyse

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none">- professionele erkenning- opvang van zware pathologieën- aanvaardbare mortaliteit, heropnames- specifieke verpleegkundige omkadering	<ul style="list-style-type: none">- afhankelijkheid van de andere specialisten- afhankelijkheid van de nomenclatuur- financiering van het bed intensieve zorg
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none">- multidisciplinair karakter- samenwerking – communicatie- bevestiging van de specifieke kenmerken- bewaking van de ziekenhuisinfecties	<ul style="list-style-type: none">- zwaarte van het beroep- personeelstekort- toenemende administratie

Bijlage : gegevens

Gegevens van de enquête College intensieve zorg (2001): structuur van de functie intensieve zorg in België

Participatie: respons 58 op 107 (54 %)

Kenmerken:

- 988 intensieve zorgbedden
- $17,2 \pm 12,1$ bedden/intensieve zorgeenheid
- $3,6 \% \pm 1 \%$ van alle ziekenhuisbedden (1,63 - 5,56)
- internationale normen : 5 %

Intensieve zorgactiviteit: verdeling

	2000	2001
- aantal opnamen	1.210 ± 889	1.154 ± 843
- opnamen/bed	80 ± 41	74 ± 21
- verblijfsduur		$4 \pm 0,9$
- bezettingsgraad		$84 \% \pm 9 \%$ (68 - 100 %)

onderverdeling in subeenheden van $8,9 \pm 4,4$ bedden

verdeling van de pathologieën:

- 54,6 % gemengd
- 8,3 % cardiologie
- 7,4 % postchirurgisch
- 6,5 % postchirurgisch cardiaal
- 3,2 % pediatrie

Gegevens van de vragenlijst Jaarlijkse Statistische Gegevens (2001)

Van de 120 ziekenhuizen zijn er 115 met een functie intensieve zorg (96 %) waarvan:

- 97 % permanent beschikt over een operatiezaal voor dringende interventies
- 93 % permanent beschikt over een biomedische technische dienst
- 100 % permanent beschikt over een mobiel radiografieapparaat
- 86 % permanent beschikt over een mobiel dialyseapparaat
- 99 % permanent beschikt over een mobiele uitrusting voor dringende interne reanimaties

De mediaanwaarden (percentiel 50) voor de uitrusting zijn de volgende:

- aantal bedden: 12 (antwoord van 115/115 ziekenhuizen)
- aantal individuele kamers: 4 (antwoord van 95/115 ziekenhuizen)
- aantal specifieke bedden voor kinderen: 6 (antwoord van 14/115 ziekenhuizen)
- aantal apparaten voor kunstmatige beademing: 10 (antwoord van 114/115 ziekenhuizen)
- aantal apparaten voor cardio-vasculaire monitoring: 13 (antwoord van 108/115 ziekenhuizen)
- aantal apparaten voor mobiele radiografie: 1 (antwoord van 115/115 ziekenhuizen)

De activiteiten m.b.t. de organisatie en het beheer van de kwaliteit in de 115 acute ziekenhuizen met een functie intensieve zorg zijn als volgt verdeeld:

- 65 % vermeldt een jaarverslag
- 92 % heeft een specifieke registratie voor kwaliteitsopvolging
- 88 % evalueert geregeld de kwaliteit van de activiteiten, maar slechts 16 % doet dit via een externe audit en 20 % via een college van gelijken (peer-review).