
VISIE DOCUMENT

COLLEGE VAN CARDIOLOGIE

OKTOBER 2013

Prof dr M Claeys

Voorzitter college cardiologie

Cardioloog, UZ Antwerpen

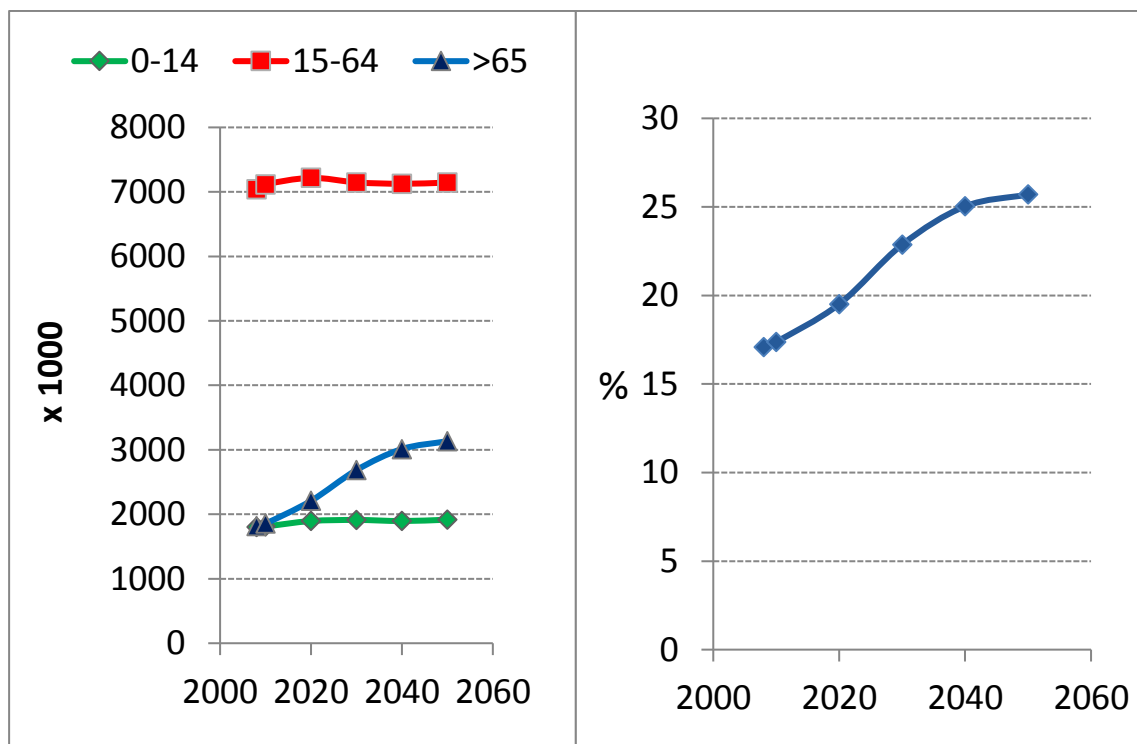
1. INLEIDING

Aandoeningen van het cardiovasculaire systeem zijn verantwoordelijk voor 2 miljoen overlijdens in de 27 landen van de Europese Unie (EU). Zij zijn verantwoordelijk voor 42 % van alle overlijdens in de EU. Het sterftecijfer voor cardiovasculaire aandoeningen is dubbel zo hoog als dat van kanker. Een belangrijk aantal van de overlijdens zijn vroegtijdig en zijn te wijten aan vroegtijdige verwickelingen van ischemisch hartlijden (cf fatale ritmestoornissen).

De evolutie van cardiovasculaire mortaliteit wordt bepaald door twee fenomenen met een tegengesteld effect.

Vooreerst is er de vergrijzing van de bevolking. Projectieanalyse van de veranderingen van de Belgische bevolking gedurende de komende decennia verricht door de Euro stat-dienst van de Europese Commissie leert dat het aantal 65 plussers progressief zal toenemen van 16% naar 25% in 2040. Gezien atherosclerose een inherent proces is van veroudering, kan bij ongewijzigd beleid een exponentiële toename van cardiovasculaire aandoeningen verwacht worden.

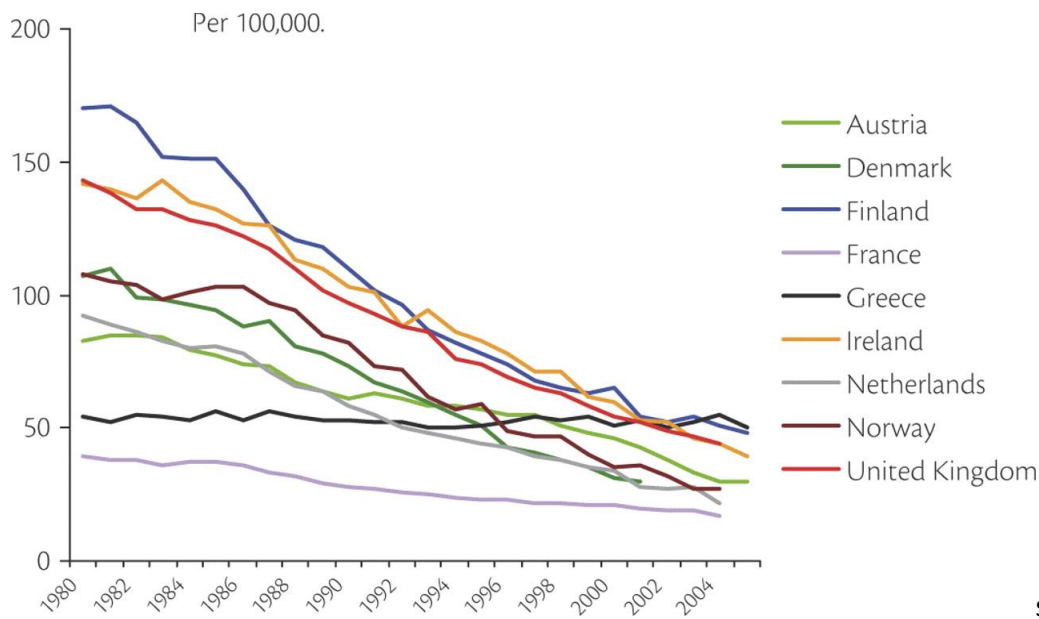
A.



B.

Figuur 5: Projectie van Belgische bevolking van 2008 tot 2050; A: distributie van de leeftijdsgroepen; B: relatief aandeel van de 65 plussers in de totale bevolking. Data van Eurostat, EUROPOP2008 convergentie scenario analyse.

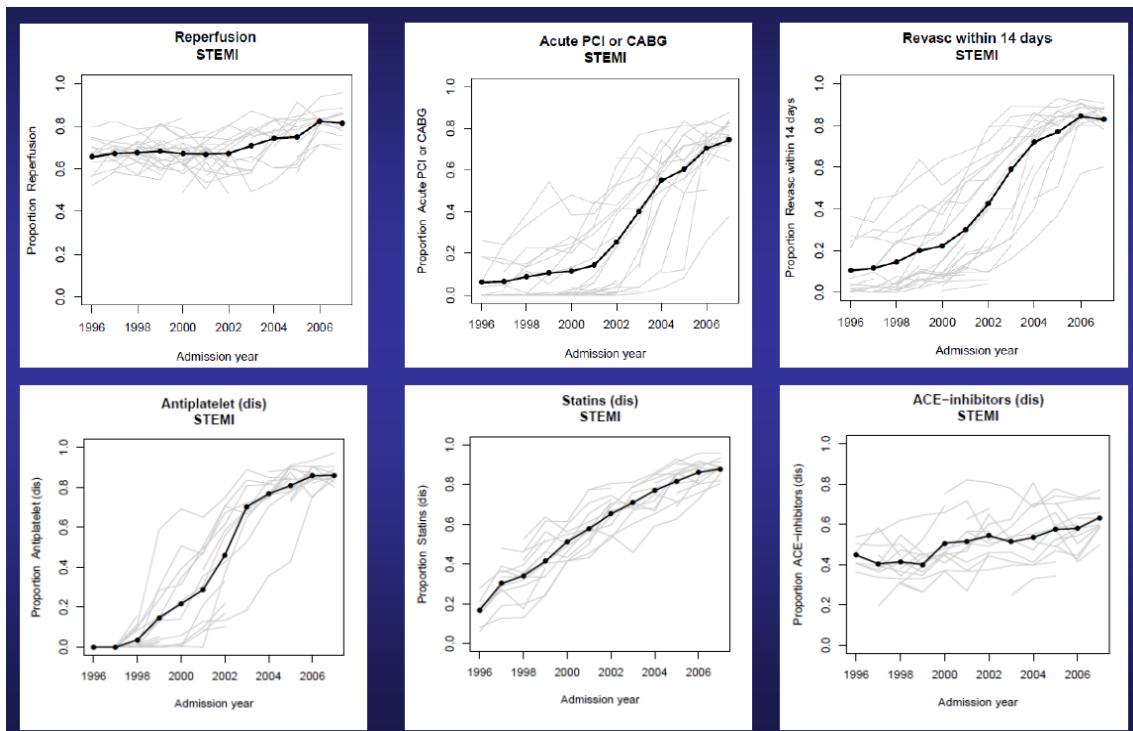
Anderzijds tonen epidemiologische studies duidelijk aan dat het sterftecijfer voor ischemische hartaandoeningen sterk gedaald is gedurende de voorbije decennia in Europa (figuur 1). Deze sterke daling is te verklaren door de belangrijke vooruitgang die is gemaakt in de behandeling van acute coronaire syndromen, hypertensie en hartfalen maar ook door een verbeterde primaire en secundaire preventie van atherosclerose



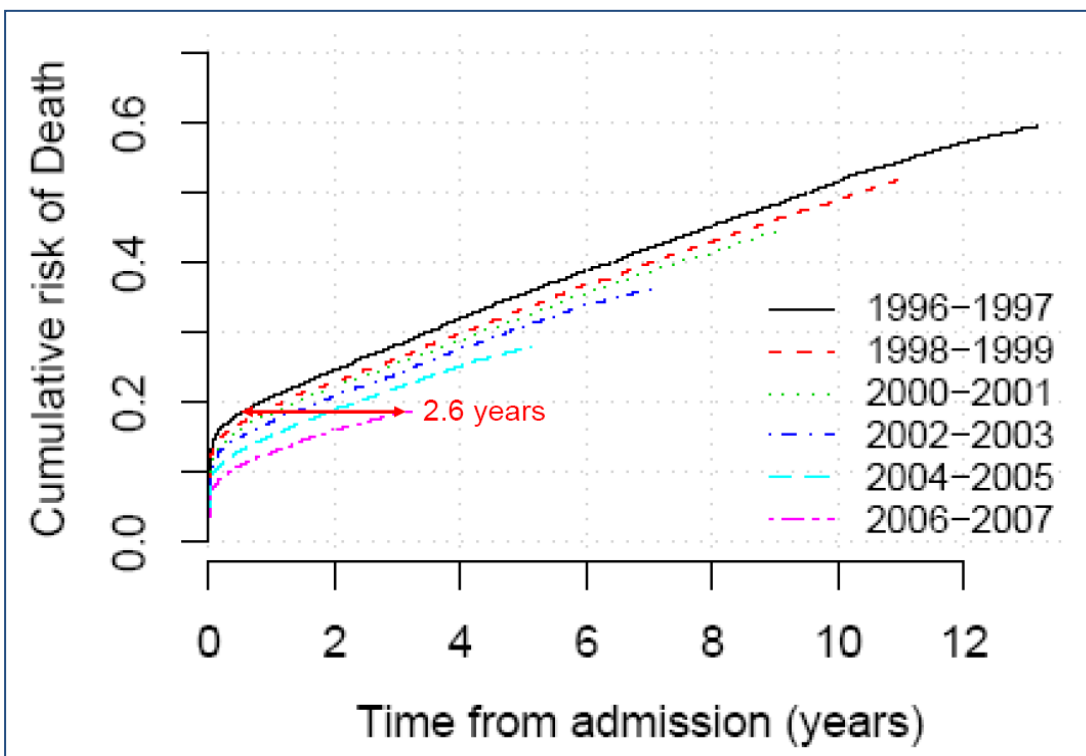
De geneeskunde, in het bijzonder de cardiologie, is de laatste decennia in sterke mate geëvolueerd met beter kennis van de pathologie wat geleid heeft tot verbeterde behandelingsmethodes (zoals meer efficiënte medicatie en technieken). Het probleem met deze snel evoluerende geneeskunde is dat de implementatie ervan suboptimaal en variabel is. Zo zien we een grote variatie in het gebruik van primaire PCI tussen de Europese landen en krijgen heel wat van de infarct patiënten onvoldoende secundaire preventie (cf euroaspire" ondanks publicaties van richtlijnen).

Een meer globale toepassing van kwaliteitsvolle geneeskunde conform evidenced based medicine leidt tot een sterke daling van korte en langetermijns mortaliteit zoals kon aangetoond worden door de Zweedse hartinfarct registraties. (zie figuur)

Figuur 2A



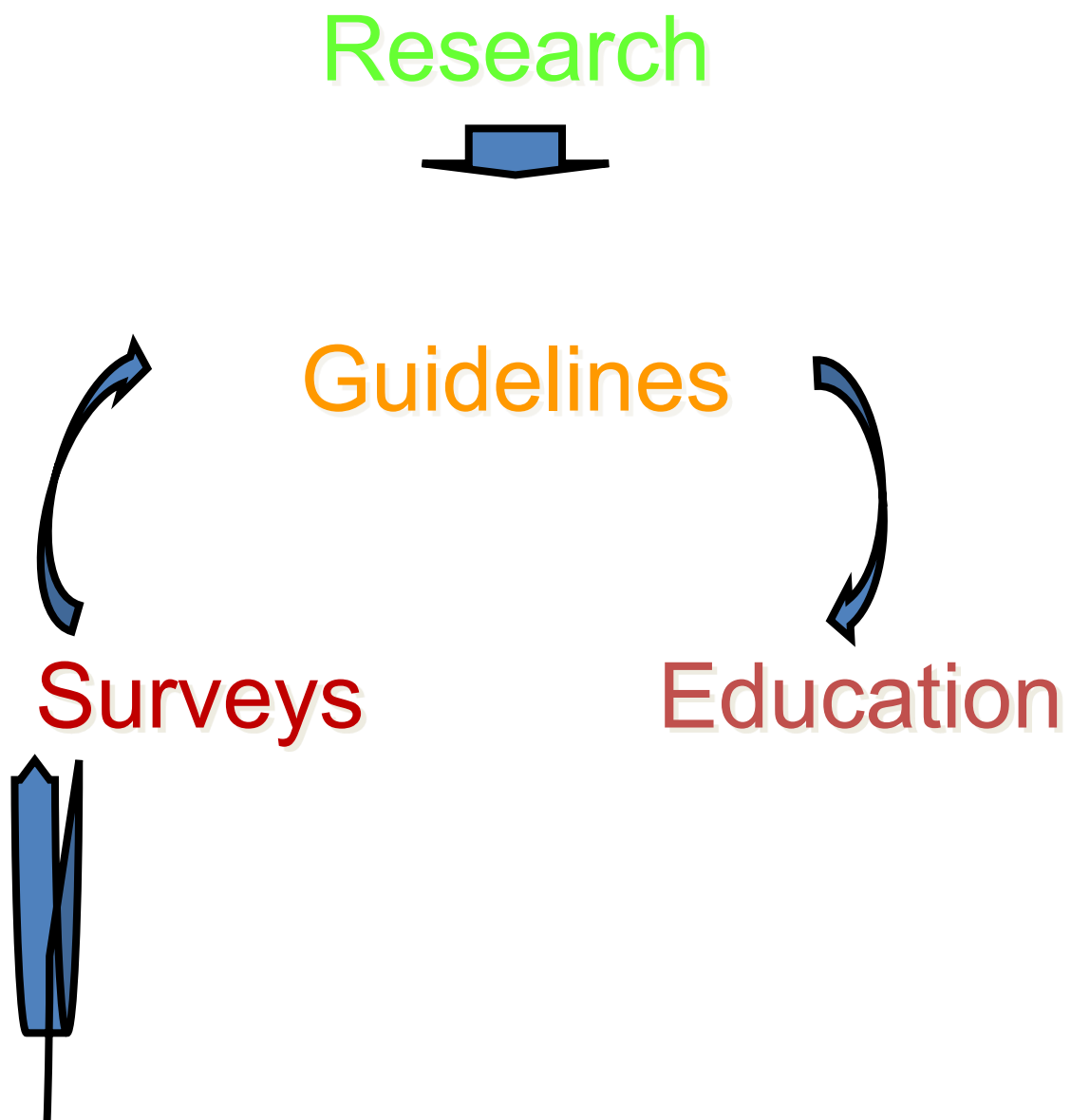
Figuur 2B



Evolutie van “ evidenced based therapy” (2A) en mortaliteit (2B) in Zweden voor STEMI patiënten in de periode 1996-2007

In die zin kan men stellen dat het aanbieden van kwaliteitsvolle geneeskunde (zowel curatief als preventief) aan de gehele populatie de beste garantie is om de explosie aan cardiovasculaire aandoeningen gerelateerd aan de vergrijzing te kunnen indijken.

Het bevorderen van kwaliteitsvolle geneeskunde volgt de levenscyclus van "evidenced based medicine" (zie figuur) waarbij implementatie van richtlijnen worden getoetst aan de hand van registraties/surveys en waarbij ervaring uit de registraties een aanzet kan zijn voor vernieuwing/aanpassing van bestaande richtlijnen.



2. MISSIE

Het College van Cardiologie heeft als missie de kwaliteit van cardiovasculaire zorgen te bevorderen met als einddoel de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit te doen dalen.

Hiertoe zal ze in samenwerking met de Belgische vereniging van cardiologie instrumenten ontwikkelen voor betere implementatie van de Europese richtlijnen in de dagelijkse cardiologische praktijk in België.

De belangrijkste instrumenten zijn: uitschrijven van een kwaliteitshandboek, organisatie van educatieve vergaderingen, opzetten van nationale registers met identificatie van kwaliteitsindicatoren voor de belangrijkste cardiale pathologieën en organisatie van feedback en controle processen.

3. KWALITEITSHANDBOEK

Zoals opgenomen in het KB van 15 juli 2004 dienen alle zorgprogramma's "cardiale pathologie" te beschikken over een multidisciplinair cardiologisch kwaliteitshandboek. Dit handboek beoogt een betere standaardisatie van het beleid van de cardiale patient zowel binnen het ziekenhuis als in het kader van een netwerk van ziekenhuizen. In dit handboek zullen volgende elementen aan bod komen:

- a. Administratieve gegevens:
 - Infrastructuur en activiteiten van de dienst
 - medisch – paramedisch – verpleegkundig personeel
 - Samenwerkingsverbanden (intern en extern)
- b. Klinische paden/ SOP (standard operating procedure)
- c. Kwaliteitsbeleid - opstellen van kwaliteitsindicatoren

Om tot een meer uniform beleidsdocument te komen zal het college in samenwerking met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een generisch model opmaken dat als basis dient voor het kwaliteitshandboek.

Het college verzamelt de ingevulde kwaliteitshandboeken van de verschillende ziekenhuizen en waakt over de actualisatie van de documenten.

4. EDUCATIE

In nauwe samenwerking met de Belgische Vereniging voor Cardiologie en de werkgroepen zullen jaarlijks educatieve vergaderingen worden georganiseerd voor toelichting en bespreking van de nieuwe Europese richtlijnen.

Tijdens de nationale vergadering van de Belgische vereniging voor cardiologie wordt een “joint BSC-ESC” sessie georganiseerd rond een nieuwe Europese richtlijn.

Daarnaast organiseren de verschillende wetenschappelijke werkgroepen van de BSC studiedagen waarbij richtlijnen praktisch worden vertaald (vb aan de hand van flowcharts)

Er zal ook initiatief genomen worden tussen het cardiochirurgische en cardiologische deel van het college cardiale pathologie om afspraken te maken rond “heart team” in het kader van cardiochirurgische indicatiestelling.

5. NATIONALE REGISTERS

Registratie van de klinische praktijk is een belangrijk onderdeel in het proces van “evidenced based medicine”. Het laat toe om na te gaan in welke mate medische aanbevelingen opgevolgd worden en in welke mate het toepassen van medische aanbevelingen ook resulteert in een betere prognose. Binnen de cardiologie bestaan volgende registraties

- a. STEMI register, gestuurd door werkgroep acute cardiologie (BIWAC)
- b. PCI register, gestuurd door werkgroep interventiecardiologie (BWGIC)
- c. PM register, gestuurd door werkgroep electrofysiologie (BEHRA)
- d. AICD register, gestuurd door werkgroep electrofysiologie (BEHRA)
- e. Ablatie register gestuurd door werkgroep electrofysiologie (BEHRA)
- f. Hartfalen register gestuurd door Werkgroep Hartfalen
- g. TAVI register, gestuurd door werkgroep interventiecardiologie (BWGIC)

Gezien beperkte middelen (zowel financieel als naar personeelsomkadering) is een nauwkeurige selectie van een beperkt aantal zorgproces indicatoren (kwaliteitsindicatoren) aangewezen. De selectie van deze kwaliteitsindicatoren dient in samenspraak met de werkgroepen te gebeuren.

Kwaliteitsindicatoren dienen zowel betrekking te hebben op het zorgproces als op de outcome van de patient:

- a. kwaliteitsmerker zorgproces: vb proportie primaire PCI bij STEMI infarct
- b. Kwaliteitsmerker prognose: vb mortaliteit gecorrigeerd voor basis karakteristieken

Het college zal samen met de werkgroep bepalen welke kwaliteitsindicatoren publiek kunnen gemaakt worden.

Voor evaluatie van de betrouwbaarheid van de registratie dient een **audit** te gebeuren in een steekproef van +/- 5% van de patiënten. Tijdens deze audit dient nagekeken te worden of er een goede overeenkomst is tussen de gegevens ingevuld in de registratie en de gegevens uit het brondocument (vb ontslagbrief of PCI-PM verslag).

De organisatie van de audit dient te gebeuren in nauwe samenwerking met de wetenschappelijke werkgroepen. De individuele auditverslagen (van elk hospitaal) dient teruggekoppeld te worden met het desbetreffende hospitaal.

Het college staat in voor de financiële en logistieke ondersteuning van de audit. Het college kan hiertoe een CRA aanwerven voor de monitoring ter plaatse.

De wetenschappelijke werkgroepen staan in voor de organisatie van de **peer review**. Op basis van de geregistreerde gegevens kunnen "outliners" worden geïdentificeerd en zonodig dienen overlegmomenten worden ingelegd met de belangrijkste "outliners".

Jaarlijks dient een **jaarverslag** gemaakt te worden over de activiteiten die werden geregistreerd.

Dit jaarverslag dient volgende punten te bevatten:

Globale beschrijving van de activiteit

vb aantal PM, aantal PCI, aantal stents,..

Globale resultaten van de kwaliteitsindicatoren

vb mortaliteit, tijdsfactoren bij STEMI, indicatie PM

Globale resultaten van de audit

Globale resultaten van de peer review

De Jaarverslagen zullen bekend gemaakt worden voor de Belgische cardiologen/cardiochirurgen (preferentieel via website)

6. GLOBAAL WERKPLAN 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Quality book	template design	collection Hospitals book	Adjustment Template	collection
Quality Indicators	definition	collection	Adjustment +Collection	collection
Registration	adjustment +collection	collection /analysis	Adjustment +Collection/analysis	collection /analysis
Audit Peer review	Audit +peer review	Audit +Peer review	Audit +Peer review	Audit +Peer review