

Het resultaat telt 2006

**Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter
voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg**

Den Haag, december 2007

Inhoudsopgave

	Quo Vadis?	5
1	De Basisset als toezichtinstrument van de inspectie?	7
2	De opvallende resultaten van 2006	12
3	Trends	15
4	Thermometer	16
5	Resultaten	23
1	Decubitus	23
2	Bloedtransfusies	31
3	Medicatieveiligheid	37
4	Zorginformatie- en communicatietechnologie (zorg-ICT)	47
5	Postoperatieve wondinfecties	57
6	Complicatieregistratie	63
7	Pijn na operatie	69
8	Volume van risicovolle interventies	79
9	Cholecystectomie	85
10	Ongeplande heroperaties	89
11	Afgezegde operaties	95
12	Intensive Care	101
13	Zwangerschap	111
14	Diabetes mellitus	117
15	Hartfalen	129
16	Sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct	135
17	Cerebrovasculair accident	141
18	Heupfractuur	147
19	Mammatumor	155
20	Postoperatieve opnameduur na blindedarmoperatie bij kinderen	159

Bijlage 1	Literatuuroverzicht	165
Bijlage 2	Lijst van ziekenhuizen	167
Bijlage 3	Lijst van afkortingen	172
Bijlage 4	Samenwerkingsovereenkomst IGZ-NVZ-NFU-Orde	173

Quo Vadis?

De inspectie presenteert voor de vierde keer de resultaten en interpretaties die de prestatie-indicatoren van de ziekenhuizen hebben opgeleverd. De gegevens per ziekenhuis, waarop deze resultaten zijn gebaseerd, zijn vermeld op de website van IGZ en zijn dus publiekelijk toegankelijk.

Ook dit vierde rapport op rij laat duidelijk de groei van het instrument 'Basisset Prestatie-indicatoren' zien. Indicatoren zijn scherper gedefinieerd waardoor de interpretatieruimte is afgenomen en de betrouwbaarheid van de uitkomsten is toegenomen.

Deze ontwikkeling is met name het resultaat van een goede en vruchtbare samenwerking tussen de inspectie enerzijds en de professionals op de werkvloer en vertegenwoordigers van de wetenschappelijke en belangenverenigingen anderzijds. De inspectie heeft de uiteindelijke regie over de basisset en neemt voor de inhoud ervan dan ook de volledige verantwoordelijkheid. Dat neemt niet weg dat geen enkele nieuwe indicator in de basisset meer geïntroduceerd wordt voordat hierover met de professionals overleg heeft plaatsgevonden en de indicator getest is door het veld. Alle in dit rapport beschreven resultaten zijn vóór publicatie aan de wetenschappelijke verenigingen voor commentaar voorgelegd en plenair besproken.

Vrijwel alle ziekenhuizen leveren nu, per indicator, de gevraagde gegevens. Op basis van de bijgevoegde toelichting is het beleid van het ziekenhuis, ten aanzien van de door de indicator aangestipte zaken, meestal helder in beeld te krijgen.

Net als in de voorgaande jaren reeds vermeld is, biedt dit rapport geen ranglijst van ziekenhuizen. Een ziekenhuis is een complexe organisatie waar diagnostiek, behandeling en zorg van patiënten met een grote diversiteit van aandoeningen plaatsvindt. Een 'waardeoordeel' op basis van de prestatie-indicatoren alleen, over het gehele ziekenhuis doet geen recht aan deze verscheidenheid. Bovendien is het belang van de inspectie dat in alle ziekenhuizen, ongeacht welke rangorde dan ook, zorg wordt geleverd van voldoende niveau en dat ieder ziekenhuis zijn zorg voortdurend verbetert.

Wel stelt de inspectie voortaan op basis van de prestatie-indicatoren, maar ook op basis van andere interne bronnen, zoals het thematisch onderzoek, het interventieonderzoek en andere gegevens die de inspecteur-accounthouder van een ziekenhuis ten dienste staan, een oordeel vast over de kwaliteit van zorg, verstrekt door (delen van) het ziekenhuis. De inspectie stelt dit oordeel pas vast na het jaargesprek, waarin de raad van bestuur en de betrokken professionals opvallende resultaten kunnen toelichten en eventueel na een nader inspectieonderzoek. Zij verwacht vervolgens van

het ziekenhuis, afhankelijk van de ernst van dit oordeel, een adequate verbeteractie. Het moge duidelijk zijn dat de termijn van de ziekenhuisactie omgekeerd evenredig is met de ernst van het oordeel.

In de voorgaande jaren was publiciteit over opvallende resultaten voor veel ziekenhuizen al aanleiding om verbeteringen in gang te zetten. Dit jaar is de inspectie begonnen met handhaving op een specifiek thema: het volume van oesophaguscardiaresecties dat in een evidence-based richtlijn van de betrokken wetenschappelijke verenigingen is vastgesteld op tenminste 10 per jaar.

Ziekenhuizen die deze ingreep uitvoeren maar minder dan tien operaties per jaar halen, hebben de opdracht gekregen hetzij met deze procedure te stoppen, hetzij aannemelijk te maken dat door concentratie, in samenwerking met buurziekenhuizen, de norm per jaar wel gehaald kan worden.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

1 De Basisset als toezichtinstrument van de inspectie?

Inleiding

Voor u ligt het vierde deel uit de reeks 'Het resultaat telt', waarin de resultaten van de indicatoren van de Nederlandse ziekenhuizen voor 2006 zijn verwerkt en geanalyseerd.

Inmiddels is de Basisset Prestatie-indicatoren (Basisset) een redelijk vertrouwd instrument geworden, zowel voor de inspectie als voor haar toezichtveld: het Nederlandse ziekenhuis.

Reden om, zeker nu het eerste jubileum aanstaande is, te bezien voor welke strategie de inspectie de komende jaren kiest ten aanzien van de Basisset.

Ontwikkelingen in het toezicht

De hoofdthema's in het toezicht voor de inspectie, gebaseerd op de belangrijkste knelpunten in de curatieve gezondheidszorg, zijn de komende 5 jaar onder meer:

- **Patiëntveiligheid**, als basis voor vertrouwen van de burger in de zorg. Op 12 juni 2007 boden de veldpartijen de Minister het veiligheidsprogramma voor de ziekenhuizen aan. Dit programma beoogt vermijdbare schade in vijf jaar te halveren, door de introductie van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en interventie op tien speerpunten. De inspectie houdt toezicht op de voortgang van dit programma en ziet toe dat het beoogde resultaat wordt bereikt. Daartoe zal zij zich tijdens het jaargesprek in ieder ziekenhuis laten informeren over de voortgang van het VMS. In 2009 wijdt de inspectie een speciaal onderzoeksproject aan het VMS en worden specifieke veiligheidsindicatoren naast de Basisset ontwikkeld en bij de ziekenhuizen uitgezet. Deelname aan het veiligheidsprogramma en het bereiken van de afgesproken doelstellingen kan daardoor niet vrijblijvend zijn.
- **Transparantie over de kwaliteit van zorg**, ook daar waar vanuit het oogpunt van het toezicht geen specifiek risico in het geding is. Dit systeem, gezamenlijk ontwikkeld door de inspectie, verzekeraars, aanbieders, cliënten/patiëntenorganisaties en professionals, biedt daardoor keuzemogelijkheden voor met name de burger en werkt tegelijkertijd als stimulans voor verbetering van de zorg in de richting van het streefniveau. De inspectie coördineert en ondersteunt dit door haar bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK).

Nieuwe methodologie

Het toezicht is erop gericht dat de patiënt/cliënt zich met een gerechtvaardigd vertrouwen kan wenden tot zijn zorgverlener. Dit laat onverlet dat het gericht

opsporen van risico's in de zorg nodig blijft. De Basisset is een instrument waarmee de inspectie vermijdbare risico's kan opsporen, bij voorkeur voordat schade aan patiënten zich heeft voorgedaan.

Daarmee is de Basisset een onderdeel van het gefaseerd toezicht (GT). Dit is een methodiek waarbij de inspectie bij zorginstellingen eerst gegevens verzamelt over mogelijke risico's in de zorg om vervolgens haar inspectiecapaciteit gericht in te zetten.

Voor de informatieverzameling gebruikt de inspectie in de eerste fase, naast gegevens over meldingen en resultaten van thematisch toezicht, uitkomstgerelateerde prestatie-indicatoren. Hiermee wordt inzicht verkregen in die risicogebieden waar de kwaliteit van zorg lijkt achter te blijven.

Gestandaardiseerde rapportages over de geleverde kwaliteit van zorg bevorderen transparantie en bieden de burger betere informatie/keuzemogelijkheid dan voorheen. Daarmee levert de inspectie ook een noodzakelijke randvoorwaarde voor het functioneren van het nieuwe zorgstelsel. Dit is schematisch weergegeven in onderstaande figuur.

Voor de ziekenhuizen bestaat fase 1 uit de Basisset. Na analyse en eventueel aanpassing van de gegevens vindt geaggregeerde rapportage plaats in 'Het resultaat telt'. Het jaargesprek met elk ziekenhuis, waarin niet alleen de resultaten van de Basisset,



maar ook informatie uit andere interne- en externe bronnen wordt gebruikt, vormt de tweede fase. Deze wordt met een individueel rapport van het ziekenhuis beëindigd. Fase 3 treedt in werking als, naar het oordeel van de inspectie, het ziekenhuis maatregelen dient te nemen, of wanneer de inspectie van mening is dat, gezien de ernst van de situatie, direct ingrijpen noodzakelijk is.

In fase 0 worden indicatoren, op basis van resultaten uit voorgaande jaren en op indicatie van het veld, verbeterd en nieuw ontwikkeld. Dit proces blijkt veel energie te vergen, zowel van de inspectie als van de met haar samenwerkende partijen.

De relatie tussen de Basisset en het patiëntveiligheidsprogramma

De indicatoren in de Basisset geven informatie over de kwaliteit van de zorg gedefinieerd als effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid van de zorg. Volgens een afspraak tussen de betrokken partijen neemt de Basisset niet toe in omvang. Het veiligheidsprogramma voor de ziekenhuizen dat de veldpartijen dit voorjaar (2007) de Minister aanboden, richt zich op het instellen van een algemeen VMS en op het vergroten van de veiligheid door specifieke maatregelen in een aantal risicovolle situaties. Voorbeelden daarvan zijn medicatieveiligheid, preventie van ziekenhuisinfecties en adequate reacties bij acute aandoeningen.

Een wetenschappelijke adviesraad adviseert de inspectie over de wijze waarop zij toezicht kan houden op de voortgang van het veiligheidsprogramma en het behalen van de doelstelling, namelijk het in 5 jaar halveren van de vermijdbare schade en sterfte. Het toezicht op de voortgang van het VMS start in 2008 met gerichte inspecties op verschillende ziekenhuisafdelingen. Waar mogelijk worden deze inspecties in de tijd aan het jaargesprek gekoppeld. Voor het toezicht op het behalen van de doelstelling en het toezicht op de specifieke interventies worden veiligheidsindicatoren ontwikkeld. Afhankelijk van de soort indicatoren en de frequentie van meten, worden deze aan de Basisset toegevoegd of apart aan de ziekenhuizen gevraagd.

De relatie tussen de Basisset en Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit

Valide, betrouwbare en vergelijkbare informatie over de prestaties van alle zorginstellingen dient zo snel mogelijk beschikbaar te zijn. Om dat te bewerkstelligen is een gezamenlijke aanpak gewenst. Om te zorgen voor onderlinge afstemming tussen de verschillende zorgsectoren heeft de Minister de inspectie gevraagd een regierol te vervullen. In 2007 is door de inspectie daartoe het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit gestart, dat als opdracht meekreeg in de komende jaren transparantie-initiatieven zorgbreed te coördineren en te faciliteren. De kern van de aanpak is dat de regie per sector is neergelegd bij een stuurgroep, waarin alle betrokkenen

(zorgaanbieders, cliënten/patiënten-organisaties, zorgverzekeraars, professionals en de inspectie) vertegenwoordigd zijn. De stuurgroepen worden vanuit het bureau ondersteund door een projectsecretaris. Het streven is om in de komende 5 jaar (dus voor 2013) in alle sectoren een breed gedragen set openbare informatie over kwaliteitsprestaties te realiseren, te beginnen met de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen. Het streven is hier om voor een groot aantal ziektebeelden kwaliteits-indicatoren te ontwikkelen, die alle betrokkenen voor hun eigen doel kunnen gebruiken. Zorgaanbieders kunnen zich met behulp van deze indicatoren profileren, zorgverzekeraars kunnen ze gebruiken bij hun zorginkoop en aan patiënten bieden zij een houvast om keuzen te maken.

De inspectie kan hieruit indicatoren selecteren die zij voor haar toezicht in de Basisset opneemt. De Basisset blijft hiermee in de eerste plaats het instrument om de eerste fase van het preventieve toezicht te realiseren.

Ontwikkelingen in de Basisset

De stelselwijziging en de daarmee samenhangende sterk gewijzigde financieringsstructuur stellen hoge eisen aan het bestuur van ziekenhuizen. In een meer marktgerichte omgeving dient de kwaliteit van zorg extra bewaakt te worden om daarmee het belang van de patiënt te beschermen.

Het verder ontwikkelen van de Basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen heeft dan ook hoge prioriteit. De set indicatoren moet valide, betrouwbaar en, waar dat mogelijk is, tussen ziekenhuizen vergelijkbaar gemaakt worden. De inspectie gebruikt de Basisset als basis voor haar risicogestuurde toezicht en richt zich op mogelijke verschillen in zorg. Een verschil in uitkomst is echter niet alleen afhankelijk van een verschil in zorg, maar hangt ook samen met de ziektezwaarte van patiënten. Daarom wordt in de Basisset bij de meeste uitkomstindicatoren onderscheid gemaakt in verschillende patiëntengroepen. Bijvoorbeeld in oudere of jongere patiënten, patiënten met weinig of juist veel bijkomende aandoeningen (ASA-score) of patiënten met een zeer ernstige (bloeding) of iets minder ernstige beroerte (infarct). Op basis van de resultaten formuleert de inspectie, daar waar veldnormen ontbreken, ook streefnormen voor de belangrijkste en/of meest-risicovolle ziekenhuisfuncties. Dit maakt het mede mogelijk de variatie in resultaten tussen ziekenhuizen sterk te verminderen. Actieve openbaarmaking is hiervoor een belangrijk instrument. De Basisset en het thematisch onderzoek versterken elkaar hierin: uit de Basisset ontstaat thematisch onderzoek en uit het thematisch onderzoek ontstaan, via richtlijnen en normen, nieuwe indicatoren.

De komende jaren zal de inspectie meer aandacht besteden aan het handhavingstraject van ziekenhuizen die niet voldoen aan de minimale eisen. Daarbij maakt het

niet uit of de bron waar de inspectie uit put, bestaat uit de Basisset en/of thematisch en/of interventietoezicht.

In 2007 heeft de inspectie voor het eerst consequenties getrokken uit het gegeven dat een aantal ziekenhuizen structureel niet voldoet aan de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen. Het betrof hier het verrichten van oesophagus-cardiaresecties, waarvan de richtlijn nadrukkelijk stelt dat een minimum van 10 procedures per jaar per ziekenhuis moet worden gerealiseerd, om ten aanzien van deze hoog complexe operatie voldoende ervaring te houden.

Ziekenhuizen die zich niet aan deze richtlijn hielden en deze ingreep minder dan 10 keer in 2006 uitvoerden, werden gemaand hiermee te stoppen of aan te tonen dat, door afspraken met andere ziekenhuizen, wel aan de minimumnorm kon worden voldaan.

In de toekomst zal de inspectie ook naar andere hoog complexe ingrepen kijken, hetzij van snijdende, hetzij van beschouwende aard, waarvoor heldere richtlijnen ten aanzien van het volume bestaan.

Samenwerking

De inspectie en de veldkoepels hebben in december 2005 een samenwerkingsovereenkomst (zie bijlage 4) gesloten, waarin de werkwijze voor het ontwikkelen van indicatoren en de verantwoordelijkheid van de partijen is omschreven. Afgesproken is daarbij zoveel mogelijk de AIRE (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation) systematiek te volgen.

Op basis van deze afspraken worden nieuwe indicatoren in de Basisset geïntroduceerd. Dit vindt plaats in goed overleg met de betrokken wetenschappelijke/belangenverenigingen, nadat deze geaccordeerd en getest zijn door de beroepsgroep. Deze indicatoren zijn waar mogelijk gebaseerd op richtlijnen en normen, of stellen deze vast daar waar zij ontbreken.

De inspectie houdt daarbij de uiteindelijke regie over de Basisset en het voor u liggende rapport, waarvoor de inspectie de volledige verantwoordelijkheid neemt. Met het gevonden draagvlak heeft de inspectie echter een krachtig argument om allereerst op basis van overtuiging te sturen. Pas daar waar dat niet tot het juiste resultaat leidt, zal zij met de wet in de hand maatregelen afdwingen.

2 De opvallende resultaten van 2006

In dit hoofdstuk worden de meest opvallende bevindingen van 2006 samengevat. De inspectie zal met de Orde, NVZ en NFU bespreken welke vervolgacties noodzakelijk zijn op basis van deze bevindingen. Mede op basis van de initiatieven die ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen zullen nemen zal de inspectie bepalen op welke wijze zij hierop toezicht zal houden, rekening houdend met het Werkplan 2008 en de noodzakelijke prioriteitsbepaling.

Decubitus

De daling van decubitusprevalentie blijft zich voortzetten in het vierde jaar van metingen en is nu 5,3 procent. De in Medisch Contact (MC 3 - 19 januari 2007, p 103-105) gesuggereerde invloed op het prevalentiecijfer van door sommige ziekenhuizen meegerekend vochtletsel, leidt niet tot waarneembare verschillen in de totale prevalentie van decubitus.

Bloedtransfusies

Transfusiereacties graad 3 en 4 leiden zelden tot een melding bij de inspectie. Daarmee is dit een indicator voor onderrapportage van calamiteiten.

Medicatieveiligheid

Vanaf 2003 is amper vooruitgang geboekt ten aanzien van de elektronische beschikbaarheid van medicatiegegevens. Opvallend hieraan is dat de ziekenhuisapotheken wel de beschikking hebben over elektronische medicatiegegevens. Dit impliceert dat de verantwoordelijkheid voor medicatiebewaking bij de ziekenhuisapotheker ligt en niet bij de voorschrijver.

Zorg-ICT

Ondanks het feit dat zorg-ICT een speerpunt van het beleid van het ministerie is geweest, is de afgelopen jaren geen substantiële vooruitgang in de automatisering van ziekenhuizen geboekt. Met name de invoermogelijkheden (elektronisch patiëntendossier, EPD) blijven ernstig achter.

Pijn na OK

Uit de verschillende manieren van registreren en na overleg met de NVA blijkt dat bijna geen enkel ziekenhuis inzicht in pijnmetingen heeft. De geleverde gegevens zijn vrijwel zonder uitzondering gebaseerd op schattingen of steekproeven. Slechts twee ziekenhuizen hebben een sluitende elektronische registratie. Als indicator voor een algemeen pijnbeleid is een steekproef ook voldoende. Echter, voor een goed pijnbeleid bij specifieke patiëntengroepen is een systematische registratie en evaluatie essentieel.

Volume van risicovolle interventies

In 2006 zijn opnieuw vier ziekenhuizen gestopt met het uitvoeren van oesophagus-cardiaresecties (OCR).

De inspectie heeft ziekenhuizen die de afgelopen 3 jaar stelselmatig minder dan het in de richtlijn genoemde minimum aantal van tien OCR verrichtten, opgedragen met deze ingreep te stoppen. Deze opdracht vervalt indien aannemelijk gemaakt kan worden dat, door afspraken met andere ziekenhuizen, voldoende van deze hoog complexe ingrepen kunnen worden uitgevoerd.

Afgezegde operaties

Universitair medische centra blijken een substantieel hoger percentage afgezegde operaties te hebben dan algemene ziekenhuizen.

Ongeplande heroperaties

Veel ziekenhuizen hebben een opvallend hoog percentage heroperaties na een colorectale operatie. De inspectie heeft deze ziekenhuizen opdracht gegeven onderzoek te verrichten naar dit hoge percentage.

Intensive Care

Er zijn nog steeds 4 van de 23 niveau III (hoogste niveau) IC-afdelingen niet gevisiteerd. Op 6 van de 52 niveau I (laagste niveau) IC-afdelingen is geen geregistreerde intensivist beschikbaar; 4 ziekenhuizen met een IC-afdeling niveau I daarentegen geven aan een onwaarschijnlijk groot aantal intensivisten (4 tot 14) fulltime voor de IC beschikbaar te hebben.

Het aantal fte geregistreerde intensivisten, opgegeven aan de inspectie, komt niet overeen met de gegevens van het NIVEL.

Zwangerschap

Het VOKS-percentiel is niet geschikt als criterium voor risicoselectie, maar is bedoeld als een handvat voor interne kwaliteitsbewaking door de gynaecoloog. Het is de vraag of ziekenhuizen deze gegevens hiervoor gebruiken. Nadere bestudering van de VOKS-percentielen over de afgelopen 4 jaar laat zien dat een derde van de ziekenhuizen inconsistente cijfers opgeeft en niet in staat lijkt de VOKS-cijfers goed te kunnen interpreteren.

Hartfalen

Er is een grote spreiding in het percentage heropnames binnen 12 weken na opname voor hartfalen. Een mogelijke oorzaak is het grote verschil in ziekenhuis-beleid ten aanzien van de hartfalenpoliklinieken bij de frequentie en uitvoering van poliklinische controles en transmurale afspraken.

CVA

In Nederland is geïntegreerde zorg voor patiënten met een CVA inmiddels volledig ingeburgerd; alle ziekenhuizen melden een stroke service en een stroke unit te hebben. Evenals bij de geïntegreerde diabeteszorg, de hartfalenpolikliniek en de mammapolikliniek verstaan ziekenhuizen onder deze zorgvernieuwingsprojecten echter geheel verschillende zaken.

Heupfractuur

Ruim een derde van de ziekenhuizen heeft geen inzicht in de mate waarin bijkomende problemen tijdige operatie van patiënten met een heupfractuur beïnvloeden; zij kunnen geen gegevens leveren over de ASA-classificatie van hun patiënten.

Kinderchirurgie

Meer dan 25 procent van de ziekenhuizen heeft in 2006 één of meerdere kinderen na een appendectomie langer dan twee weken opgenomen. Dit is te verwachten bij universitair medische centra en grote ziekenhuizen. Toch deed dit fenomeen zich ook opvallend veel voor in de overige ziekenhuizen.

3 Trends

Inmiddels zijn ziekenhuizen begonnen aan het vijfde meetjaar. De inspectie heeft de resultaten van de eerste jaren per ziekenhuis samengevoegd in een meerjaren-rapportage. Dit biedt inspecteurs een goed beeld over de veranderingen binnen een ziekenhuis in de loop van de tijd. U vindt dit overzicht op www.igz.nl.

Wanneer alleen naar de getallen gekeken wordt, dient men te bedenken dat bij veel indicatoren de definities in de loop der jaren zijn aangepast, enerzijds op grond van aandringen van de wetenschappelijke verenigingen, anderzijds omdat tijdens de analyses bleek dat de indicator voor meer dan één uitleg vatbaar was.

Bij een aantal indicatoren is een vergelijking wel mogelijk, echter alleen nadat de resultaten zodanig bewerkt zijn dat een verschil in definiëring een vergelijking niet meer in de weg staat.

Om dit laatste op een zorgvuldige wijze te doen, is meer tijd nodig. In de loop van 2008 zal de inspectie in een aantal publicaties de gemeten trends weergeven.

Te denken valt daarbij aan de indicatoren decubitus, risicovolle interventies en pijn na operatie.

4 Thermometer

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste gegevens van de geanalyseerde indicatoren samengevat. De eerste kolom (beschikbaar/bekend in %) geeft aan bij hoeveel procent van de ziekenhuizen in 2006 het gegeven bekend is of bij hoeveel procent de voorziening beschikbaar is. Tussen haakjes zijn de percentages van 2005 opgenomen. Bijvoorbeeld 99 procent van de ziekenhuizen heeft in 2006 een systematische decubitusregistratie (97% in 2005) en in 90 procent van de ziekenhuizen is de incidentie van decubitus bij totale heupvervangings bekend (71% in 2005).

Bij een groot deel van de indicatoren wordt naar cijfers gevraagd. Bij die indicatoren staat in de tweede kolom het gemiddelde; in de derde kolom de mediaan; in de vierde kolom de laagste waarde en in de vijfde kolom de hoogste waarde. In 2006 is de operatie aan een aneurysma aorta abdominalis bijvoorbeeld gemiddeld 42 keer per ziekenhuis uitgevoerd. De mediaan is 33; dat wil zeggen dat de helft van de ziekenhuizen in 2006 minder dan 33 keer deze operatie uitvoerde, in de andere helft was dit meer dan 33 keer het geval.

Daar waar van toepassing is in de zesde kolom het totale aantal patiënten genoemd waarop de gegevens betrekking hebben. In enkele gevallen is dat het totale aantal eenheden of het aantal bepalingen. Bij bloedtransfusiereacties staat hier achtereenvolgens dat zij zijn berekend voor 119.663 patiënten die een bloedproduct kregen en voor 658.592 getransfundeerde eenheden.

Tenslotte is in kolom 7 bij de indicator volume van risicovolle interventies ook het percentage ziekenhuizen dat deze ingreep niet uitvoert, opgenomen. Kolom 8 bevat het percentage ziekenhuizen dat de ingreep minder vaak uitvoert dan op basis van de literatuur wenselijk is.

Indicatoren ziekenhuisbreed	Beschikbaar/ Bekend in 2006 (2005) in %	Uitkomst				Aantal patiënten/ eenheden
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum	
1 Decubitus						
Systematische decubitusregistratie	99 (97)	5,3%	4,8%	0,5%	12,6%	38.971
Prevalentie decubitus, onderzochte patiënten	99 (95)	2,0%	1,2%	0,0%	13,6%	19.850
Incidentie van decubitus bij totale heupvervangings	90 (71)					
2 Bloedtransfusiereacties						
Deelname TRIP	100 (98)					
Transfusiereacties per 1000 patiënten (graad 3 en 4)	92 (95)	0,16‰	0,00‰	0,00‰	2,07‰	119.663
Transfusiereacties per 1000 eenheden (graad 3 en 4)	100 (93)	0,04‰	0,00‰	0,00‰	0,70‰	658.592
4 Zorginformatie en communicatietechnologie (ICT)						
Aantal geautomatiseerde functies voor inzage in kliniek	100 (99)	8,4	8,5	5,0	10,0	
Aantal geautomatiseerde functies voor inzage op de polikliniek	100 (99)	8,3	8,5	5,0	10,0	
Aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders in kliniek	100 (99)	3,4	3,0	0,0	11,5	
Aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders op polikliniek	100 (99)	3,1	2,5	0,0	11,0	
5 Wondinfectieregistratie						
Wondinfectieregistraties	98 (96)					
Incidentie- of prevalentieonderzoek	89 (81)					
6 Complicatieregistraties per ziekenhuis	100 (100)	70,3%	72,0%	18,8%	100%	

Indicatoren hoog-risico afdelingen									
	Beschikbaar/ Bekend in 2006 (2005) in %	Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Uitkomst Maximum	Aantal patiënten/ ingrepen	Ziekenhuizen met nul ingrepen	Ziekenhuizen met te weinig ingrepen	
7 Pijn na operatie									
Protocol	97 (84)								
Acute pijnservice	95 (78)								
Systematische pijnmeting: verkoeper	- (68)								
Systematische pijnmeting: verpleeg	- (63)								
Percentage pijnscore < 4	- (57)								
8 Volume van risicovolle interventies									
Aneurysma aorta abdominalis (AAA)	100 (100)	44	33	1	144	4.232	4	10	
Oesophaguscardiaresectie (OCR)	100 (98)	15	10	2	73	652	55	15	
9 Cholecystectomie									
Percentage galwegletsel	98 (96)	0,7%	0,6%	0,0%	3,5%	7.650			
10 Ongeplande heroperaties									
Percentage colorectale heroperaties	94 (93)	7,3	7,1	0,9	17,2	17.902			
Percentage heroperaties hernia inguinalis (facultatief)	95 (92)	4,7	3,9	0,0	17,8	26.092			
11 Afgezegde operaties									
Afgezegd door ziekenhuis	98 (94)	1,16	0,92	0,01	5,90	14.514			
Afgezegd door patiënt	93 (87)	0,82	0,62	0,02	5,32	9.351			

Indicatoren bij specifieke aandoeningen of ingrepen									
	Beschikbaar/ Bekend in 2006 (2005) in %	Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Uitkomst Maximum	Aantal patiënten/ ingrepen	Ziekenhuizen met nul ingrepen	Ziekenhuizen met te weinig ingrepen	
12 Intensive care									
Niveau I IC	52 (42)								
Niveau II IC	24 (30)								
Niveau III IC	23 (28)								
Aantal beademingsdagen	100 (99)	2.404	1.247	0	17.900	238.022			
Aantal IC-dagen	100 (100)	4.425	2.922	682	36.294	438.052			
Beademingsdagen/IC-dagen	100 (100)	47,4%	48,3%	0,0%	87,9%				
13 Zwangerschap									
Aantal bevallingen/praktijk VOKS-percentage	80 (75)		99 (96)	1207	1144	342	2767	114.665	

	Beschikbaar/ Bekend in 2006 (2005) in %	Uitkomst			Aantal patiënten/ bepalingen
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum	
14 Diabetes mellitus					
Geïntegreerde diabeteszorg (met toelichting)	90 (88)				
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling					
Type I	40 (26)	7,8	7,8	6,4 8,7	14.352
Type II	39 (26)	7,6	7,6	6,8 8,5	59.317
Geen onderscheid in type	32 (24)	7,4	7,5	6,4 8,0	68.659
Gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar					
Type I	41 (26)	2,6	2,6	1,2 4,0	14.352
Type II	41 (26)	2,6	2,6	1,1 4,0	59.317
Geen onderscheid in type	32 (24)	2,4	2,3	1,2 4,0	68.659
Oogheelkundige controle	84 (67)	76,9%	77,9%	40,4% 100%	133.787
15 Hartfalen					
Hartfalenpoli	100 (96)				
Heropname hartfalen jonger dan ouder	96 (89)	8,8%	7,5%	0,0% 40,0%	13.111
16 Acuut myocardinfarct (AMI)					
30-daagse sterfte AMI <65 jaar	38 (55)	2,1%	1,9%	0,0% 7,5%	5.417
30-daagse sterfte AMI 65 jaar en ouder	38 (55)	10,2%	10,2%	2,4% 16,5%	6.100
Ziekenhuissterfte AMI <65 jaar	72 (40)	1,8%	1,8%	0,0% 5,9%	8.217
Ziekenhuissterfte AMI 65 jaar en ouder	72 (40)	10,5%	11,1%	0,0% 24,1%	9.891
90-daagse sterfte AMI <65 jaar (facultatief)	28 (39)	2,6%	2,6%	0,0% 5,6%	3.567
90-daagse sterfte AMI 65 jaar en ouder (facultatief)	28 (39)	12,4%	12,1%	4,6% 21,1%	4.375

	Beschikbaar/ Bekend in 2006 (2005) in %	Uitkomst			Aantal patiënten/ bepalingen
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum	
17 Cerebrovasculair accident (CVA)					
Stroke service/unit	100 (95)				
Sterfte ischemisch CVA < 65 jaar	99 (95)	2,5%	1,8%	0,0% 13,6%	6.220
Sterfte ischemisch CVA 65 jaar en ouder	99 (95)	6,0%	5,4%	0,0% 17,1%	16.283
Sterfte hemorrhagisch CVA < 65 jaar	99 (95)				1.141
Sterfte hemorrhagisch CVA 65 jaar en ouder	99 (95)	26,6%	25,8%	0,0% 58,3%	3.178
18 Heupfractuur					
Percentage <24 uur geopereerd, ASA 1-2	59 (44)	90,2%	92,2%	68,2% 100%	3.886
Percentage <24 uur geopereerd, ASA 3-5	60 (43)	82,1%	83,9%	40,5% 100%	4.229
Percentage <24 uur geopereerd, geen onderscheid in ASA	47 (59)	84,0%	87,3%	42,9% 100%	5.952
19 Mammatumor					
Mammapoli	99 (99)				
Percentage diagnose < 5 dagen	86 (94)	85,7%	90,6%	26,7% 99,6%	42.881
20 Opnameduur blindedarmoperatie bij kinderen					
Totaal aantal opnames blindedarmoperatie kinderen	100	34,9	31,0	3,0 97,0	3.353
Opnameduur gemiddeld	99	3,7	3,6	1,7 8,0	
Opnameduur mediaan	99	1,3	1,0	0,0 3,0	
Opnameduur minimum	99	2,8	3,0	1,0 5,0	
Opnameduur maximum	99	13,6	11,0	4,0 99,0	

5 Resultaten

1 Decubitus

Beschikbare indicatoren

- 1 De beschikbaarheid van een systematische decubitusregistratie, de wijze van registratie en de wijze waarop de resultaten aantoonbaar gebruikt worden in beslissingen van het management.
- 2 Het percentage patiënten dat op een vast tijdstip in het afgelopen jaar op decubitus werd onderzocht.
- 3 Het aantal gevallen van decubitus (graad 2 tot en met 4) als percentage van de onderzochte patiënten op een vast tijdstip in het afgelopen jaar (puntprevalentie), exclusief de patiënten die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden.
- 4 Het aantal nieuwe gevallen van decubitus (incidentie) bij patiënten opgenomen voor een totale heupvervanging van 1 januari tot en met 31 december 2006.

Relevante begrippen

Decubitus	Bij decubitus, ook wel doorliggen genoemd, is sprake van beschadiging van de huid en het onderliggende weefsel. Decubitus wordt veroorzaakt door druk of schuif- en wrijfkraften tussen huid en matras. Vocht (zweet of incontinentie), ondervoeding en immobiliteit zijn belangrijke risicofactoren. Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
LPOD / LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) voorheen LPOD geheten, georganiseerd door de Universiteit Maastricht, waarbij decubitus gestandaardiseerd wordt vastgesteld en geregistreerd door decubitusconsulenten. (Zie op internet: http://www.lpz-um.nl/)
Prevalentie	Het aantal patiënten met een bepaalde ziekte (in dit geval decubitus) dat aanwezig is op een bepaalde plaats (ziekenhuis) binnen een bepaalde tijdseenheid gedeeld door het totale aantal onderzochte personen.
Puntprevalentie	Een eenmalige prevalentiemeting binnen een korte tijdperiode, meestal een dag.
Incidentie	Het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte op een bepaalde plaats binnen een bepaalde tijdseenheid.

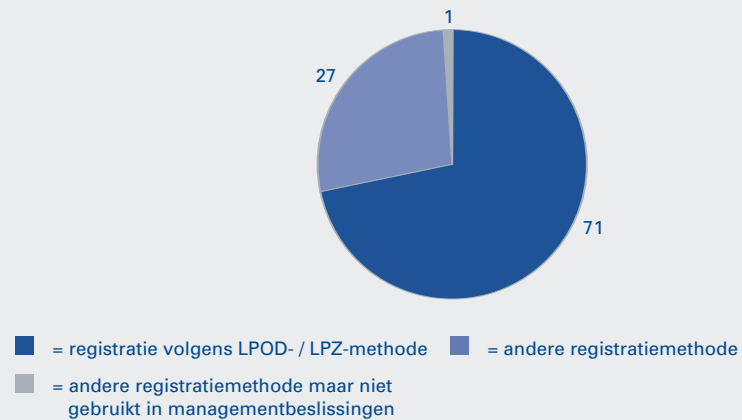
Ziekenhuisselectie

De gegevens over decubitus hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 2 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 1.1

Beschikbaarheid van een systematische decubitusregistratie en gebruik van registratiesystemen in ziekenhuizen die aangeven over een systematische decubitusregistratie te beschikken (n=99)



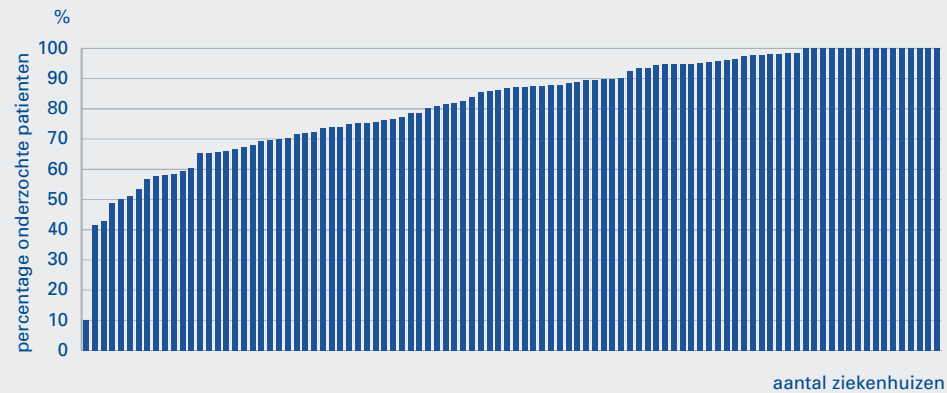
Figuur 1.1

Decubitus kan voorkomen in alle ziekenhuizen waar patiënten worden opgenomen. In alle ziekenhuizen is inmiddels sprake van een systematische registratie van decubitus. Hiervan gebruiken 98 ziekenhuizen (99%) de gegevens bij managementbeslissingen.

Voor de registratie gebruiken 71 ziekenhuizen (72%) het landelijke LPZ-protocol en 27 ziekenhuizen (27%) een ander of eigen protocol. Enkele ziekenhuizen geven in de toelichting aan onderscheid te maken tussen 'echte' decubitus en huidlaesies door vochtletsel. De LPZ-methode maakt in haar beschrijving eveneens een, niet door alle deskundigen onderschreven, onderscheid tussen huidlaesies ten gevolge van incontinentie of zweten en decubitus door wrijf- en schuifkracht. In de meeste gevallen waarbij vocht een rol speelt, gaat het om een combinatie van vocht en wrijf- en schuifkrachten. Laesies uitsluitend ten gevolge van vocht komen bij hooguit 2 procent van de patiënten met huidlaesies voor. Het al dan niet maken van dit onderscheid heeft derhalve vrijwel geen gevolgen voor de geregistreerde prevalentie of incidentie.

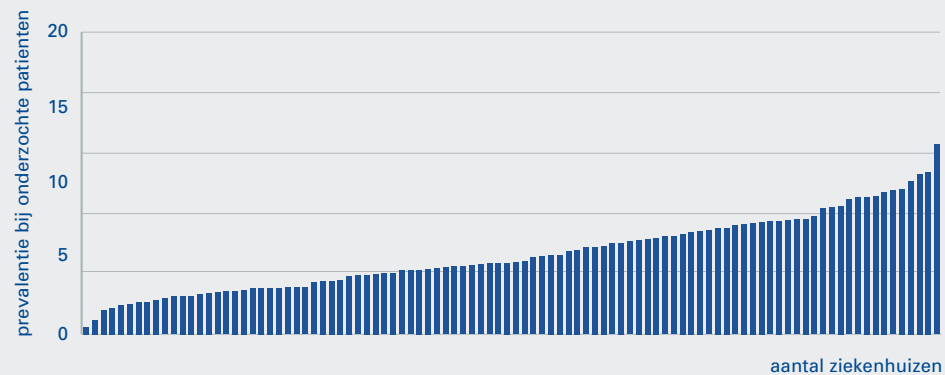
Figuur 1.2

Percentage onderzochte patiënten met decubitus graad 2-4 ten opzichte van totaal aantal opgenomen patiënten (n=98)



Figuur 1.3

Puntprevalentie van decubitus graad 2-4 voor de onderzochte populatie (n=98)



Figuur 1.2

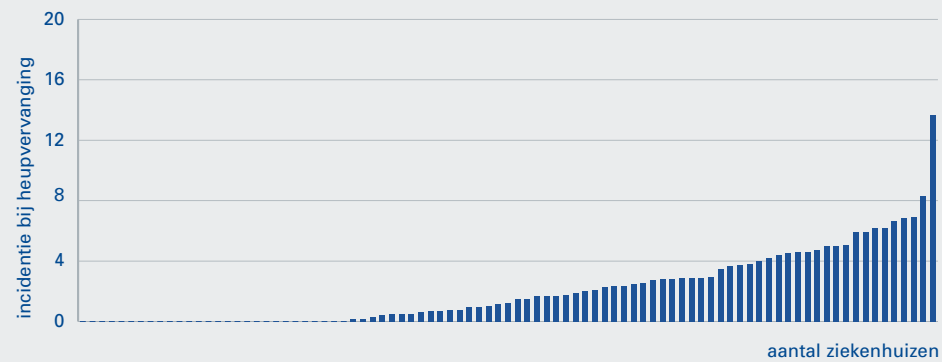
In 98 ziekenhuizen waren ten tijde van een prevalentiemeting in totaal 38.971 patiënten opgenomen. Hiervan zijn 32.876 patiënten (84%) op decubitus onderzocht. Eén ziekenhuis vermeldt alleen het aantal onderzochte patiënten. Het percentage onderzochte patiënten ten opzichte van het aantal opgenomen patiënten varieert van 10 tot 100 procent. Een score van 100 procent is niet waarschijnlijk. Enerzijds omdat het niet zinvol is dat alle afdelingen van een ziekenhuis meedoen aan het prevalentieonderzoek. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kinderafdeling of een short-stay afdeling waar het risico op decubitus vrijwel afwezig is. Anderzijds omdat op afdelingen die wel meedoen aan het prevalentieonderzoek over het algemeen enkele patiënten niet aan het onderzoek kunnen of willen deelnemen.

Figuur 1.3

In 98 ziekenhuizen werd in het totaal bij 1.512 patiënten (4,5%) decubitus gevonden. De puntprevalentie bij de onderzochte patiënten varieert van 0,5 tot 12,6 procent met een gemiddelde van 5,3 procent.

In vijf ziekenhuizen worden continu prevalentie- en incidentiegegevens geregistreerd. Twee ziekenhuizen geven aan vanaf 2007 een continue registratie in te voeren. Deze manier van meten is nauwkeuriger dan het slechts op één moment meten van de aanwezigheid van decubitus (prevalentie).

Figuur 1.4

Incidentie van decubitus bij totale heupvervangings (n=89)**Figuur 1.4**

De incidentie van decubitus bij patiënten die zijn opgenomen voor een totale heupvervangings is bekend in 89 ziekenhuizen, 2 ziekenhuizen baseren de opgegeven incidentie op een steekproef, 7 geven geen gegevens en in 1 categoriaal ziekenhuis komt deze ingreep niet voor.

In deze 89 ziekenhuizen vonden in 2006 in totaal 19.850 totale heupvervangings plaats. Hierbij is bij 400 patiënten decubitus ontstaan. De incidentie van decubitus bij totale heupvervangings varieert van 0 tot 13,6 procent. Gemiddeld is de incidentie 2,0 procent. 28 ziekenhuizen geven aan dat er geen enkele patiënt is geweest waarbij decubitus is ontstaan. 10 ziekenhuizen hebben een incidentie van meer dan 5 procent.

Conclusies

- 1 Alle ziekenhuizen registreren de prevalentie of incidentie van decubitus.
- 2 Registratie volgens de LPOD/LPZ-methodiek is de meest voorkomende vorm van registratie.
- 3 Er is een groot verschil in prevalentie. Dit verschil kan deels, maar niet volledig, verklaard worden doordat:
 - ziekenhuizen verschillende populaties hebben gemeten.
 - ziekenhuizen verschillende methoden van opsporing hebben gebruikt.
 - ziekenhuizen verschillend omgaan met het includeren van vochtletsel.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het percentage onderzochte patiënten is lager dan 60 procent of gelijk aan 100 procent.
- 2 Het opgegeven prevalentiecijfer is hoger dan 9 procent in de onderzochte populatie (p90).
- 3 Het opgegeven prevalentiecijfer is lager dan 2,3 procent in de onderzochte populatie (p10).
- 4 De incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangings is gelijk aan 0 of hoger dan 5,9 procent.

2 Bloedtransfusies

Beschikbare indicatoren

- 1 Het beleid ten aanzien van transfusieveiligheid:
 - Rapportage van transfusiereacties in de TRIP-registratie.
 - Rapportage van transfusiereacties aan het transfusielaboratorium.
 - Rapportage aan de MIP/FONA-commissie.
- 2 Het aantal transfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 getransfundeerde eenheden en per 1.000 patiënten, in het afgelopen jaar.
- 3 Het aantal transfusiereacties graad 1 en 2 per 1.000 getransfundeerde eenheden en per 1.000 patiënten, in het afgelopen jaar. Deze gegevens worden alléén gevraagd als het ziekenhuis niet deelneemt aan de TRIP-registratie.

Relevante begrippen	
Transfusiereactie	Het afweersysteem valt gedoneerde bloedcellen aan, omdat het de aanwezigheid van deze vreemde cellen niet accepteert. Deze aanval kan bijvoorbeeld ontstaan doordat sprake is van besmet donorbloed (besmetting bijvoorbeeld met HIV, hepatitis en Creutzfeld-Jacob). Wanneer bloed met een verkeerde bloedgroep of een verkeerde resusfactor wordt toegediend bij een transfusie kan bloedincompatibiliteit een transfusiereactie veroorzaken. De ernst van een transfusiereactie is grotendeels afhankelijk van de oorzaak. Meestal treedt een reactie op binnen enkele minuten na aanvang van de transfusie, maar er kan ook sprake zijn van een uitgestelde reactie waarbij de ontvanger pas na enkele dagen klachten krijgt.
Transfusiereacties	<p>Graad 1: <i>Geen levensgevaar, geringe mate van morbiditeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Allergische reactie op plasma – Koortsende niet-hemolytische transfusiereactie <p>Graad 2: <i>Langetermijnmorbiditeit, al dan niet bedreigende morbiditeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Alloïmmunisatie en refractair worden voor trombocytentransfusie – Hepatitis C-infectie <p>Graad 3: <i>Direct levensbedreigend</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Acute hemolytische transfusiereactie – Graft versus host disease (GvHD) <p>Graad 4: <i>Dodelijke afloop</i></p>
Transfusie-eenheid	Eenheid toegediend bloedproduct
TRIP	TransfusieReacties In Patiënten; stichting, opgericht ter voorkoming van transfusiereacties.
MIP/FONA	Melding Incidenten Patiëntenzorg/Fouten Ongevallen Near Accidents; commissie ingesteld ter bevordering van het gebruik van incidenteninformatie ter verbetering van ziekenhuisprocessen.

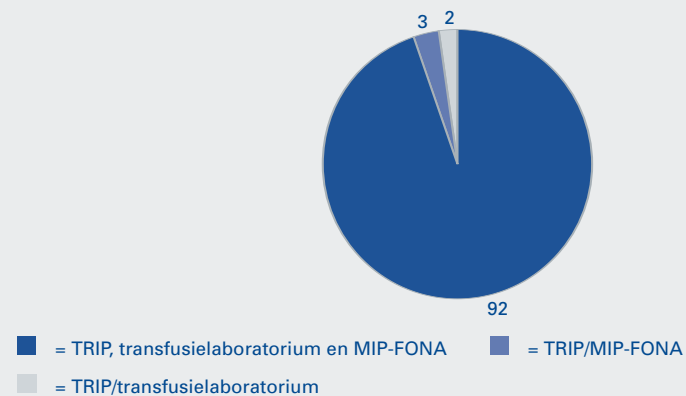
Ziekenhuisselectie

De gegevens over transfusiereacties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 87 algemene ziekenhuizen en 2 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 2.1

Rapportage bloedtransfusiereacties aan TRIP, aan het transfusielaboratorium en aan de MIP/FONA-commissie (n=97)



Figuur 2.1

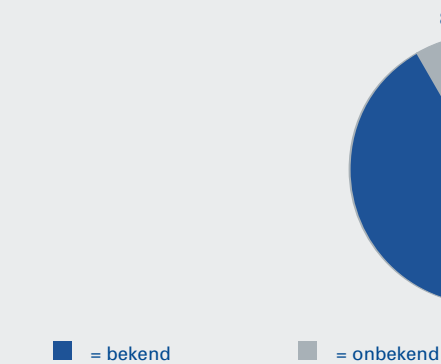
Alle ziekenhuizen rapporteren aan het TRIP. Daarnaast rapporteren 92 ziekenhuizen ook aan de MIP/FONA-commissie en aan het transfusielaboratorium. Van de overige 5 ziekenhuizen melden 2 transfusiereacties intern alleen aan het transfusielaboratorium en 3 alleen aan de MIP/FONA-commissie.

Figuur 2.2

Alle 97 ziekenhuizen geven aan dat het percentage bloedtransfusiereacties graad 3 en 4 bekend is. Van deze ziekenhuizen geven 89 (92%) gegevens in relatie tot het aantal getransfundeerde eenheden én het aantal patiënten dat een transfusie kreeg. Acht ziekenhuizen (8%) publiceren alleen het aantal transfusiereacties in relatie tot het aantal transfusie-eenheden en vermelden het totale aantal patiënten niet.

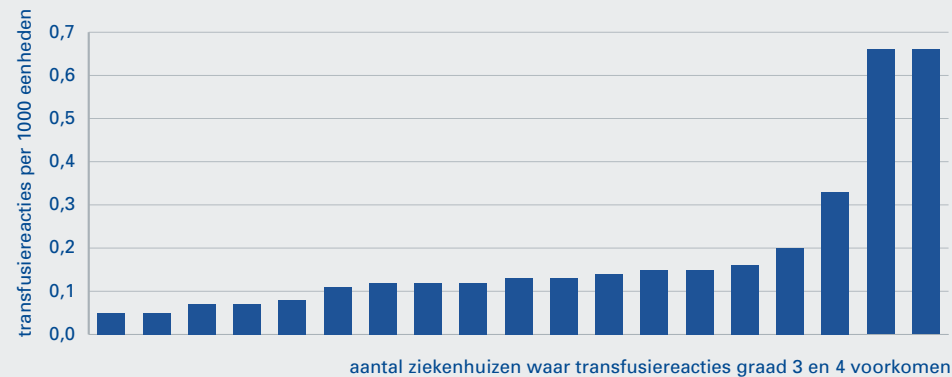
Figuur 2.2

Aantal transfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 eenheden en per 1.000 patiënten bekend (n=97)



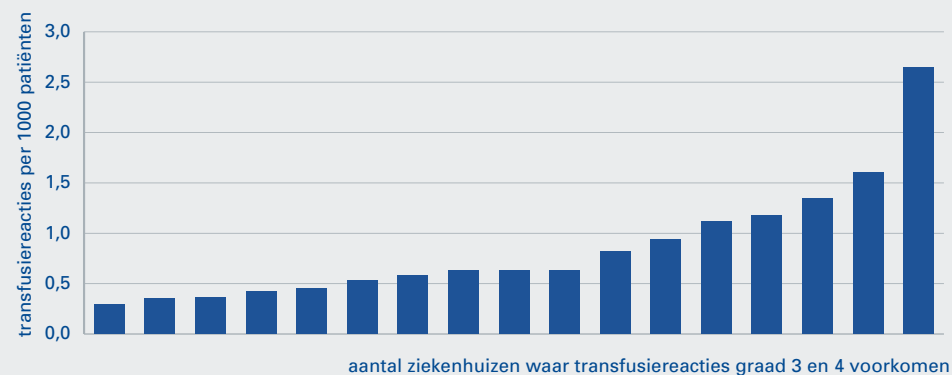
Figuur 2.3

Aantal bloedtransfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 transfusie-eenheden voor ziekenhuizen waar transfusiereacties voorkomen (n=19)



Figuur 2.4

Aantal bloedtransfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 patiënten voor ziekenhuizen waar transfusiereacties voorkomen (n=17)



Figuur 2.3

Het aantal getransfundeerde eenheden in de 97 ziekenhuizen is in totaal 658.592 en omvat erythrocyten, plasma, bloedplaatjes en lymfocyten. Het totale gebruik per ziekenhuis is gemiddeld 6.790 en varieert van 283 tot 35.470. Het aantal gerapporteerde transfusiereacties graad 3 en 4 was in 2006 in totaal 34 en varieerde in deze ziekenhuizen van 0 tot 0,66 per 1.000 toegediende eenheden. In 78 ziekenhuizen zijn geen ernstige transfusiereacties geregistreerd, figuur 2.3 toont de verdeling van de reacties in de overige 19 ziekenhuizen.

Figuur 2.4

Het aantal patiënten dat een bloedtransfusie ontvangen heeft, is in de 89 ziekenhuizen die dit vermelden gemiddeld 1.345 en varieert van 105 tot 6.327. Het aantal gerapporteerde transfusiereacties graad 3 en 4 in de 89 ziekenhuizen die de gegevens ook in relatie tot het aantal patiënten dat een transfusie kreeg vermelden, was in 2006 in totaal 29 en varieerde in deze ziekenhuizen van 0 tot 2,7 per 1.000 patiënten. In 72 ziekenhuizen zijn geen ernstige transfusiereacties geregistreerd, figuur 2.4 toont de verdeling van de reacties in de overige 17 ziekenhuizen.

Transfusiereactie graad 1 en 2

Alle ziekenhuizen doen mee aan TRIP en daarom zijn geen gegevens over transfusiereacties graad 1 en 2 gerapporteerd.

Vergelijking met gegevens TRIP

TRIP rapporteert jaarlijks het aantal aan ziekenhuizen geleverde bloedproducten en het voorkomen van transfusiereacties. Het verschil tussen het aantal geleverde en het aantal toegediende bloedproducten laat een verlies van ongeveer 6 procent zien.

	TRIP (geleverde eenheden)	basisset (toegediende eenheden)	verschil
Erythrocyten	556.509		
Bloedplaatjes	51.015		
Plasma	92.380		
Lymfocyten	18		
Totaal	699.922	658.592	41.330 (5,9%)

Conclusies

- 1 Het bewaken van bloedtransfusies is gebruikelijk in ziekenhuizen. Vrijwel alle ziekenhuizen beschikken over gegevens met betrekking tot transfusiereacties.
- 2 De inspectie beschouwt als veldnorm:
 - Het bewaken van transfusiereacties.
 - Het beschikbaar hebben van gegevens over transfusiereacties.
 - Het registreren van transfusiereacties naar eenheden en patiënten.
- 3 Transfusiereacties graad 3 en 4 komen op basis van de gegevens zelden voor in Nederlandse ziekenhuizen.
- 4 In 2006 heeft de inspectie twee meldingen (10%) ontvangen betreffende graad 3 of 4 transfusiereacties.
- 5 In 2007 is deze indicator niet in de basisset prestatie-indicatoren opgenomen, de inspectie ontvangt vanaf 2007 van TRIP alle graad 3 en 4 transfusiereacties.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over het transfusie veiligheidsbeleid.
- 2 Het ziekenhuis meldt transfusiereacties niet intern.
- 3 Het ziekenhuis meldt transfusiereacties niet aan de MIP/FONA-commissie.
- 4 Het ziekenhuis meldt transfusiereacties graad 3 of 4 niet aan de inspectie.
- 5 Het ziekenhuis heeft een opvallend hoog aantal ernstige transfusiereacties (meer dan 0,4 per 1.000 eenheden of meer dan 2 per 1.000 patiënten).

3 Medicatieveiligheid

Beschikbare indicatoren

- 1 Beschikbaarheid van gegevens over *klinisch* voorgeschreven medicatie:
 - a Op de polikliniek.
 - b Op de verpleegafdeling.
 - c In de ziekenhuisapotheek.
 - d Buiten het ziekenhuis.
 - e Vastlegging van informatie tijdens medicatieproces.
- 2 Beschikbaarheid van gegevens over *poliklinisch* voorgeschreven medicatie:
 - a Op de polikliniek.
 - b Op de verpleegafdeling.
 - c In de ziekenhuisapotheek.
 - d Buiten het ziekenhuis.
 - e Vastlegging van informatie tijdens medicatieproces.
- 3 Beschikbaarheid van gegevens over *extramuraal* voorgeschreven medicatie:
 - a Op de polikliniek.
 - b Op de verpleegafdeling.
 - c In de ziekenhuisapotheek.
 - d Vastlegging van informatie tijdens medicatieproces.

Relevante begrippen

Extramuraal	Buiten de muren van het ziekenhuis
Intramuraal	Binnen de muren van het ziekenhuis

Ziekenhuisselectie

De gegevens over medicatieveiligheid hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 88 algemene ziekenhuizen/locaties en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Tabel 3.1

Percentage ziekenhuizen waarbij informatie over klinisch, poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie op alle poliklinieken, verpleegafdelingen, in de apotheek en extramuraal elektronisch beschikbaar is

<i>Elektronisch beschikbaar op</i>	<i>Klinisch voorgeschreven medicatie</i>	<i>Poliklinisch voorgeschreven medicatie</i>	<i>Extramuraal voorgeschreven medicatie</i>
	%	%	%
Polikliniek	44	13	3
Verpleegafdeling	50	12	3
Apotheek	96	36	44
Extramuraal	16	26	

Tabel 3.1

Gegevens over klinisch voorgeschreven medicatie is in 2006 in de helft van de ziekenhuizen elektronisch beschikbaar op alle verpleegafdelingen. In bijna de helft van de ziekenhuizen beschikken de poliklinieken over een elektronisch overzicht van klinisch voorgeschreven medicatie. Opvallend is dat vier ziekenhuisapotheken nog niet elektronisch beschikken over gegevens van klinisch voorgeschreven medicatie. In 59 ziekenhuizen beschikt de ziekenhuisapotheek al over de medicatiegegevens op het moment van voorschrijven. Zij beschikken dus over een elektronisch voorschrijfsysteem. Bij 42 van deze ziekenhuizen geldt dat ook voor poliklinisch voorgeschreven medicatie.

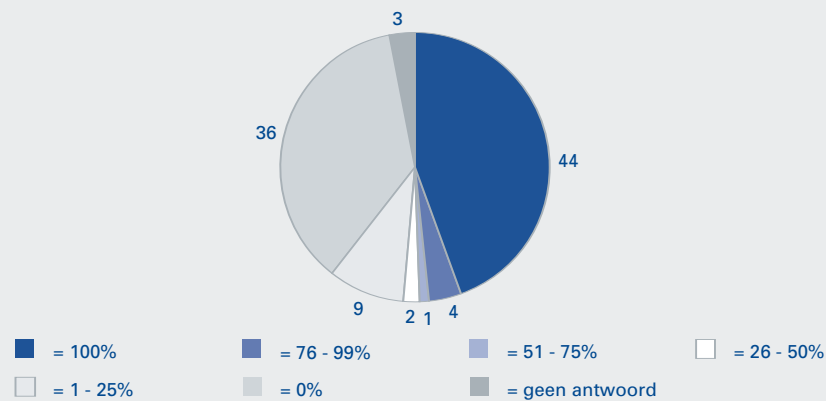
Gegevens over poliklinisch voorgeschreven medicatie zijn slechts in een derde van de ziekenhuizen in de ziekenhuisapotheek elektronisch beschikbaar. Deze ziekenhuizen geven veelal in de toelichting aan te participeren in een apotheek-steunpunt. De elektronische beschikbaarheid van gegevens over poliklinisch voorgeschreven medicatie op poliklinieken en verpleegafdelingen is 13 respectievelijk 12 procent.

In 44 ziekenhuizen beschikt de ziekenhuisapotheek elektronisch over gegevens van extramuraal voorgeschreven medicatie. Deze informatie is in twee ziekenhuizen beschikbaar op alle verpleegafdelingen én op alle poliklinieken. In drie ziekenhuizen is deze informatie al bij voorschrijven beschikbaar.

De elektronische beschikbaarheid van medicatiegegevens buiten het ziekenhuis is in 26 ziekenhuizen gerealiseerd voor poliklinisch voorgeschreven medicatie. In 16 ziekenhuizen is dit voor klinisch voorgeschreven medicatie gerealiseerd. Slechts 8 ziekenhuizen hebben dit gerealiseerd voor zowel klinisch als poliklinisch voorgeschreven medicatie.

Figuur 3.1

Percentage poliklinieksprekkamers waar *klinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=99)



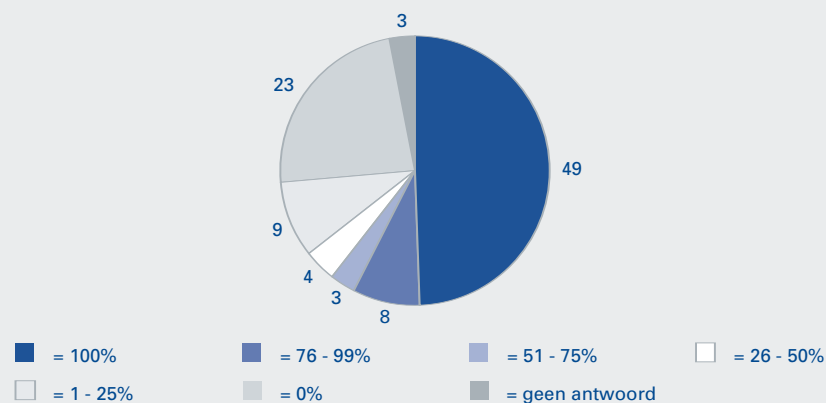
Figuur 3.1 en 3.2

In 44 van de 99 ziekenhuizen is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie op alle poliklinieken elektronisch beschikbaar. Bij 36 ziekenhuizen is deze informatie niet elektronisch beschikbaar op de poliklinieken. Drie ziekenhuizen verstrekken geen gegevens. In de overige ziekenhuizen is de informatie beschikbaar op een deel van de poliklinieken.

In 49 van de 99 ziekenhuizen is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar op alle verpleegafdelingen. Bij 23 ziekenhuizen is deze informatie niet elektronisch beschikbaar op de verpleegafdelingen. Drie ziekenhuizen verstrekken hierover geen informatie. In de overige ziekenhuizen is de informatie beschikbaar op een deel van de verpleegafdelingen.

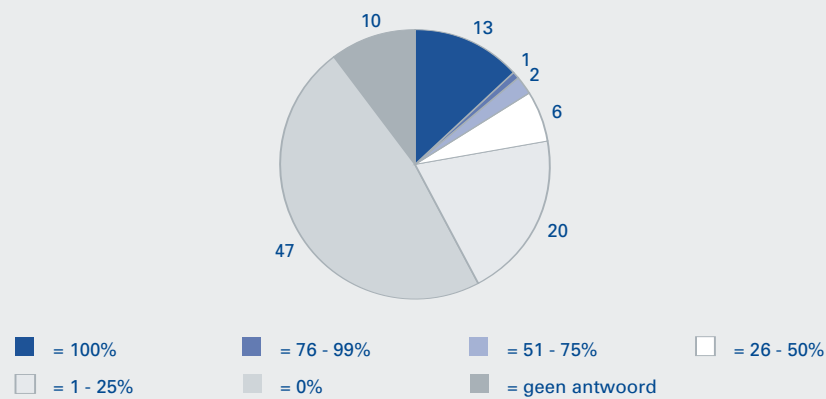
Figuur 3.2

Percentage verpleegafdelingen waar *klinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=99)



Figuur 3.3

Percentage polikliniekspreekkamers waar *poliklinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=99)



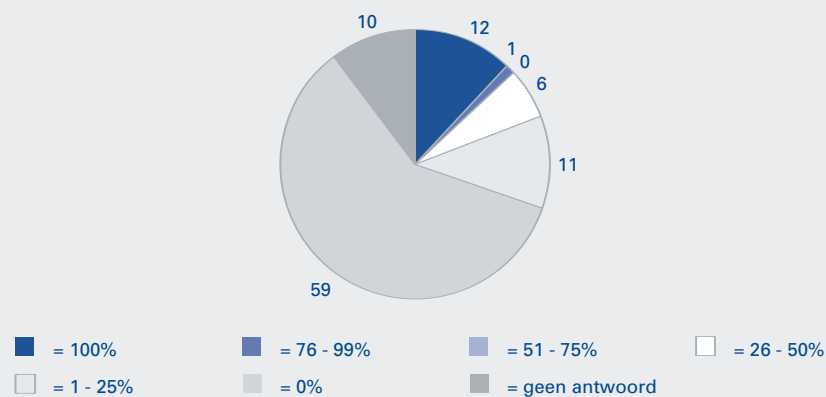
Figuur 3.3 en 3.4

In 13 van de 99 ziekenhuizen is informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie op alle poliklinieken elektronisch beschikbaar. Bij 47 ziekenhuizen is deze informatie niet elektronisch beschikbaar op de poliklinieken. Tien ziekenhuizen verstrekken geen gegevens. In de overige ziekenhuizen is de informatie beschikbaar op een deel van de poliklinieken.

In 12 van de 99 ziekenhuizen is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar op alle verpleegafdelingen. Bij 59 ziekenhuizen is deze informatie niet elektronisch beschikbaar op de verpleegafdelingen. Tien ziekenhuizen verstrekken hierover geen gegevens. In de overige ziekenhuizen is de informatie beschikbaar op een deel van de verpleegafdelingen.

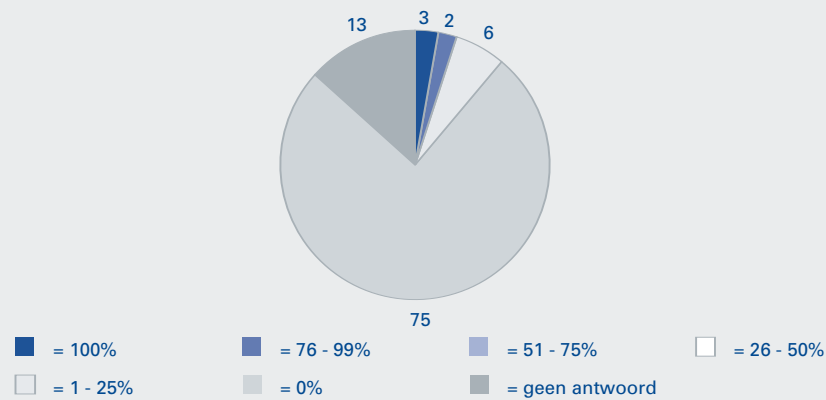
Figuur 3.4

Percentage verpleegafdelingen waar *poliklinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=99)



Figuur 3.5

Percentage polikliniekspreekkamers waar *extramuraal* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=99)



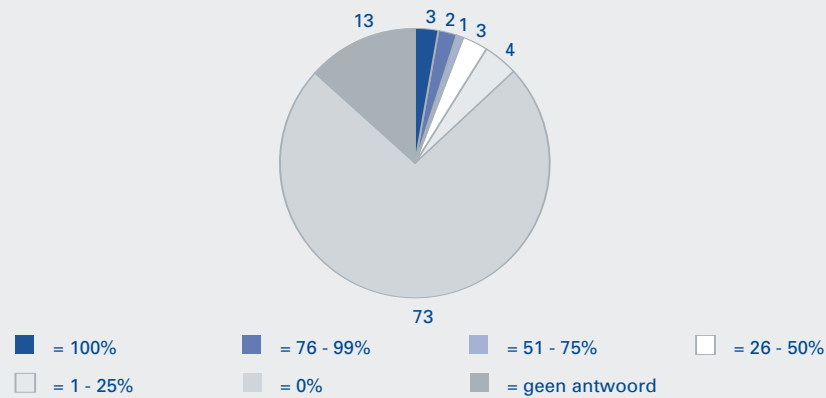
Figuur 3.5 en 3.6

In 3 van de 99 ziekenhuizen is informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar op alle *poliklinieken*. Bij 75 ziekenhuizen is deze informatie niet elektronisch beschikbaar op de poliklinieken. Dertien ziekenhuizen verstrekken geen gegevens. In de overige ziekenhuizen is de informatie beschikbaar op een deel van de poliklinieken.

In 3 van de 99 ziekenhuizen is informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar op alle *verpleegafdelingen*. Bij 73 ziekenhuizen is deze informatie niet elektronisch beschikbaar op de verpleegafdelingen. Dertien ziekenhuizen verstrekken geen gegevens. In de overige ziekenhuizen is de informatie beschikbaar op een deel van de verpleegafdelingen.

Figuur 3.6

Percentage verpleegafdelingen waar *extramuraal* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=99)



Conclusies

- 1 In 95 van de 99 ziekenhuizen zijn gegevens over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar in de ziekenhuisapotheek.
- 2 In 36 van de 99 ziekenhuizen zijn gegevens over poliklinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar in de ziekenhuisapotheek.
- 3 In 41 van de 99 ziekenhuizen zijn gegevens over klinisch voorgeschreven medicatie zowel op alle verpleegafdelingen als op alle poliklinieksprekkamers elektronisch beschikbaar.
- 4 In 10 van de 99 ziekenhuizen zijn gegevens over poliklinisch voorgeschreven medicatie zowel op alle verpleegafdelingen als op alle poliklinieksprekkamers beschikbaar.
- 5 De beschikbaarheid van informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie is nog steeds zeer beperkt.
- 6 Vier van de 99 ziekenhuizen beschikken tijdens alle fasen van het medicatieproces (bij voorschrijven en bij uitgifte) over de voorschrijfinformatie van klinisch, poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten, tenzij een afdoende verklaring is opgenomen in de toelichting:

- 1 Op (vrijwel) geen enkele van de vragen in dit hoofdstuk zijn gegevens door het ziekenhuis aangeleverd.
- 2 De ziekenhuisapotheek beschikt niet elektronisch over klinisch voorgeschreven medicatie.
- 3 De verpleegafdelingen van een ziekenhuis beschikken niet elektronisch over klinisch voorgeschreven medicatie.
- 4 Het ziekenhuis geeft in 2006 aan geen medicatie-informatie beschikbaar te hebben, terwijl het ziekenhuis in 2005 meldde hierover wel informatie beschikbaar te hebben.

4 Zorginformatie- en communicatietechnologie (zorg-ICT)

Beschikbare indicatoren

- 1 Elektronische beschikbaarheid van gegevens in de poliklinieksprekkamer en op de afdeling (bij voorkeur in patiëntenkamers). Het betreft de inzage van gegevens.
- 2 Elektronische beschikbaarheid van procesondersteunende ICT in de spreekkamer en op de afdeling (bij voorkeur in patiëntenkamers). Het betreft de invoer van gegevens en ordercommunicatie (het elektronisch aanvragen van orders).

Relevante begrippen	
Elektronische beschikbaarheid van gegevens	Via de computer opvraagbare gegevens op locatie. Gevraagde functies zijn inzage in administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, pathologieverslagen, medicatiegegevens, operatieverslagen, beelden en overige functies. medicatiegegevens, operatieverslagen, beelden en overige functies.
Procesondersteunende ICT	Interactief systeem om processen efficiënter en effectiever te maken. Gevraagde functies zijn: elektronische invoer van medische en/of verpleegkundige intake, elektronische registratie van medische en/of verpleegkundige decursus, multidisciplinair patiënttrajectplanningssysteem, ordercommunicatie voor het laboratorium, ordercommunicatie voor medicatie, ordercommunicatie voor radiologie, ordercommunicatie met behulp van geprotocolleerde ordersets, ordercommunicatie voor overige zorgdiensten, elektronische bewaking van het behandeltraject.

Ziekenhuisselectie

De gegevens over zorg-ICT hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Opmerking

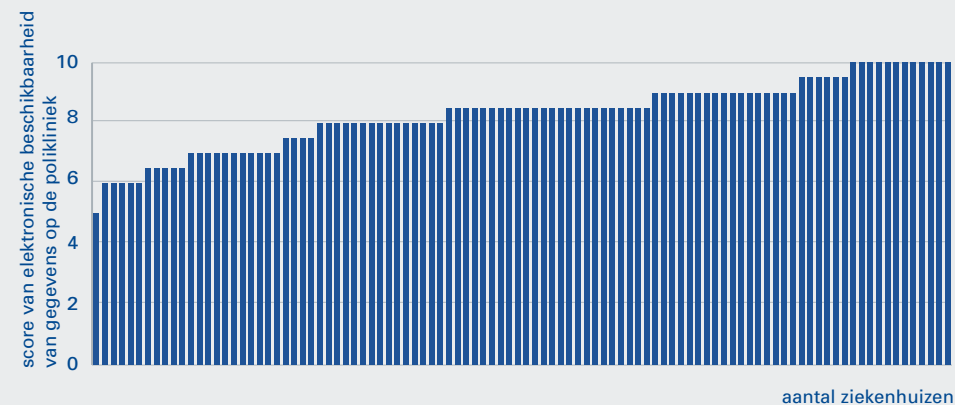
Per functie, zoals inzage in radiologiegegevens of ordercommunicatie voor medicatie, zijn de gegevens gecodeerd naar: 'beschikbaar' (1 punt), 'gedeeltelijk beschikbaar' (0,5 punt) en 'niet beschikbaar' (0 punten). Wanneer een ziekenhuis heeft aangegeven plannen te hebben om in de toekomst de ICT op een gebied verder te ontwikkelen, is de betreffende functie als 'niet beschikbaar' gecodeerd. Ook pilots of de aanwezigheid van een bepaalde functie op één afdeling zijn als experimenteel gekenmerkt en als 'niet beschikbaar' gecodeerd. Het resultaat is een optelsom van de coderingen. Deze

score is dus niet per definitie gelijk aan het aantal functies dat een instelling heeft geautomatiseerd.

Resultaten

Figuur 4.1

Score van de inzage in geautomatiseerde gegevens in de polikliniek (n=100)



Figuur 4.1

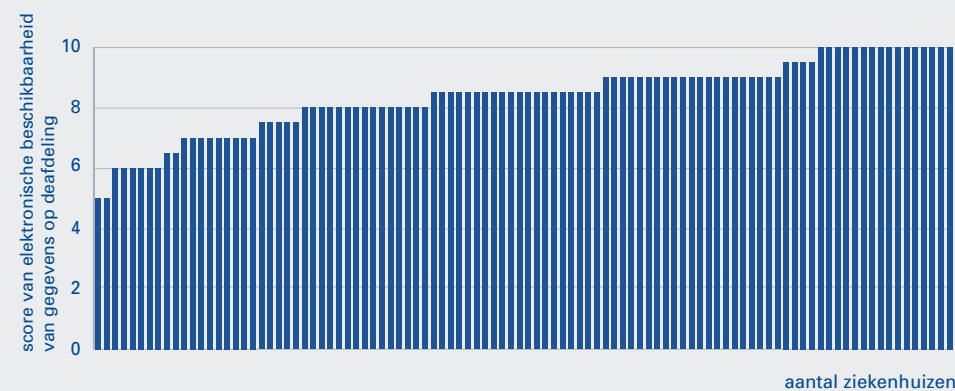
Alle ziekenhuizen hebben meerdere inzagefuncties op de polikliniek. Op een totaal van 10 mogelijke functies varieert de score voor inzage in geautomatiseerde gegevens van 5 tot 10 met een gemiddelde score van 8,3 (mediaan=8,5). De score van 10 wordt behaald door 12 ziekenhuizen, wat een volledige elektronische inzage betekent van alle gegevens.

Figuur 4.2

Alle ziekenhuizen hebben meerdere inzagefuncties op de verpleegafdeling. Op een totaal van 10 mogelijke functies varieert de score voor inzage in geautomatiseerde gegevens van 5 tot 10 met een gemiddelde score van 8,4 (mediaan=8,5). De score van 10 wordt behaald door 16 ziekenhuizen wat een volledige elektronische inzage betekent van alle gegevens.

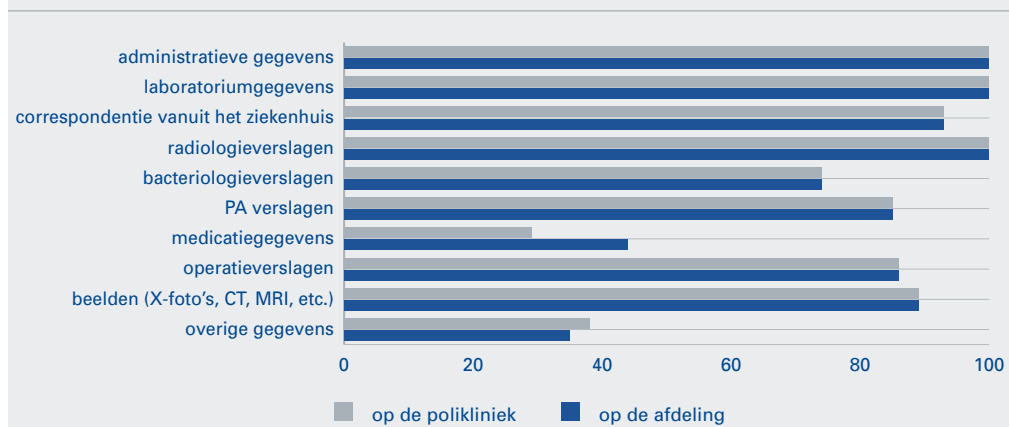
Figuur 4.2

Score van de inzage in geautomatiseerde gegevens op de verpleegafdeling (n=100)



Figuur 4.3

Percentage ziekenhuizen dat inzage heeft in geautomatiseerde gegevens in de polikliniek en op de verpleegafdeling per functie (n=100)



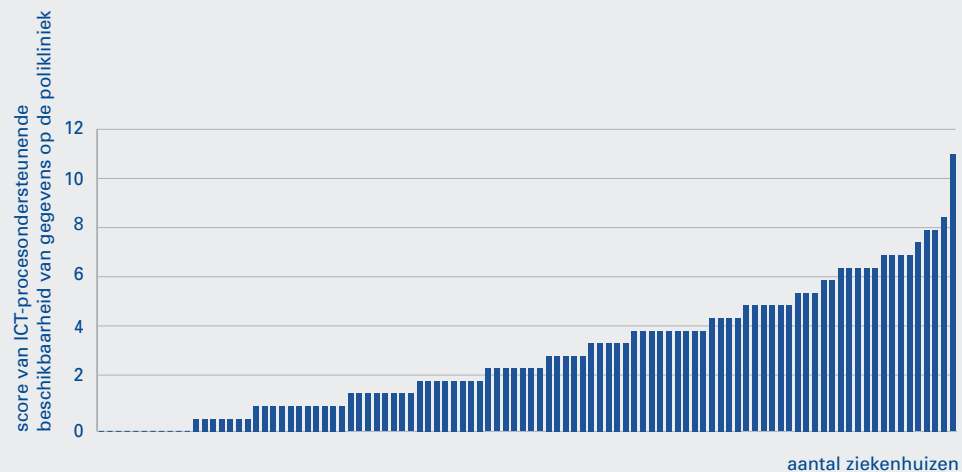
Figuur 4.3

Alle ziekenhuizen beschikken over een volledige elektronische inzage in administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens en radiologiegegevens. Ook gegevens over correspondentie van het ziekenhuis, operatieverslagen, PA-verslagen en beelden (röntgenfoto's, CT-scan en MRI) zijn in de meeste ziekenhuizen elektronisch beschikbaar. Volledige inzage van medicatiegegevens is in meer dan de helft van de ziekenhuizen onvoldoende. Dit is in 44 procent van de ziekenhuizen aanwezig op de verpleegafdeling en in 29 procent in de polikliniek.

Veel ziekenhuizen hebben net als vorig jaar gebruikgemaakt van de mogelijkheid een toelichting te geven. Deze toelichtingen zijn vaak zeer uitgebreid en beschrijven veelal gefaseerde plannen voor het invoeren van het elektronisch patiëntendossier (EPD) en de invoering van ICT-systemen met koppelingen naar bijvoorbeeld DBC-factureringen.

Figuur 4.4

Score van de invoer van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens in de polikliniek (n=100)



Figuur 4.4

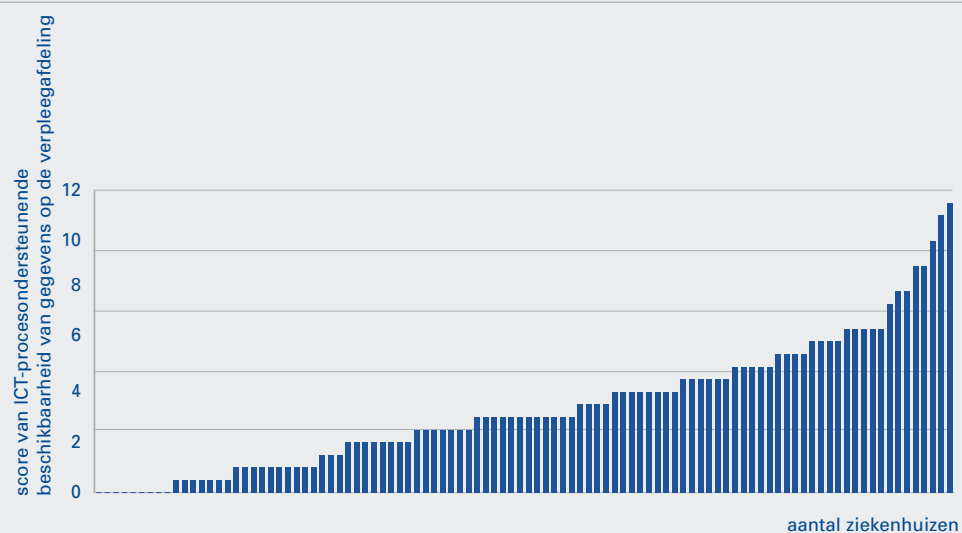
Voor de invoerfuncties van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens in de polikliniek wordt door 1 ziekenhuis een score van 11 gehaald op een totaal van veertien mogelijke functies. Twaalf ziekenhuizen scoren 0 en hebben dus geen invoerfuncties. Gemiddeld scoren ziekenhuizen 3,1 voor ICT-procesondersteunende mogelijkheden in de polikliniek (mediaan=2,5).

Figuur 4.5

Voor de invoerfuncties van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens op de verpleegafdeling wordt door 1 ziekenhuis een score van 11,5 behaald. Negen ziekenhuizen scoren 0 op een totaal van veertien mogelijkheden. Ziekenhuizen scoren voor ICT-procesondersteunende mogelijkheden op de verpleegafdeling gemiddeld 3,4 (mediaan=3).

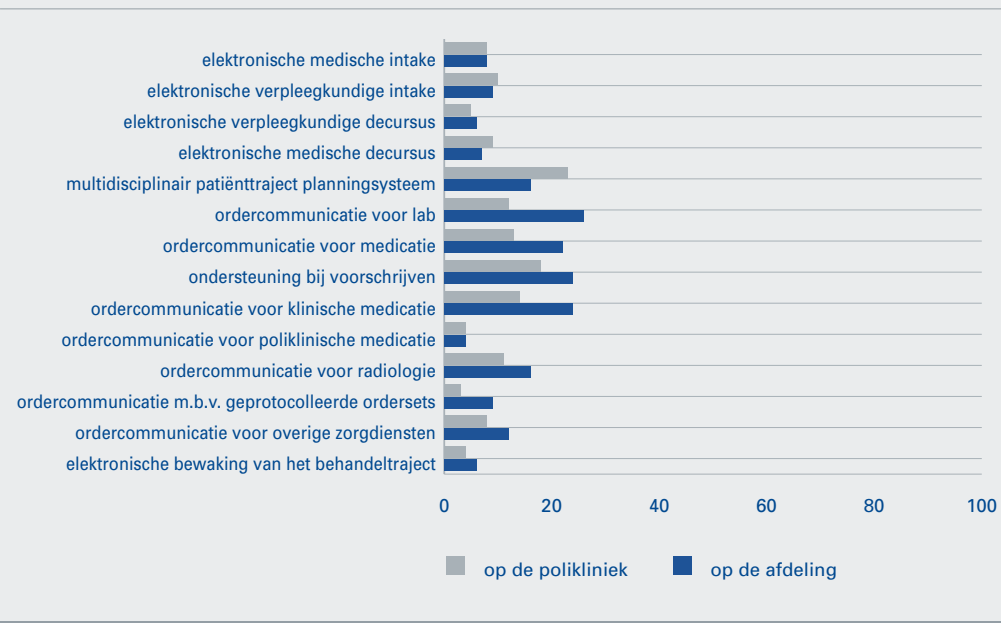
Figuur 4.5

Score van de invoer van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens op de verpleegafdeling (n=100)



Figuur 4.6

Percentage ziekenhuizen met een invoermogelijkheid van geautomatiseerde gegevens in de polikliniek en op de verpleegafdeling (n=100)



Figuur 4.6

Geen enkel onderdeel haalt in vergelijking tot elektronische inzagemogelijkheden een hoog percentage invoermogelijkheden in de polikliniek of op de verpleegafdeling. Op de afdeling is in 26 procent van de ziekenhuizen een volledige mogelijkheid tot ordercommunicaties voor het lab. In de polikliniek is ICT-ondersteuning bij voorschrijven het verst gevorderd met een volledig systeem in 18 procent van de ziekenhuizen. Ordercommunicatie met geprotocolleerde sets in de polikliniek en ordercommunicatie voor poliklinische medicatie op de verpleegafdeling scoren het laagst met respectievelijk 3 en 4 procent.

Conclusies

- 1 Er bestaat tussen de ziekenhuizen nog altijd een grote variatie in beschikbaarheid van geautomatiseerde gegevens en de ordercommunicatie.
- 2 Er zijn geen grote verschillen in automatisering van inzage tussen kliniek en polikliniek. Procesondersteunende mogelijkheden met betrekking tot ordercommunicatiescoren op verpleegafdelingen vaak twee keer hoger dan in de polikliniek.
- 3 Inzage van gegevens is in veel ziekenhuizen mogelijk. Een inzagefunctie wordt door de inspectie beschouwd als veldnorm indien deze in 80 procent van de ziekenhuizen beschikbaar is. Dit geldt voor administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden.
- 4 Het wijzigen en invoeren van gegevens loopt sterk achter bij de mogelijkheden tot inzage.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis beschikt niet over elektronische inzage (op zowel de polikliniek als de verpleegafdeling) voor de volgende categorieën gegevens:
 - a Correspondentie vanuit het ziekenhuis
 - b PA-verslagen
 - c Operatieverslagen
 - d Beelden
- 2 Het ziekenhuis beschikt niet over elektronische medische intake op de polikliniek.
- 3 Het ziekenhuis scoort 10 of meer punten bij zowel inzage als invoermogelijkheden van geautomatiseerde systemen.

5 Postoperatieve wondinfecties

Beschikbare indicatoren

- 1 Surveillance van postoperatieve wondinfecties in het ziekenhuis.
- 2 Deelname aan een landelijk surveillancesysteem voor postoperatieve wondinfecties.
- 3 Gebruik van CDC/WIP-criteria voor definiëring van postoperatieve wondinfecties.
- 4 Vorm van surveillance (incidentieonderzoek/prevalentieonderzoek/anders).
- 5 Interventies naar aanleiding van de resultaten van de surveillance.
- 6 Resultaat van de interventies naar aanleiding van de surveillance.

Relevante begrippen

Wondinfectie	Patiënten lopen in een ziekenhuis risico op een infectie, bijvoorbeeld tijdens een operatie. We spreken dan van een wondinfectie. De kans op een wondinfectie hangt af van het soort operatie, de uitgevoerde operatietechniek, de ernst van de aandoening(en) waaraan de patiënt lijdt, en ziekenhuishygiënische routines van ziekenhuismedewerkers.
CDC/WIP	Centers for Disease Control/Werkgroep Infectiepreventie

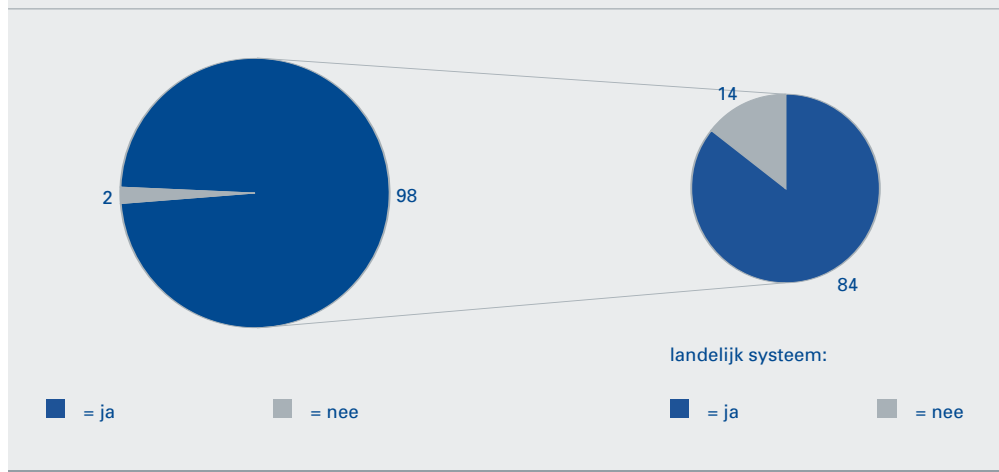
Ziekenhuisselectie

De gegevens over postoperatieve wondinfecties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 5.1

Aanwezigheid van een systematische postoperatieve wondinfectieregistratie (n=100)



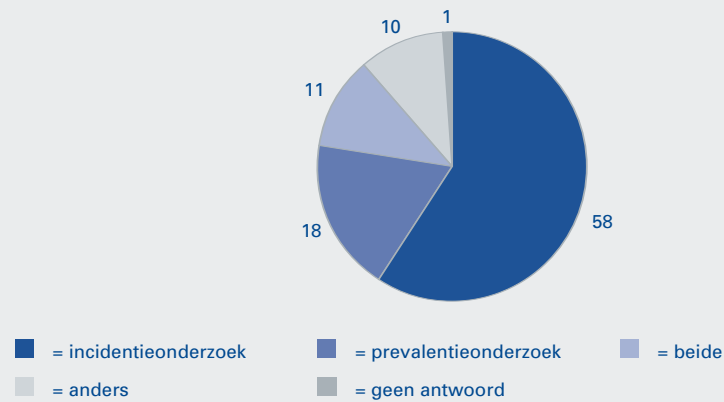
Figuur 5.1

Van de 100 ziekenhuizen geven 98 aan systematisch postoperatieve wondinfecties te registreren. Van de registrerende ziekenhuizen nemen 84 ziekenhuizen (86%) deel aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties. De inspectie hanteert deelname aan een landelijk systeem als veldnorm.

97 ziekenhuizen (99%) die systematisch postoperatieve wondinfecties registreren, gebruiken bij de surveillance de CDC/WIP-criteria voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties. De inspectie hanteert daarom het gebruik van deze criteria als veldnorm.

Figuur 5.2

Vorm van surveillance van postoperatieve wondinfecties (n=98)



Figuur 5.2

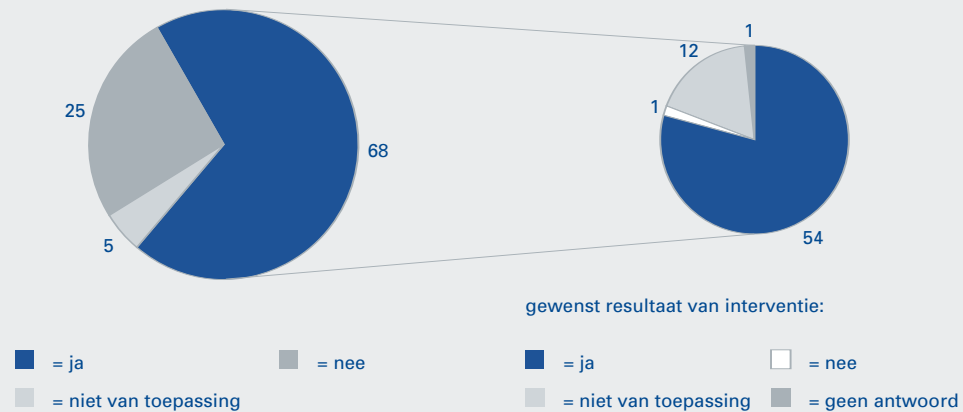
Van de 98 ziekenhuizen die systematisch postoperatieve wondinfecties registreren, hanteren 58 ziekenhuizen (59%) incidentieonderzoek als vorm van surveillance. Achttien ziekenhuizen (18%) doen prevalentieonderzoek, elf ziekenhuizen (11%) doen zowel incidentie- als prevalentieonderzoek en tien ziekenhuizen (10%) gebruiken een andere vorm van surveillance.

Figuur 5.3

Surveillance van postoperatieve wondinfecties is een belangrijk instrument voor kwaliteitsverbetering. In 68 ziekenhuizen (69%) wordt naar aanleiding van de resultaten van de surveillance interventies gepleegd. Bij 54 ziekenhuizen (79%) levert de interventie het gewenste resultaat op. Bij één ziekenhuis is dit niet het geval en bij de twaalf ziekenhuizen die niet van toepassing (n.v.t.) aangeven, worden de resultaten van de interventies in 2007 of 2008 verwacht. De ziekenhuizen die geen interventies doen, lichten toe dat naar aanleiding van de resultaten van de surveillance geen interventies nodig zijn of dat zij nog in afwachting zijn van de surveillanceresultaten.

Figuur 5.3

Interventies gepleegd naar aanleiding van de resultaten van de surveillance en het effect hiervan (n=98)



Conclusies

- 1 Bijna alle ziekenhuizen (98%) voeren surveillance naar postoperatieve wondinfecties uit. Het merendeel van deze ziekenhuizen neemt ook deel aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties. Dit aantal is in 2006 tot 86 procent gestegen en daarom hanteert de inspectie deelname aan een landelijk surveillancesysteem als veldnorm.
- 2 Het gebruik van CDC/WIP-criteria bij de registratie hanteert de inspectie als veldnorm.
- 3 Van de registrerende ziekenhuizen voert 69 procent interventies uit naar aanleiding van de analyse van de door hen geregistreerde postoperatieve wondinfecties. Van deze ziekenhuizen meldt 79 procent hiermee ook de beoogde verbetering bereikt te hebben.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis meldt niet te surveilleren naar postoperatieve wondinfecties.
- 2 Het ziekenhuis meldt niet mee te doen aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties.
- 3 Het ziekenhuis gebruikt de CDC/WIP-criteria niet bij de registratie van postoperatieve wondinfecties.

6 Complicatieregistratie

Beschikbare indicatoren

- 1 Het aantal specialismen/disciplines dat aanwezig is in een ziekenhuis.
- 2 Het aantal specialismen/disciplines met een landelijke dan wel eigen complicatieregistratie als percentage van het totale aantal specialismen/disciplines in een ziekenhuis.
- 3 Het aantal complicatieregistraties (landelijk en eigen) per specialisme/discipline.

Relevante begrippen	
Complicatie	Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.
Landelijke complicatie-registratie	Complicatieregistratie die voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging
Eigen complicatie-registratie	Complicatieregistratie die niet voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging of waarvoor (nog) geen norm van de wetenschappelijke vereniging beschikbaar is

Ziekenhuisselectie

De gegevens over de complicatieregistraties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 88 algemene ziekenhuizen/locaties en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 6.1

Beschikbaarheid van complicatieregistratie per ziekenhuis



Figuur 6.1

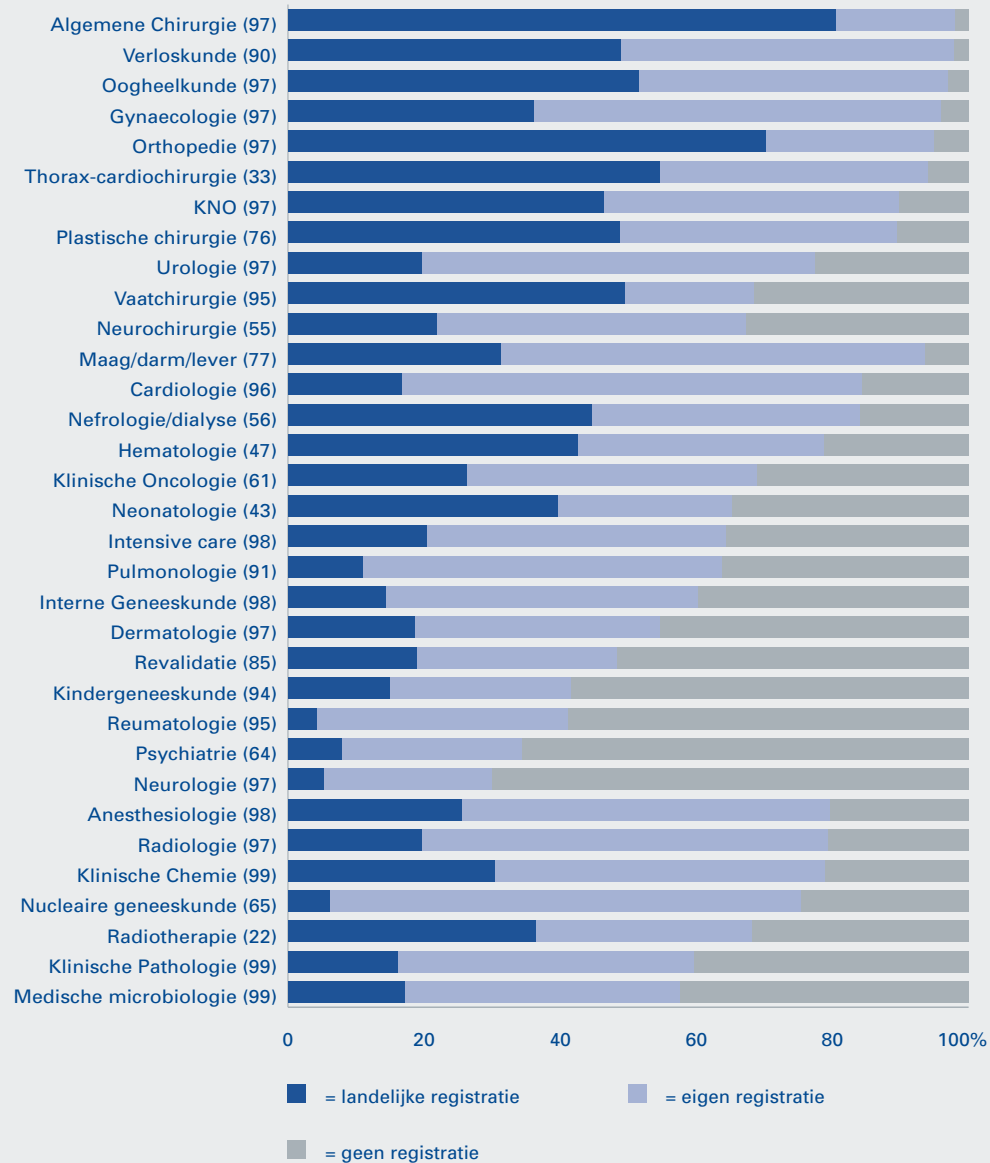
De inspectie be vraagt door middel van deze indicator 33 specialismen. Niet alle genoemde specialismen zijn in ieder ziekenhuis aanwezig. Voor elk afzonderlijk ziekenhuis is een verdeling gemaakt naar landelijke registratie, eigen registratie en vakgroepen/maatschappen of specialismen zonder registratie.

Het totaal aantal specialismen varieert in de ziekenhuizen van 7 (in een categoriaal ziekenhuis) tot 33. Het gemiddelde aantal specialismen is 27. Het aantal specialismen met een complicatieregistratie varieert in deze ziekenhuizen van 18,8 tot 100 procent van de aanwezige specialismen. In gemiddeld 70,9 procent van de specialismen is een vorm van complicatieregistratie aanwezig.

Het percentage specialismen/disciplines per ziekenhuis, dat een landelijke complicatieregistratie opgeeft die voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging, varieert van 0 tot 82,6 procent van het totaal aantal specialismen/disciplines in het ziekenhuis. Gemiddeld geven de ziekenhuizen voor 28,8 procent van hun specialismen op een complicatieregistratie te hebben volgens de landelijke registratienorm. Het percentage specialismen/disciplines met een eigen complicatieregistratie varieert per ziekenhuis van 0 tot 83,9 procent van het totaal aantal specialismen/disciplines in het ziekenhuis. Gemiddeld geven de ziekenhuizen op dat 42,1 procent van het totaal aantal specialismen een eigen complicatieregistratie heeft. Het percentage specialismen/disciplines zonder complicatieregistratie varieert per ziekenhuis van 0 tot 81,3 procent per specialisme/discipline met een gemiddelde van 29,1 procent.

Figuur 6.2

De beschikbaarheid van een complicatieregistratie (landelijk, eigen of geen) per specialisme/discipline, geordend naar snijdende, beschouwende en ondersteunende specialismen. Achter de specialismen staat het aantal ziekenhuizen vermeld waar het betreffende specialisme aanwezig is.



Figuur 6.2

Het blijkt dat het gebruik van een complicatieregistratie per specialisme sterk verschilt, mede omdat niet voor alle specialismen al een landelijke norm ontwikkeld is. Zoals blijkt uit figuur 6.2 is het gebruik van een complicatieregistratie vooral gangbaar bij de snijdende specialismen en is hier ook al vaker een landelijk registratiesysteem ontwikkeld.

Bij de beschouwende en ondersteunende specialismen is het registreren van complicaties minder gebruikelijk. Landelijke complicatieregistraties zijn voor deze specialismen nog nauwelijks aanwezig of verkeren in een onderzoeksfase. De complicatieregistratie van ondersteunende specialismen zoals de klinische chemie, anesthesiologie, radiologie, radiotherapie, nucleaire geneeskunde, klinische pathologie en medische microbiologie lag in 2005 tussen de 25 en 75 procent, nu geeft minimaal 50 procent van de ziekenhuizen bij deze disciplines aan een complicatieregistratie te hebben.

Conclusies

- 1 Het registreren van complicaties varieert per specialisme/discipline, de snijdende specialismen nemen vaker deel aan een landelijke registratie dan de beschouwende en ondersteunende specialismen.
- 2 Er zijn gemiddeld 27 specialismen/disciplines in een ziekenhuis, gemiddeld 19 specialismen/disciplines beschikken over een complicatieregistratie.
- 3 Het blijkt dat het ontbreken van een landelijke registratie bij een specialisme niet gecompenseerd wordt door een 'eigen' registratie.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over complicatieregistraties.
- 2 Minder dan 50 procent van de specialismen/disciplines in het ziekenhuis heeft een complicatieregistratie.
- 3 Indien de landelijke standaard niet wordt gebruikt terwijl deze wel beschikbaar is.

7 Pijn na operatie

Beschikbare indicatoren

- 1 Pijnmeting bij postoperatieve patiënten.
 - a Aantal ziekenhuizen dat beschikt over een ziekenhuisbreed pijnprotocol.
 - b Aantal ziekenhuizen dat beschikt over een acute pijnservice.
 - c Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkeverafdeling.
 - d Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling.
- 2 Het percentage patiënten dat gedurende de eerste 72 uur na een operatie gemiddeld een acceptabele pijnscore heeft.

Relevante begrippen	
Pijnprotocol	Een ziekenhuisbreed protocol voor individuele postoperatieve pijnbestrijding.
Acute pijnservice	Dienstverlening waarbij één of meer medewerkers van het pijnteam met deskundigheid op het gebied van pijnbestrijding beschikbaar zijn voor consultatie, voorlichting en educatie.
Gestandaardiseerde pijnmetingen	De Nederlandse Vereniging voor Anaesthesiologie (NVA) heeft in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO de richtlijn postoperatieve pijnbehandeling opgesteld, waarin pijnmeting wordt aanbevolen om de pijnbehandeling te verbeteren ^[1] . Pijnmetingen leiden tot meer inzicht in de pijnervaring van patiënten en daardoor tot een meer adequate pijnbestrijding.
Acceptabele pijnscore	Een pijnscore van 4 of minder op een schaal van 0 tot 10 (0=geen pijn; 10=ergst denkbare) is acceptabel. Het is belangrijk dat de pijnmeting in verschillende situaties plaatsvindt. De pijnbestrijding is pas adequaat als de pijnscore zowel in rust als bij beweging of hoesten 4 of minder is.

Ziekenhuisselectie

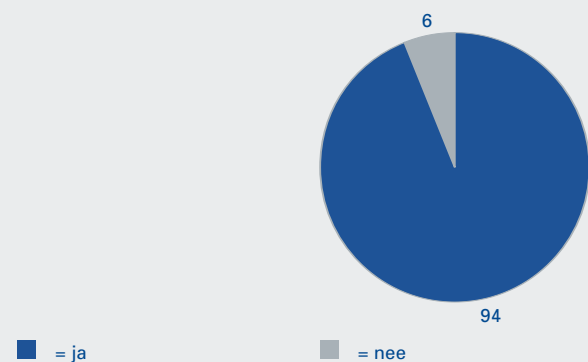
De gegevens over pijn na operatie hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

[1] NVA Richtlijn Postoperatieve Pijnbehandeling, september 2002.
<http://www.anesthesiologie.nl/richtlijnen>

Resultaten

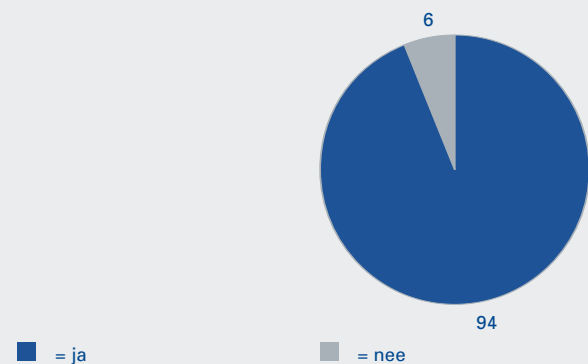
Figuur 7.1

Beschikbaarheid ziekenhuisbreed pijnprotocol (n=100)



Figuur 7.2

Beschikbaarheid acute pijnservice (n=100)



Figuur 7.1

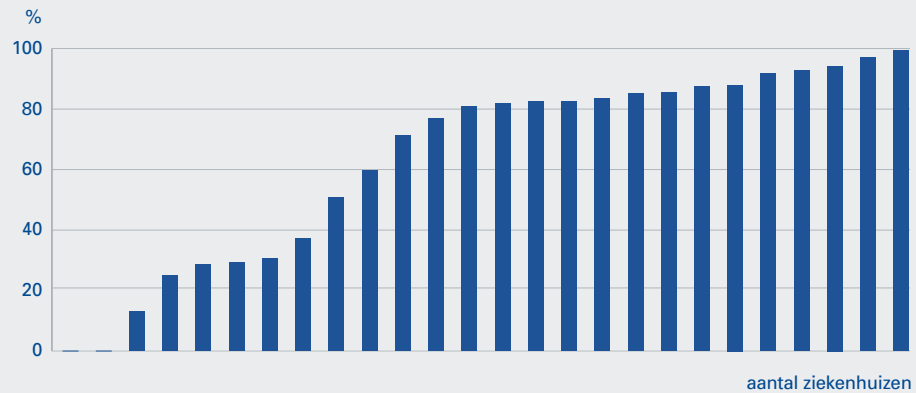
Bijna alle (94%) ziekenhuizen geven aan te beschikken over een ziekenhuisbreed pijnprotocol. Zes ziekenhuizen geven aan niet te beschikken over een pijnprotocol. Ten opzichte van de vorige jaren is er een lichte stijging te zien in het aantal ziekenhuizen dat over een ziekenhuisbreed pijnprotocol beschikt. In 2003 en 2004 beschikte 75 procent van de ziekenhuizen over een pijnprotocol, in 2005 was dit gestegen naar 84 procent.

Figuur 7.2

Het aantal ziekenhuizen (94%) dat aangeeft te beschikken over een acute pijnservice is toegenomen van 61 in 2004 en 76 in 2005 naar 94 in 2006. Zes ziekenhuizen geven aan nog niet te beschikken over een acute pijnservice. Van deze zes ziekenhuizen geeft een ziekenhuis aan volgend jaar wel te voldoen aan de criteria van een acute pijnservice. De overige ziekenhuizen geven geen relevante toelichting. Alle ziekenhuizen hebben de vraag beantwoord. Twee ziekenhuizen hebben noch een ziekenhuisbreed pijnprotocol, noch een acute pijnservice.

Figuur 7.3

Percentage gestandaardiseerde pijnmeting bij postoperatieve patiënten op de verkoever van ziekenhuizen met een percentage onder de 100% (n=26)



Figuur 7.3

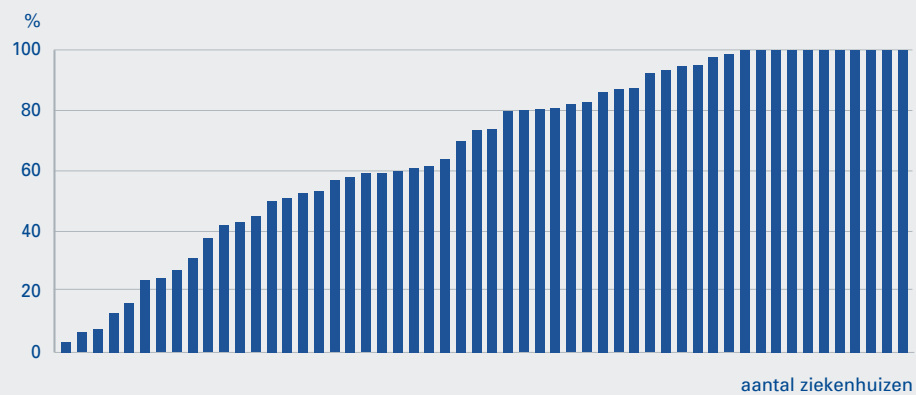
Gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoeverafdeling wordt steeds beter geregistreerd in ziekenhuizen. In 2005 gaven 66 ziekenhuizen analyseerbare gegevens, in 2006 is dit gestegen tot 73 ziekenhuizen. Van deze 73 ziekenhuizen geven 47 ziekenhuizen 100 procent op. De overige 26 ziekenhuizen staan in figuur 2.3 weergegeven. Net als vorig jaar zijn er 8 ziekenhuizen die bij minder dan de helft van de patiënten een gestandaardiseerde pijnmeting uitvoeren,

Figuur 7.4

Van de 77 ziekenhuizen die analyseerbare gegevens leveren over het aantal gestandaardiseerde postoperatieve pijnmetingen op de verpleegafdelingen, worden in 54 (70%) ziekenhuizen deze pijnmetingen uitgevoerd. Deze 54 ziekenhuizen zijn weergegeven in figuur 7.4. Gemiddeld worden bij meer postoperatieve patiënten pijnmetingen verricht dan vorig jaar: in 2005 werd gemiddeld 61 procent van de patiënten gemeten, in 2006 is dit licht toegenomen tot 68 procent. Elf ziekenhuizen voeren pijnmetingen uit bij alle patiënten. Veel ziekenhuizen geven in de toelichting aan deze metingen uit te voeren, maar kunnen geen gegevens leveren doordat niet centraal geregistreerd wordt.

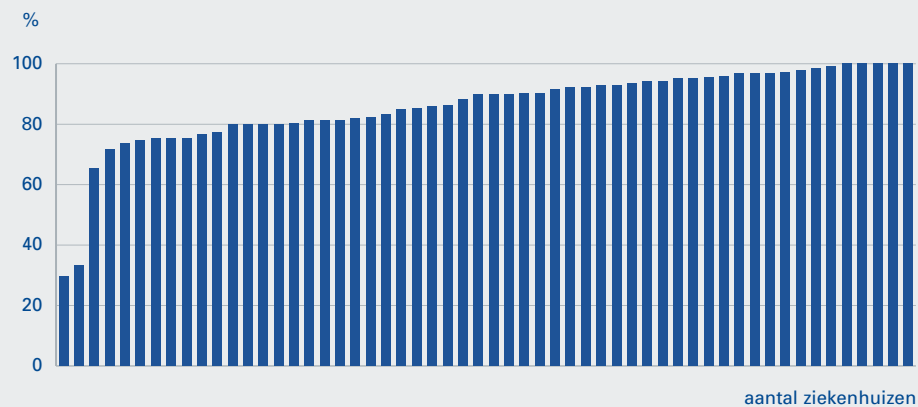
Figuur 7.4

Percentage gestandaardiseerde pijnmeting bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling (n=54)



Figuur 7.5

Percentage patiënten met een gemiddelde pijnscore kleiner of gelijk aan 4 (n=56)



Figuur 7.5

Iets meer dan de helft (56) van de 100 ziekenhuizen geeft een betrouwbaar percentage van het aantal patiënten met een pijnscore van kleiner of gelijk aan 4 in de eerste 72 uur na een operatie. De percentages van deze ziekenhuizen staan weergegeven in figuur 2.5. Dit percentage geeft een beeld van de effectiviteit van het pijnbeleid. In de 56 ziekenhuizen varieert het percentage patiënten met een gemiddelde pijnscore van 4 of lager van 30 tot 100 procent met een gemiddelde van 86 procent. Dit is een verbetering ten opzichte van 2005 waarin het ging om scores variërend van 7 tot 100 procent met een gemiddelde van 80 procent. De inspectie heeft de cijfers die gebaseerd zijn op een steekproef van minder dan 200 patiënten, aangemerkt als minder betrouwbaar. Veel ziekenhuizen geven aan deze meting wel uit te voeren, maar registreren deze niet in een centraal systeem.

Registratiestrategieën

Nadere bestudering van alle gerapporteerde patiëntenaantallen en percentages leert dat ziekenhuizen op verschillende wijze met de rapportage omgaan. Hieronder volgt een overzicht van in dit opzicht opvallende gegevens die geconstateerd zijn.

- Het aantal patiënten op de verkoever (noemer 1) is precies gelijk aan het aantal patiënten op de verpleegafdeling (noemer 2).
- Het aantal patiënten waarbij een systematische pijnmeting is uitgevoerd op de verkoever (teller 1) is precies gelijk aan het aantal patiënten waarbij een systematische pijnmeting is uitgevoerd op de verpleegafdeling (teller 2).
- Het aantal patiënten met een pijnmeting op de verkoever (teller 1) is precies gelijk aan het aantal patiënten op de verpleegafdeling (noemer 2).
- Het aantal patiënten op de verkoever waar een pijnmeting is uitgevoerd (teller 1) is gelijk aan het aantal patiënten bij wie postoperatief systematisch een pijnscore is gemeten (noemer 3).
- Het aantal patiënten op de verkoever (noemer 1) is gelijk aan het aantal patiënten bij wie postoperatief systematisch een pijnscore is gemeten (noemer 3).
- Op de verkoever krijgt 100 procent van de patiënten een postoperatieve pijnmeting (teller 1 / noemer 1).
- Op de verpleegafdeling krijgt 100 procent van de patiënten een pijnmeting (teller 2 / noemer 2).
- Het aantal klinische operatiepatiënten waar een pijnmeting is uitgevoerd voor de verpleegafdeling (teller 2), is precies een tiende deel van het aantal klinische operatiepatiënten op de verkoever (teller 1).
- Ingevulde getallen zijn waarschijnlijk gebaseerd op een schatting (tien- of honderdtallen).
- De gerapporteerde getallen zijn gemeld als een steekproef.
- De gerapporteerde getallen zijn gemeld als geëxtrapoleerd op basis van een steekproef.

Op basis van bovenstaande bevindingen concluderen we dat vrijwel alle gegevens voor deze indicator gebaseerd zijn op schattingen of op een (geëxtrapoleerde) steekproef. Voor een goed pijnbeleid blijkt het van belang een goede systematische registratie (bijvoorbeeld in een EPD) te hebben. Om een goed pijnbeleid bij specifieke patiëntengroepen uit te kunnen voeren, is het van belang over een goed systematisch geregistreerd overzicht te beschikken. In de toekomstige indicator voor Pijn na operatie zal meer aandacht worden besteed aan goede registraties. Hoewel de inspectie een goede systematische registratie aanmoedigt, is het niet essentieel om een betrouwbaar percentage te kunnen berekenen, mits aan strenge eisen voor een steekproef is voldaan. In de praktijk blijkt de steekproef helaas zelden goed (bijvoorbeeld niet aselect) uitgevoerd.

Conclusies

- 1 Het aantal ziekenhuizen met een acute pijnservice is verder toegenomen.
- 2 Bijna alle ziekenhuizen doen aan postoperatieve pijnmeting. Bijna de helft van de ziekenhuizen is echter nog niet in staat om daarover ook analyseerbare cijfers te leveren. De automatisering van de registratie wordt daarbij als grootste struikelblok genoemd.
- 3 Dit jaar is het duidelijk geworden hoe de indicator geregistreerd wordt. Vrijwel alle gegevens voor deze indicator zijn gebaseerd op schattingen of op een (geëxtrapoleerde) steekproef.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed pijnprotocol.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen acute pijnservice en geen andere wijze om het beleid bij postoperatieve pijn te managen.
- 3 Het ziekenhuis heeft geen beleid ten aanzien van gestandaardiseerde pijnmeting bij alle postoperatieve patiënten.
- 4 Het ziekenhuis geeft aan dat minder dan 50 procent van de patiënten in de eerste 72 uur na de operatie een pijnscore van 4 of lager heeft.
- 5 Het ziekenhuis meldt dat op 1 of meer van de percentages 100 procent van de patiënten zijn gemeten.
- 6 Indien het vermoeden bestaat dat de gegevens zijn gebaseerd op schattingen.
- 7 Indien het ziekenhuis gegevens rapporteert op basis van een (geëxtrapoleerde) steekproef zal worden gevraagd hoe deze steekproef is genomen.

8 Volume van risicovolle interventies

Beschikbare indicatoren

- 1 Volume van operaties aan een aneurysma van de abdominale aorta:
 - Aantal patiënten per ziekenhuis dat aan een aneurysma van de abdominale aorta (AAA) is geopereerd.
- 2 Volume van oesophaguscardiaresecties:
 - Aantal patiënten per ziekenhuis, bij wie een oesophaguscardiaresectie is uitgevoerd.

Relevante begrippen

Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA)	Het aneurysma van de aorta in de buik (aneurysma aorta abdominalis) is een plaatselijke verwijding van de grote lichaamsslagader: de aorta. Deze verwijding ontstaat door een zwakke plek in de wand van dit bloedvat. Vaak ontstaat een aneurysma ongemerkt en neemt het geleidelijk in grootte toe. Het grote gevaar van een aneurysma is dat het kan barsten. Als dat gebeurt, is de kans dat iemand overlijdt groot.
Oesophaguscardia-resectie (OCR)	Wegnemen van (een deel van) de slokdarm (oesophagus) en het bovenste deel van de maag (cardia) als behandeling van een kwaadaardige tumor van de slokdarm/maag.
Niet-acute procedure	Geplande ingreep die niet plaatsvindt onder spoedeisende omstandigheden en die opgenomen is in het reguliere OK-planningsproces. Dat wil zeggen dat zowel de voorbereiding als de uitvoering van de ingreep zijn uitgevoerd zoals dat gebruikelijk is.
Acute procedure	Een ingreep met een spoedeisend karakter.

Ziekenhuisselectie

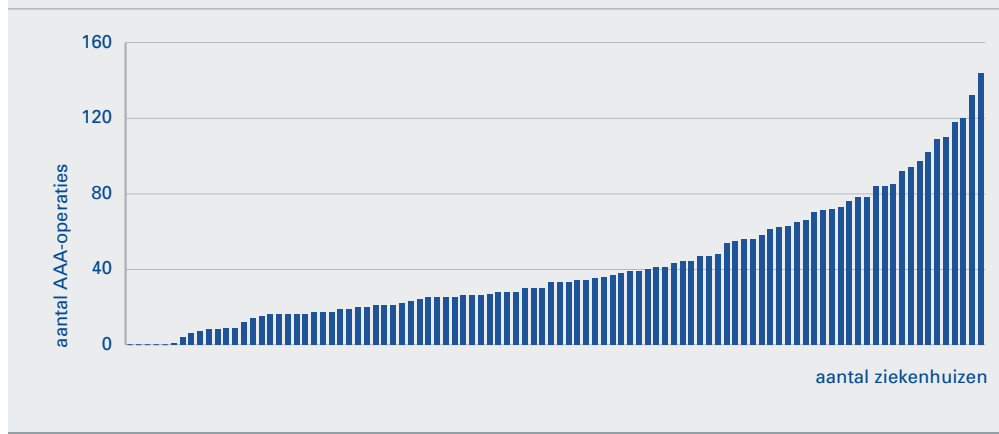
De gegevens over de AAA-operatie hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen.

De gegevens over de OCR-operatie hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Figuur 8.1

Aantal patiënten met een AAA-operatie (n=97)



Figuur 8.1

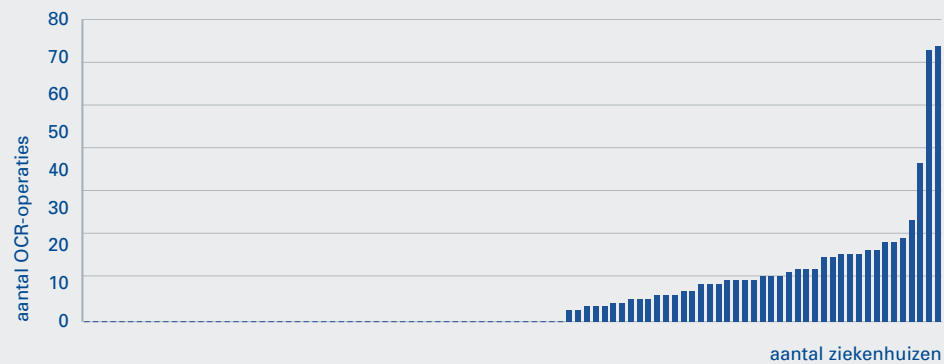
In 97 ziekenhuizen zijn in totaal 4.232 AAA-operaties uitgevoerd, 237 meer dan in 2005. Vier ziekenhuizen geven aan deze operatie niet uitgevoerd te hebben. In de overige 93 ziekenhuizen varieert het aantal AAA-operaties van 1 tot 144. Dertien ziekenhuizen geven aan (een deel van) hun patiënten voor hoogrisico ingrepen door te sturen naar topklinische centra in de regio. Vijf ziekenhuizen benadrukken in de toelichting de samenwerking met andere ziekenhuizen.

In 83 ziekenhuizen werden ten minste 15 AAA-operaties verricht. In 10 ziekenhuizen zijn minder dan 15 AAA-operaties verricht, in 4 ziekenhuizen worden geen AAA-operaties verricht. Volgens de wetenschappelijke vereniging wordt 15 als minimum genoemd voor het onderhouden van voldoende ervaring. Een richtlijn AAA-operaties is in voorbereiding en zal, naar het zich laat aanzien, eind 2007 verschijnen.

Oefening baart kunst, of in ieder geval vakmanschap. Bij elke handeling in het algemeen en bij technisch gecompliceerde handelingen zoals de AAA-operatie in het bijzonder, is het duidelijk dat hoe vaker een operatie wordt uitgevoerd, hoe kleiner de kans is dat complicaties optreden. Dit geldt niet alleen voor de operateur, maar zeker ook voor het hele chirurgisch team, de anesthesiologie en de medici en verpleegkundigen op de intensive care of verpleegafdeling. Anderzijds is het bij een (dreigende) bloeding van een aneurysma van de aorta vaak noodzakelijk om op hele korte termijn in te grijpen. Het is de IGZ dan ook duidelijk dat niet gestreefd kan worden naar het sterk beperken van het aantal centra waarin een AAA uitgevoerd kan worden.

Figuur 8.2

Aantal patiënten met een OCR per ziekenhuis (n=98)



Figuur 8.2

In 98 ziekenhuizen zijn 652 OCR-operaties uitgevoerd. In 55 ziekenhuizen is deze operatie niet uitgevoerd en werden patiënten doorverwezen naar gespecialiseerde centra. Van deze ziekenhuizen benadrukken 6 de samenwerking met ziekenhuizen in de regio en geven 14 in de toelichting aan dat zij deze patiënten doorverwijzen. Het aantal OCR-operaties bij de overige 43 ziekenhuizen varieert van 3 tot 73.

In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling oesophaguscarcinoom is als norm gesteld dat een ziekenhuis deze ingreep ten minste 10 tot 20 maal per jaar (geïndiceerd) dient uit te voeren. De inspectie heeft de minimumnorm van 10 ingrepen per jaar overgenomen. 28 van de 43 ziekenhuizen (65%) die deze operatie uitvoeren, verrichtten de OCR 10 keer of vaker; daarmee voldoet bijna tweederde van de ziekenhuizen aan de gestelde norm.

Conclusies

- 1 Alle ziekenhuizen rapporteren het aantal AAA- en OCR-operaties.
- 2 In 2006 zijn er 237 AAA-operaties meer uitgevoerd dan in 2005.
- 3 Het merendeel van de ziekenhuizen (96%) heeft AAA-operaties in het zorgpakket opgenomen. Bijna 90 procent hiervan verricht deze ingreep voldoende om de volgens de wetenschappelijke vereniging benodigde ervaring te behouden.
- 4 Bij de OCR is sprake van een gedeeltelijke concentratie van zorg: in ruim de helft van de Nederlandse ziekenhuizen worden patiënten voor deze ingreep naar een ander ziekenhuis verwezen.
- 5 Bijna tweederde van de ziekenhuizen waar OCR-operaties worden uitgevoerd, voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde richtlijn van 10 operaties per jaar.
- 6 Op basis van de gegevens van 2004 t/m 2006 heeft een aantal ziekenhuizen een schrijven van de inspectie ontvangen met de mededeling dan wel te stoppen met het uitvoeren van de OCR-operaties dan wel een zodanig samenwerkingsverband aan te gaan dat aan de volumenorm kan worden voldaan.
- 7 Het samenvoegen van data van verschillende ziekenhuizen voor het verkrijgen van voldoende volumina wordt niet geaccepteerd.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft aan wel AAA-operaties te verrichten, maar minder dan 15 per jaar.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan wel OCR-operaties te verrichten, maar minder dan 10 per jaar.
- 3 Het ziekenhuis heeft in 2007 een brief ontvangen over de volumenorm.
- 4 Het ziekenhuis heeft ten opzichte van 2005 25 procent of meer operaties uitgevoerd.

9 Cholecystectomie

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage patiënten met galwegletsel na een cholecystectomie.

Relevante begrippen

Cholecystectomie	Galblaasoperatie, ingreep waarbij de galblaas verwijderd wordt.
Galwegletsel	Iedere beschadiging van het galwegsysteem, inclusief de stomp van de galgang en de galwegen in de lever, die is opgetreden tijdens cholecystectomie.

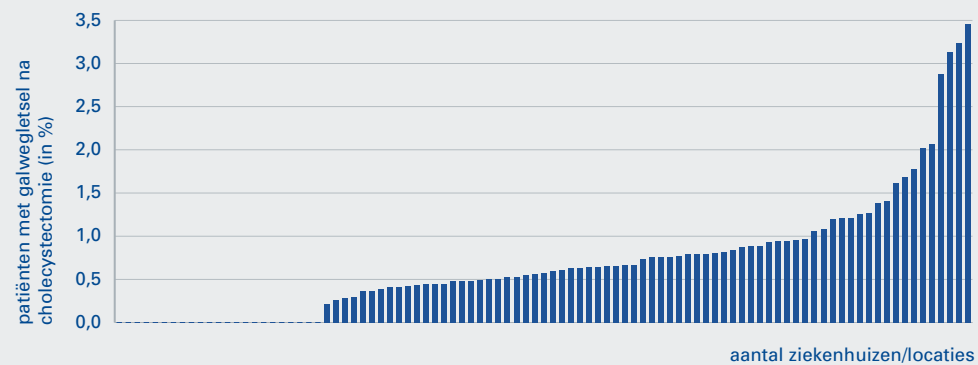
Ziekenhuisselectie

De gegevens over cholecystectomie hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 9.1

Percentage patiënten met galwegletsel na een cholecystectomie (n=95)



Figuur 9.1

Van de 97 ziekenhuizen geven 95 (98%) gegevens over het percentage patiënten met galwegletsel; bij 2 ziekenhuizen zijn de gegevens onbekend. In totaal zijn 22.777 cholecystectomieën uitgevoerd en zijn er 164 patiënten met galwegletsel gemeld. Het aantal patiënten met een cholecystectomie per ziekenhuis varieert van 32 tot 517 patiënten.

Bij 95 ziekenhuizen varieert het percentage galwegletsel van 0 tot 3,5 procent met een gemiddelde van 0,7 procent. Het is bekend dat het percentage beïnvloed wordt door de inspanning van de behandelend arts om ook kleinere galwegletsels te vinden; 23 ziekenhuizen melden geen enkel geval gevonden te hebben. De spreiding in het aantal galwegletsels per ziekenhuis loopt van 0 tot 9 patiënten.

Conclusies

- 1 Het merendeel van de ziekenhuizen (98%) kan informatie aanleveren over galwegletsel na een cholecystectomie.
- 2 Het percentage patiënten met galwegletsel is gemiddeld 0,7 procent (164 van de 22.777 patiënten); derhalve is het nut voor risicoselectie beperkt.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om gegevens over het percentage patiënten met galwegletsel na een cholecystectomie te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis heeft meer dan 2,1 procent patiënten met galwegletsel na cholecystectomie.
- 3 Het ziekenhuis meldt geen enkele patiënt met galwegletsel na cholecystectomie te hebben gehad.

10 Ongeplande heroperaties

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage ongeplande heroperaties na een colorectale operatie bij patiënten van 18 jaar en ouder (exclusief blindedarmoperaties).
- 2 Facultatief: Percentage heroperaties na een hernia inguinalis bij patiënten van 16 jaar en ouder.

Relevante begrippen	
Ongeplande heroperatie	Operatie die wordt verricht, omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft gehad.
Initiële operatie	Eerste ingreep die tijdens een opnameperiode wordt verricht.
Colorectale operatie	Operatie van de dikke darm wegens acute infectie (bijvoorbeeld diverticulitis), chronische en recidiverende infecties (bijvoorbeeld ziekte van Crohn of colitis ulcerosa), premaligne aandoeningen (poliposis coli), coloncarcinoom, overige oorzaken van afsluiting.
Hernia inguinalis	Wordt ook wel liesbreuk genoemd; een liesbreuk (hernia) is een uitstulping van het buikvlies door een zwakke plek of opening in de buikwand waardoor een zwelling kan ontstaan. De verzwakking of opening kan aangeboren zijn, of het gevolg van uitrekking van de buikwand.

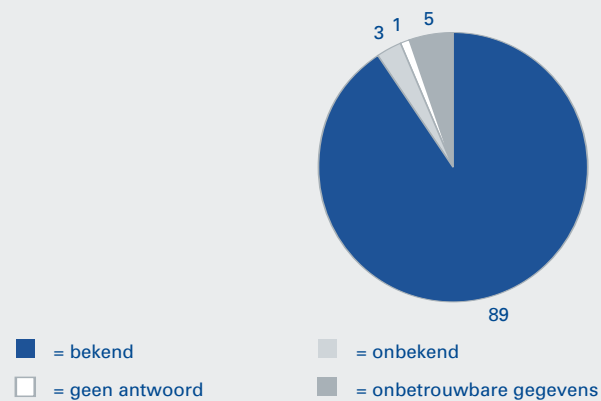
Ziekenhuisselectie

De gegevens over ongeplande heroperaties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Figuur 10.1

Beschikbaarheid van gegevens over het percentage (ongeplande) colorectale heroperaties (n=98)



Figuur 10.1

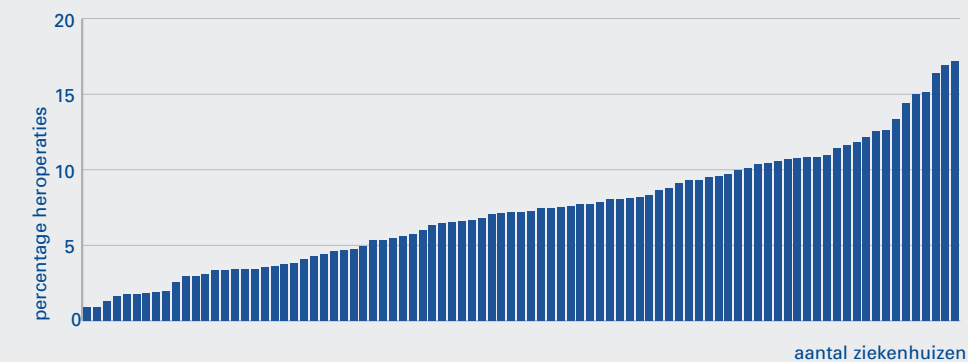
Van de 98 ziekenhuizen die colorectale operaties verrichten, leveren 89 betrouwbare gegevens over ongeplande heroperaties. In twee ziekenhuizen is het percentage heroperaties onbekend en twee ziekenhuizen geven geen antwoord op de vraag of de gegevens bekend zijn. Eén ziekenhuis hiervan geeft toch getallen, maar deze zijn onbetrouwbaar omdat er een verkeerde selectie is uitgevoerd. In vijf ziekenhuizen zijn de gegevens niet betrouwbaar omdat het totale aantal operaties onwaarschijnlijk hoog is, er ook geplande heroperaties zijn meegenomen of omdat de cijfers op een steekproef berusten.

Figuur 10.2

De 89 ziekenhuizen registreerden in totaal 17.902 colorectale operaties. Het percentage heroperaties varieert van 0,9 tot 17,2 procent met een gemiddelde van 7,3 procent.

Figuur 10.2

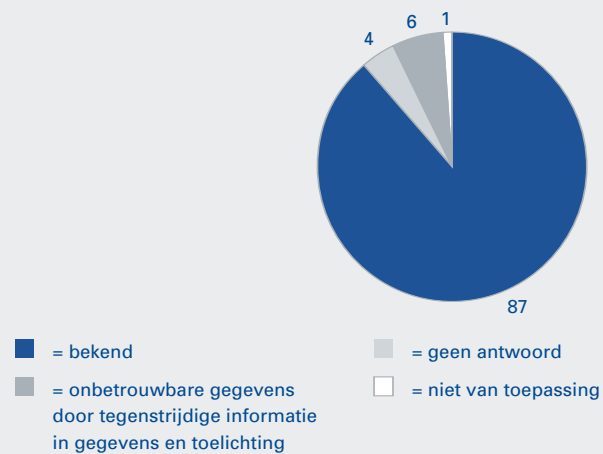
Percentage (ongeplande) colorectale heroperaties van het totaal aantal colorectale operaties (n=89)



Een literatuursearch naar het percentage heroperaties na colonchirurgie toont dat het percentage heroperaties uiteen loopt van 0,6 tot 10,6 procent. De hoogte van het percentage is niet alleen een maat voor de kwaliteit van zorg maar hangt ook samen met de lokalisatie en uitgebreidheid van de ingreep, de indicatie voor de initiële operatie en de reden voor de heroperatie (complicatie of hersteloperatie). In de onderzochte studies worden verschillende definities van heroperaties gehanteerd, zijn er verschillende soorten ingrepen onderzocht en is niet van elke colonoperatie die in de codelijst van de NVvH staat literatuur gevonden met resultaten over heroperaties. Op basis van deze data stelt de inspectie vast dat wanneer het percentage ongeplande heroperaties boven de 10 procent ligt, in ieder geval nader onderzoek naar de oorzaak dient te gebeuren.

Figuur 10.3

Beschikbaarheid van gegevens over het percentage heroperaties na een hernia inguinalis (n=98)



Figuur 10.3

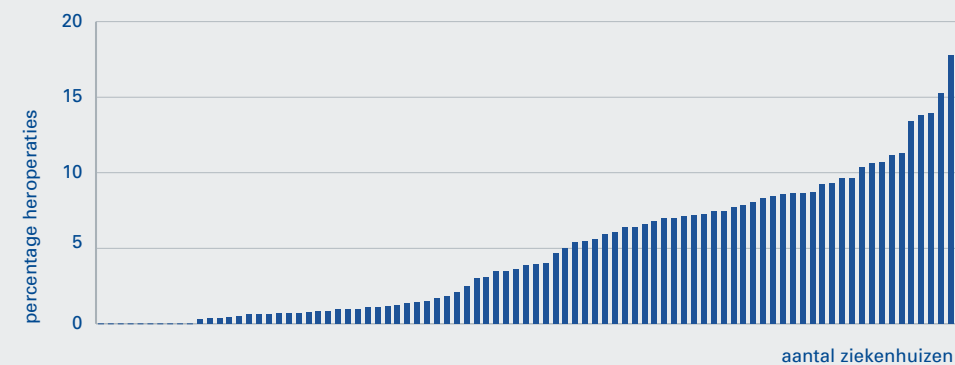
Van de 97 ziekenhuizen waar liesbreukoperaties worden verricht is bij 87 (90%) het percentage heroperaties bekend. Vier ziekenhuizen geven geen antwoord bij de vraag of het percentage bekend is. Voor één ziekenhuis is deze vraag niet van toepassing omdat hier geen hernia inguinalis operaties plaatsvinden. Zes ziekenhuizen geven onbetrouwbare gegevens, bijvoorbeeld omdat ze een te kleine steekproef nemen.

Figuur 10.4

Van de 87 ziekenhuizen die betrouwbare cijfers leveren, is het gemiddelde percentage heroperaties na een hernia inguinalis 4,7 procent met een minimum van 0 procent en een maximum van 17,8 procent. In totaal zijn 26.092 operaties hernia inguinalis uitgevoerd.

Figuur 10.4

Percentage ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis (n=87)



Conclusies

- 1 Ruim driekwart van de ziekenhuizen kan cijfers aanleveren over (ong geplande) heroperaties.
- 2 Het gemiddelde percentage ongeplande colorectale heroperaties is 7,3% (range 0,9 tot 17,2). Deze indicator omvat een grote variatie in type colorectale heroperaties.
- 3 Het aantal colorectale operaties varieert van 39 tot 624, het aantal ongeplande colorectale heroperaties varieert van 1 tot 82.
- 4 De definitie van colorectale operaties is niet eenduidig interpreteerbaar, de definitie zal aangescherpt worden.
- 5 Het gemiddelde percentage heroperaties na een hernia inguinalis is 4,7% (range 0 tot 17,8). Dit is gedaald ten opzichte van 2005 (gemiddelde van 7,7%).
- 6 In 2007 zijn elf ziekenhuizen met een percentage hoger dan 12 procent voor ongeplande colorectale heroperaties aangeschreven met het verzoek om een toelichting op dit resultaat te geven.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om gegevens over het percentage ongeplande heroperaties te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis heeft meer dan 12,3 procent ongeplande heroperaties na een colorectale operatie uitgevoerd (>p90).
- 3 Het ziekenhuis heeft minder dan 1,94 procent ongeplande heroperaties na een colorectale operatie uitgevoerd (<p10).
- 4 Het ziekenhuis heeft meer dan 10,5 procent ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis uitgevoerd (>p90).
- 5 Het ziekenhuis heeft geen ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis operatie uitgevoerd.
- 6 Het ziekenhuis heeft een schrijven ontvangen over het percentage heroperaties.

11 Afgezegde operaties

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage door het ziekenhuis en door de patiënt afgezegde operaties, binnen 24 uur voor een electieve operatie.

Relevante begrippen

Electieve operatie	Geplande ingreep die niet plaats vindt onder spoedeisende omstandigheden en die opgenomen is in het reguliere OK- planningsproces. Dat wil zeggen dat zowel de voorbereiding als de uitvoering van de ingreep zijn uitgevoerd zoals dat gebruikelijk is.
Afgezegde operatie	Operatie, door patiënt of ziekenhuis afgezegd, binnen 24 uur voor het geplande en aan de patiënt meegedeelde tijdstip.

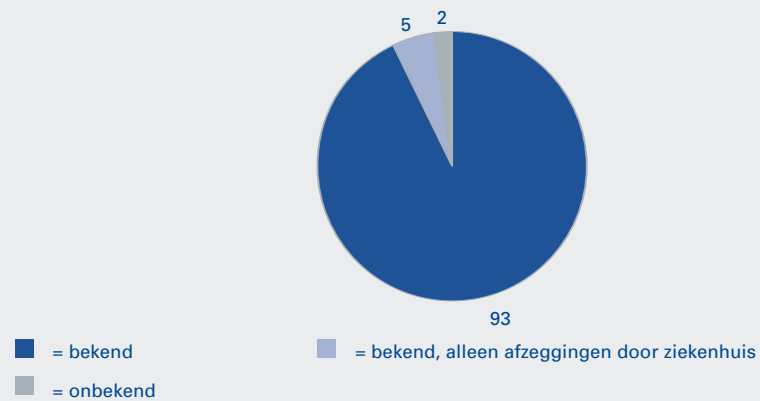
Ziekenhuisselectie

De gegevens over afgezegde operaties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 3 categorale ziekenhuizen en 89 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

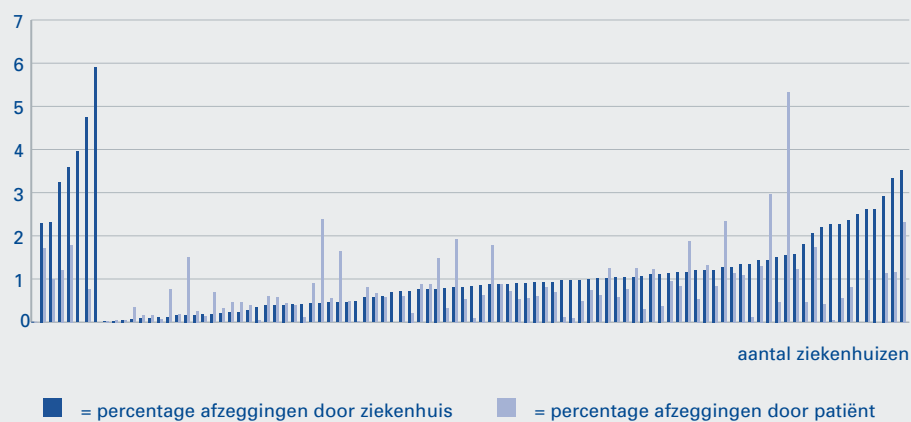
Figuur 11.1

Gegevens over afgezegde operaties, al dan niet beschikbaar (n=100)



Figuur 11.2

Percentage operaties afgezegd door ziekenhuizen en patiënten, gesorteerd op UMC's, respectievelijk overige ziekenhuizen (n=98)



Figuur 11.1

Van de 100 ziekenhuizen geven 98 aan dat gegevens over afgezegde operaties bekend zijn; twee ziekenhuizen geven aan deze gegevens niet beschikbaar te hebben. Eén van deze twee ziekenhuizen geeft aan daar in 2007 mee te starten.

Van de 98 ziekenhuizen die gegevens beschikbaar hebben, geven 93 ziekenhuizen cijfers over zowel afgezegde operaties door het ziekenhuis als afgezegde operaties door de patiënt; vijf ziekenhuizen geven alleen cijfers over afgezegde operaties door het ziekenhuis.

Figuur 11.2

In figuur 11.2 is het percentage afgezegde operaties weergegeven, uitgesplitst naar afzeggingen door het ziekenhuis en afzeggingen door de patiënt.

Het totale aantal electieve operaties is 1.141.294 en varieert van 2849 tot 43.008 per ziekenhuis. Het percentage afgezegde operaties varieert van 0,04 tot 6,8 procent met een gemiddelde van 1,9 en een mediaan van 1,6.

Het percentage *door het ziekenhuis* afgezegde operaties varieert van 0,00 tot 5,90 procent met een gemiddelde van 1,2 en een mediaan van 0,9 (n=98).

Het percentage *door de patiënt* afgezegde operaties varieert van 0 tot 5,3 procent met een gemiddelde van 0,8 en een mediaan van 0,6 (n=93).

Er worden gemiddeld meer operaties door het ziekenhuis afgezegd. In figuur 11.2 is te zien dat dit voor enkele ziekenhuizen niet geldt. Tevens is zichtbaar dat universitair medische centra een substantieel hoger percentage afgezegde operaties hebben dan overige ziekenhuizen.

Tabel 11.1

Percentage afgezegde operaties, uitgesplitst naar 10 specialismen

<i>Specialismen</i>	<i>Percentage afgezegde operaties</i>
Orthopedie (n=10)	1,5
Gynaecologie (n=11)	1,6
KNO (n=11)	1,7
Plastische chirurgie (n=7)	1,7
Oogheelkunde (n=10)	1,9
Chirurgie (n=11)	2,3
Urologie (n=10)	2,4
Anesthesiologie / pijnbestrijding (n=3)	2,5
Kaakchirurgie (n=7)	3,3
Neurochirurgie (n=8)	3,4

Tabel 11.1

Het beleid ten aanzien van OK-planning verschilt per ziekenhuis, maar binnen een ziekenhuis vaak ook per specialisme. Daarom is de mogelijkheid gegeven het aantal afgezegde electieve operaties niet alleen in totaal, maar ook per specialisme te registreren. Door elf ziekenhuizen is van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. De ziekenhuizen die gegevens verschaffen, beschikken niet alle over al de genoemde specialismen. Daarom varieert het aantal gegevens per specialisme.

Conclusies

- 1 Vrijwel alle ziekenhuizen (98%) registreren het aantal afgezegde operaties.
- 2 Het gemiddelde percentage afgezegde electieve operaties is 1,9, variërend van 0,04 tot 6,9 procent.
- 3 Het gemiddelde percentage *door de patiënt* afgezegde electieve operaties is 0,8, variërend van 0 tot 5,3 procent.
- 4 Het gemiddelde percentage *door het ziekenhuis* afgezegde electieve operaties is 1,2, variërend van 0 tot 5,9 procent.
- 5 In sommige gevallen is het onduidelijk of het een afzegging door de patient of door het ziekenhuis betreft. Daarom zal vanaf 2008 dit onderscheid vervallen.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over het percentage afgezegde operaties.
- 2 Het percentage afgezegde operaties is kleiner dan 0,4 procent of groter dan 4,2 procent.
- 3 Het percentage door het ziekenhuis afgezegde operaties is kleiner dan 0,2 procent of groter dan 2,6 procent.
- 4 Het percentage door de patiënt afgezegde operaties is kleiner dan 0,1 procent of groter dan 1,8 procent.

12 Intensive Care

Beschikbare indicatoren

- 1 De niveau-indeling van de IC.
- 2 Bevestiging van het niveau bij visitatie.
- 3 Fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC.
- 4 Totaal aantal beademingsdagen verdeeld naar volwassenen (cardiochirurgisch en niet-cardiochirurgisch) en kinderen jonger dan 16 jaar.
- 5 Totaal aantal IC-dagen verdeeld naar volwassenen (cardiochirurgisch en niet-cardiochirurgisch) en kinderen jonger dan 16 jaar.

Relevante begrippen

IC niveau I	Basis IC gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van één vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met een beademingsnoodzaak die naar verwachting niet langer duurt dan twee tot drie dagen.
IC niveau II	Is gericht op patiënten met ernstige ziekten, maar op deze afdelingen hoeft men niet in staat te zijn patiënten met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen.
IC niveau III	Hoogste niveau IC, gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd meerdere vitale functies verstoord zijn, waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en geregistreerde intensivisten noodzakelijk is.
Geregistreerde intensivist	Medisch specialist die na zijn primaire specialistenopleiding (meestal anesthesiologie, interne geneeskunde, chirurgie of kindergeneeskunde) een extra specialisatie in de intensive care geneeskunde heeft gevolgd in een door de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC) erkende opleidingskliniek.
FTE intensivist	De werktijd die een intensivist aan de IC besteedt als percentage van de werktijd van een medisch specialist met een volledige werkweek.
Beademingsdag	Iedere kalenderdag waarop een patiënt wordt beademd, exclusief beademing tijdens een operatie en kortdurende postoperatieve nabeademing. Hoewel dit leidt tot een gemiddelde overschatting van de totale beademingsduur met ongeveer een half etmaal per patiënt is het een goede maat voor de verpleegkundige en medische werkbelasting die hoger is bij het starten en beëindigen van de beademing.
IC-dag	Iedere kalenderdag waarop de patiënt op de IC was opgenomen, inclusief de dag van opname en de dag van ontslag.

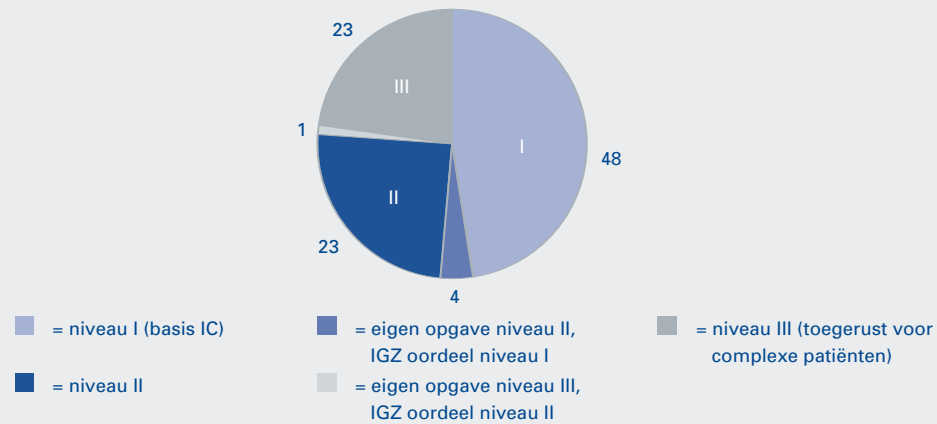
Ziekenhuisselectie

De gegevens over intensive care hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 2 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 12.1

Niveau van de IC naar eigen opgave van het ziekenhuis en naar het oordeel van de inspectie (n=99)



Tabel 12.1

Bevestiging van het IC-niveau na visitatie (n=99)

Niveau-indeling IC	Gevisiteerd		Niet gevisiteerd	
	Niveau bevestigd	Niveau (nog) niet bevestigd		
	N (%)	N (%)	N (%)	
Niveau I (basis IC)	25 (52)	5 (10)	18 (38)	48
Eigen opgave niveau II, IGZ oordeel niveau I	0 (0)	2 (50)	2 (50)	4
Niveau II	12 (52)	0 (0)	11 (48)	23
Eigen opgave niveau III, IGZ oordeel niveau II	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1
Niveau III (toegerust voor complexe patiënten)	19 (83)	0 (0)	4 (17)	23
	56 (57)	8 (8)	35 (35)	99

Figuur 12.1

Figuur 12.1 geeft de verdeling van IC-niveau's in alle 99 ziekenhuizen met een IC: 23 IC afdelingen verlenen IC-zorg op het hoogste niveau (niveau III) en zijn toegerust om ook zeer complexe patiënten te behandelen, 24 IC afdelingen kunnen zonnodig een enkele patiënt met complexere problemen behandelen (niveau II) en 52 ziekenhuizen verlenen IC-zorg op het niveau van een basis IC (van niveau I). Voor ziekenhuizen met meerdere IC-afdelingen op verschillende locaties is het hoogste niveau aangehouden. Deze niveau verdeling verschilt in enkele gevallen van die volgens de eigen opgave van de ziekenhuizen. In de 24 ziekenhuizen die hun IC als niveau III opgeven is één door de inspectie als niveau II geïclassificeerd omdat dit niveau bij visitatie niet is bevestigd en op grond van onduidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap. In de 27 ziekenhuizen die hun IC als niveau II opgeven zijn vier IC-afdelingen door de inspectie als niveau I geïclassificeerd omdat het aantal intensivisten te klein is om continuïteit te kunnen bieden bij opname van complexe patiënten (n=2) of het opgegeven niveau bij visitatie niet is bevestigd (n=2).

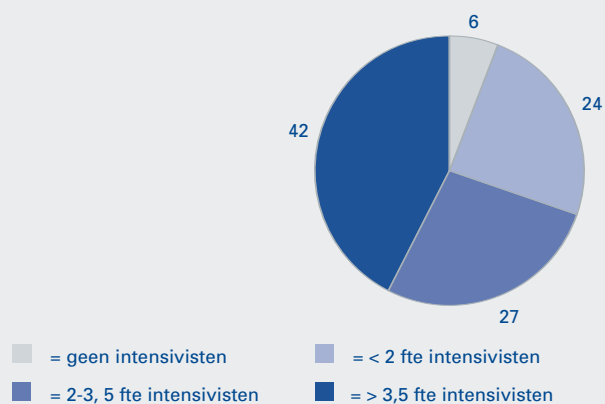
Een juiste inschatting van het niveau van de op de afdeling geleverde zorg is van belang, omdat aan de hand hiervan de doelgroep van de intensive care bepaald wordt. In de nieuwe richtlijn van de wetenschappelijke verenigingen (2006) is de naamgeving van het niveau van de IC in overeenstemming met internationaal gebruik gewijzigd in niveau (of level) III voor de meest complexe patiënten en niveau (level) I voor basis IC.

Tabel 12.1

Visitatie door de beroepsgroep is een belangrijk middel om de kwaliteit van de medisch specialistische zorg te borgen. Van de 99 IC-afdelingen zijn er 64 (65%) geïclassificeerd door de beroepsgroep. Bij 56 IC-afdelingen is het door het ziekenhuis opgegeven niveau bevestigd, acht afdelingen geven aan (nog) niet (volledig) te voldoen aan de criteria. Visitatie voor niveau I en niveau II IC-afdelingen is vrijwillig, de helft van deze afdelingen is niet geïclassificeerd. Van ziekenhuizen die opgeven over een niveau I IC (basis IC) te beschikken, is in 6 van de 31 ziekenhuizen het niveau tijdens de visitatie (nog) niet (volledig) bevestigd. In ziekenhuizen die opgeven over een niveau II IC te beschikken, is in 2 van de 14 ziekenhuizen het niveau tijdens de visitatie (nog) niet (volledig) bevestigd. Zij hadden in 2004 naar het oordeel van de inspectie dan ook een niveau I IC-afdeling. Voor de opleidingsbevoegdheid van medisch specialisten is visitatie een voorwaarde; bij niveau III afdelingen worden vaak intensivisten opgeleid. Bij 19 niveau III afdelingen (83%) waar een visitatie heeft plaatsgevonden, is het niveau bevestigd; 4 niveau III IC's zijn niet geïclassificeerd, één afdeling is op grond van de visitatie door de inspectie als niveau II geïclassificeerd.

Figuur 12.2

FTE geregistreerde intensivisten, beschikbaar voor de IC (n=99)



Tabel 12.2

Formatie geregistreerde intensivisten naar het niveau van de IC (n=99)

Niveau-indeling IC volgens de IGZ	Fte geregistreerde intensivist				Totaal
	Geen	< 2	2 – 3,5	> 3,5	
Niveau I (basis IC)	6	24	17	5	52
Niveau II	0	0	10	14	24
Niveau III (toegerust voor complexe patiënten)	0	0	0	23	23
	6	24	27	42	99

Figuur 12.2

De 99 ziekenhuizen die gegevens publiceren over het aantal fte geregistreerde intensivisten geven aan dat in totaal 449,7 fte geregistreerde intensivisten beschikbaar zijn voor de intensive care afdeling. Dit aantal komt niet overeen met gegevens van het Nivel/capaciteitsorgaan dat in een conceptrapportage van augustus 2007 uitgaat van 415 intensivisten die voor 285 fte beschikbaar zijn. Het aantal fte geregistreerde intensivisten varieert van 0 (in 6 ziekenhuizen) tot 36. Op niveau I IC-afdelingen (basis IC) is gemiddeld 1,9 fte geregistreerde intensivisten beschikbaar, op niveau II IC-afdelingen 3,6 fte en op niveau III IC-afdelingen (toegerust voor complexe patiënten) 11,4 fte.

Tabel 12.2

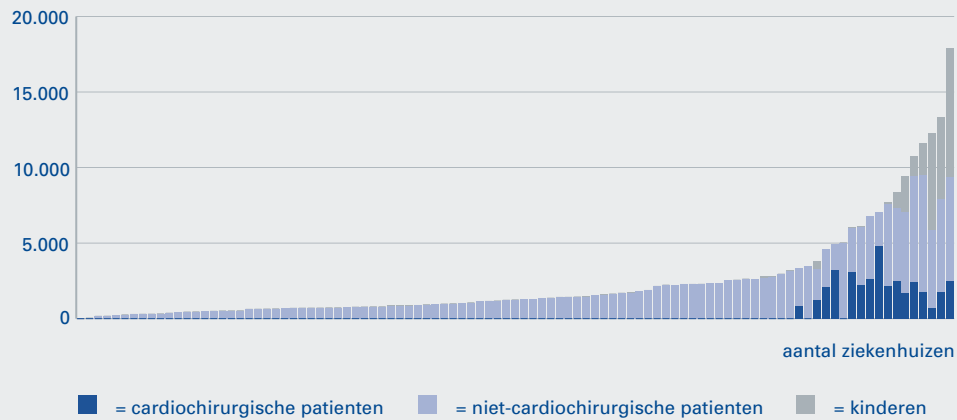
Zes niveau I IC-afdelingen beschikken niet over een geregistreerde intensivist, 24 over minder dan 2 fte en 22 over 2 of meer fte geregistreerde intensivisten. In deze laatste groep bevinden zich ook ziekenhuizen met een onwaarschijnlijk groot aantal intensivisten dat volledig voor de IC beschikbaar zou zijn. Veertien niveau II IC-afdelingen beschikken over 3,5 of meer fte geregistreerde intensivisten en 10 afdelingen hebben 2 tot 3,5 fte. Dat wil zeggen dat alle 24 niveau II afdelingen voldoende geregistreerde intensivisten hebben om ten minste voor een beperkte periode 7x24-uurs bezetting mogelijk te maken. Alle 23 niveau III IC-afdelingen beschikken volgens opgave over 3,5 of meer fte geregistreerde intensivisten; genoeg om te voorzien in een 7x24 uursbezetting.

De continue en exclusieve beschikbaarheid van een geregistreerde intensivist is een belangrijke kwaliteitseis voor IC-afdelingen van niveau II en III IC-afdelingen. Voor een 7x24-uursbezetting berekent de Arbeidsvoorwaarderegeling Medisch Specialisten (AMS) een minimum van 3,5 tot 3,8 fte, afhankelijk van de leeftijd van de betrokken specialisten.

De inspectie hecht veel waarde aan een medisch-specialistische bezetting die in overeenstemming is met de mate van complexiteit van zorg. Zij gaat ervan uit dat ziekenhuizen met minder dan 3,5 fte geregistreerde intensivisten niet voldoen aan de criteria voor een IC niveau III. Volgens de nieuwe richtlijn van de wetenschappelijke verenigingen (2006) moet ook op een IC niveau II te allen tijde een geregistreerde intensivist beschikbaar zijn. De IGZ heeft de gegeven informatie vertaald als ten minste 2 fte geregistreerde intensivisten. Hieruit volgt dat wanneer er minder dan 2 fte geregistreerde intensivisten zijn, geen continuïteit geboden kan worden en acht de inspectie het niet verantwoord om complexe IC-patiënten te behandelen. Er is dan sprake van een IC niveau I (basis IC).

Figuur 12.3

Aantal beademingsdagen volwassenen (niet-cardiochirurgisch en cardiochirurgisch) en beademingsdagen voor kinderen opgeteld (n=99)



Figuur 12.3

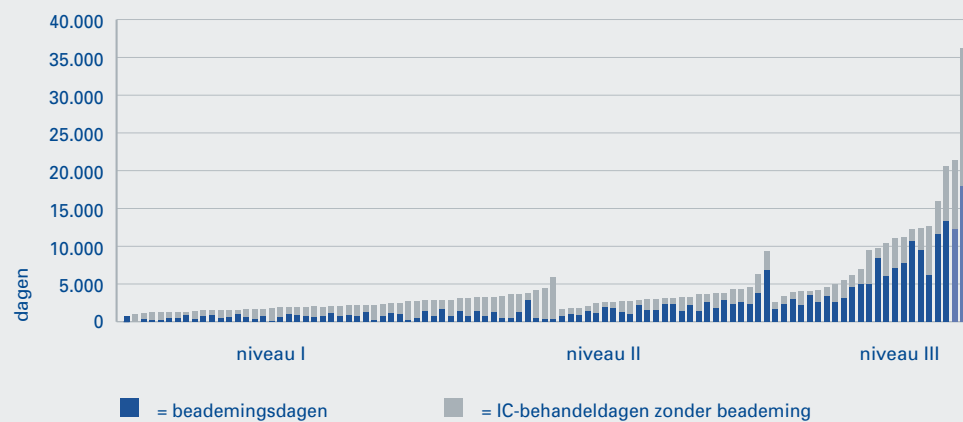
De 99 ziekenhuizen registreren samen 238.022 beademingsdagen. Het aantal beademingsdagen varieert van 0 tot 17.900 per ziekenhuis per jaar. Het gemiddeld aantal beademingsdagen per IC-niveau is verschillend: niveau I gemiddeld 743, niveau II gemiddeld 2.034 en niveau III gemiddeld 6.490 dagen.

Figuur 12.4

Op niveau I en niveau II afdelingen is het aantal beademingsdagen in 50 ziekenhuizen minder dan de helft van het totaal aantal IC-dagen. Dit varieert van 0 tot 77 procent met een gemiddelde van 34 procent op niveau I en 58 procent op niveau II afdelingen. Op de niveau III afdelingen worden patiënten gemiddeld op 66 procent van de IC-dagen beademd, met een spreiding van 48 tot 88 procent.

Figuur 12.4

Totaal aantal IC-dagen bestaande uit beademingsdagen en overige IC-dagen per IC niveau (n=99)



Conclusies

- 1 Alle 99 ziekenhuizen met een IC-afdeling leveren gegevens.
- 2 Visitatie door de beroepsgroep heeft bij bijna tweederde van alle IC-afdelingen plaatsgevonden. In de toelichting geven verschillende ziekenhuizen aan dat in het komende jaar voor de IC-afdeling een visitatie gepland of aangevraagd is.
- 3 Er zijn in totaal 449,7 fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor IC-afdelingen. Dit komt niet overeen met de gegevens van het Nivel. Daar zijn 285 fte in 2006 bekend. De reden voor deze discrepantie is nog onduidelijk.
- 4 In zes ziekenhuizen met een niveau I IC (basis IC) zijn (nog) geen geregistreerde intensivisten beschikbaar.
- 5 Vijf ziekenhuizen met een niveau I IC hebben het onwaarschijnlijke aantal van 4 tot 14 geregistreerde intensivisten fulltime beschikbaar voor een beperkt aantal beademingsdagen.
- 6 Zowel alle 23 niveau III IC-afdelingen (toegerust op complexe patiënten) als alle 24 niveau II IC-afdelingen hebben voldoende geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de organisatie van een 7x24 uursbezetting passend voor het gewenste niveau van zorg.
- 7 Het aantal beademingsdagen varieert sterk, namelijk van 0 dagen in een jaar op een kleine IC van een categoriaal ziekenhuis tot meer dan 17.000 beademingsdagen in een universitair medisch centrum.
- 8 Op niveau I IC-afdelingen is gemiddeld 743 dagen beademd. Op niveau II IC-afdelingen is het gemiddeld aantal beademingsdagen 2.034 en op niveau III IC-afdelingen 6.490.
- 9 De verhouding tussen beademingsdagen en IC-dagen zonder beademing is te beschouwen als een maat voor de zorgzwaarte. Bij 50 IC-afdelingen van niveau I en niveau II is het aantal beademingsdagen minder dan de helft van het totaal aantal IC-dagen. Op IC-afdelingen van niveau III ligt het gemiddeld aantal beademingsdagen op 66 procent.

Reactie inspectie

De inspectie doet gericht onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft aan over een IC niveau III te beschikken, maar kan dit niet onderbouwen aan de hand van een visitatierapport of het aantal beademingsdagen.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan over een IC niveau III te beschikken, maar heeft onvoldoende geregistreerde intensivisten om 7x24 uur continuïteit te bieden. Dit is een vereiste voor de behandeling van complexe IC-patiënten.
- 3 Het ziekenhuis geeft aan over een IC niveau II te beschikken, maar kan dit niet onderbouwen aan de hand van een visitatierapport of heeft een onverwacht laag aantal beademingsdagen in verhouding tot de overige IC-dagen.
- 4 Het ziekenhuis geeft aan over een IC niveau II te beschikken, maar heeft niet te allen tijde een geregistreerde intensivist beschikbaar. Dit is een vereiste voor de behandeling van complexe IC-patiënten.
- 5 Het ziekenhuis geeft aan over een IC niveau I te beschikken, maar heeft geen geregistreerde intensivist beschikbaar.
- 6 Het ziekenhuis geeft aan over een IC niveau I te beschikken, maar heeft een onwaarschijnlijk groot aantal geregistreerde intensivisten fulltime voor de IC beschikbaar.

13 Zwangerschap

Beschikbare indicatoren

- 1 Niveau van verloskundige zorg: perinatologisch centrum (derde lijn) of tweedelijnscentrum.
- 2 Totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.
- 3 VOKS-percentiel voor primaire sectio's berekend voor een zwangerschapsduur van 37 tot 42 weken.
- 4 VOKS-percentiel voor secundaire sectio's berekend voor een zwangerschapsduur van 37 tot 42 weken.

Relevante begrippen	
Perinatologisch centrum	Een derdelijnscentrum waar de zorg is toegerust voor specifieke en ernstige pathologie tijdens de zwangerschap, baring en na de zwangerschap en waar zonodig intensive care geboden kan worden voor de pasgeborene. De inspectie verstaat onder een perinatologisch centrum een derdelijnsvoorziening met neonatologische IC en verloskundige HC met een vergunning onder de Wet op de bijzondere medische voorzieningen (WBMV).
Primaire sectio	Geplande keizersnede; vóór de bevalling begint, is besloten een keizersnede uit te voeren.
Secundaire sectio	Keizersnede in verband met complicaties tijdens de bevalling.
Kenmerken van zwangeren	Een bepaalde samenstelling van de patiëntenpopulatie kan ervoor zorgen dat de kans op een keizersnede groter is dan normaal. Kenmerken van zwangeren zijn bijvoorbeeld leeftijd, etnische achtergrond of verhoogde bloeddruk.
VOKS	Verloskundige Onderlinge KwaliteitsSpiegeling.
VOKS-percentiel	Deze maat geeft het verschil aan tussen het werkelijke aantal keizersneden in een ziekenhuis en het aantal keizersneden dat door de gemiddelde Nederlandse gynaecoloog in deze praktijk gedaan zou zijn als rekening wordt gehouden met een aantal kenmerken van zwangeren. Een VOKS-percentiel P90 wil zeggen dat 90 procent van alle gynaecologenpraktijken bij eenzelfde populatiesamenstelling minder keizersneden uitvoeren.

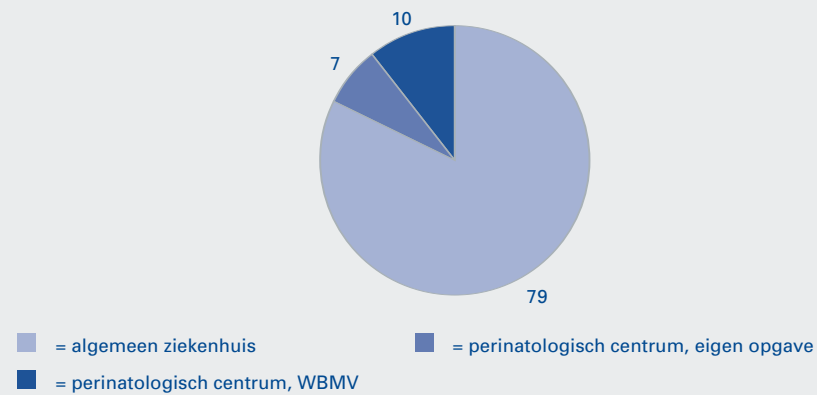
Ziekenhuisselectie

De gegevens over zwangerschap hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 88 algemene ziekenhuizen/locaties.

Resultaten

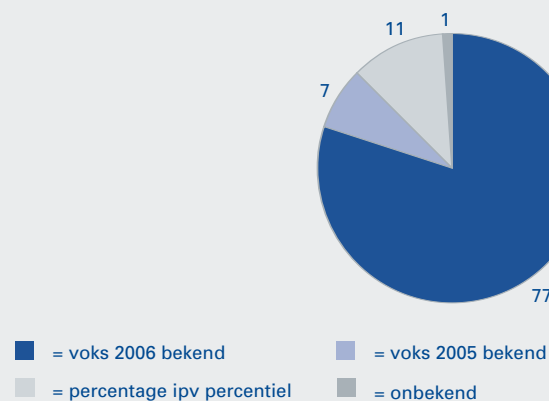
Figuur 13.1

Niveau van verloskundige zorg: perinatologisch centrum (derde lijn) of tweedelijnscentrum (n=96)



Figuur 13.2

Aantal ziekenhuizen waar het VOKS-percentiel bekend is (n=96)



Figuur 13.1

Van de 96 ziekenhuizen met een verloskundeafdeling geven 79 aan dat het een tweedelijns verloskundepraktijk betreft, 17 ziekenhuizen (18%) geven aan een perinatologisch centrum te hebben. In Nederland hebben 10 ziekenhuizen een vergunning als perinatologisch centrum onder de Wet op de bijzondere medische voorzieningen (WBMV). Hier is naast een Intensive Care voor pasgeborenen ook een afdeling High Care voor verloskunde. Wat de aanduiding perinatologisch centrum in de overige 7 ziekenhuizen betekent, is niet geheel duidelijk. Mogelijk zijn dit ziekenhuizen met een High Care afdeling voor pasgeborenen.

Van de 96 ziekenhuizen met een verloskundeafdeling geven 95 het totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Dit was 114.665, ruim 62 procent van het totale aantal geboorten in dat jaar in Nederland.^[2] Het aantal bevallingen varieert van 342 tot 2767, met een gemiddelde van 1207 per jaar per ziekenhuis. In vier ziekenhuizen blijft het totale aantal onder de 500 bevallingen per jaar.

Figuur 13.2

In 77 van de 96 ziekenhuizen zijn betrouwbare gegevens over de VOKS-percentiel van 2006 geregistreerd, zeven ziekenhuizen leveren alleen de gegevens over 2005. Bij twaalf ziekenhuizen zijn de getallen volgens de door het ziekenhuis gegeven toelichting onbetrouwbaar (n=1) of bestaat het vermoeden dat niet de gevraagde VOKS-percentielen, maar het percentage keizersneden is gegeven.

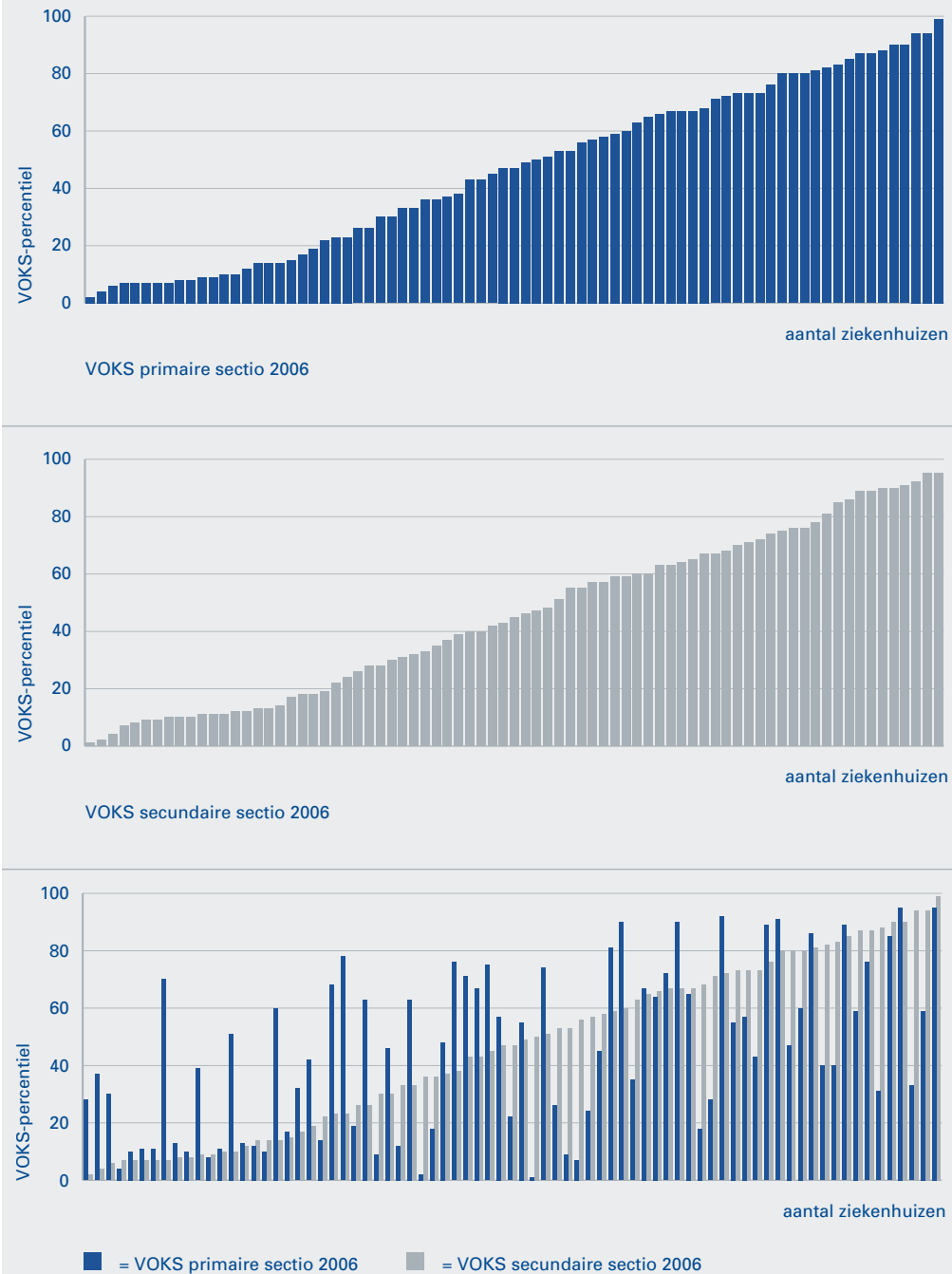
Van de 36 ziekenhuizen die zowel vorig jaar als dit jaar gegevens over 2005 hebben aangeleverd ten aanzien van de primaire en secundaire sectio's, komen bij tien ziekenhuizen die gegevens niet met elkaar overeen. Verschillen als gevolg van afronden zijn hierbij niet meegerekend.

Het VOKS-percentiel geeft de relatie weer van het werkelijke percentage keizersneden en het op grond van de populatie zwangeren te verwachten percentage (zie relevante begrippen). Omdat dit percentiel rekening houdt met de samenstelling van de populatie zwangeren is het een betere indicator voor het verloskundig beleid van het ziekenhuis dan het (ongecorrigeerde) percentage keizersneden. Ziekenhuizen die een percentage in plaats van een percentiel aanleveren zijn herkend doordat zij een waarde met een decimaal aanleveren in plaats van een geheel getal.

[2] CBS: totaal aantal geboorten 2006: 185.057.

Figuur 13.3

Verdeling vokspercentielen primaire en secundaire sectio (n=77)



Figuur 13.3

Er is al jaren een toenemende trend waarneembaar waarbij het aantal keizersneden stijgt. De VOKS-registratie is een hulpmiddel voor de gynaecoloog om te evalueren of een beslissing tot het doen van een keizersnee gesteund zou worden door andere gynaecologen. Een percentielscore van 50 betekent dat de helft van de praktijken minder keizersneden zou hebben uitgevoerd en de andere helft meer bij een zelfde populatie.

Van de 77 ziekenhuizen die de VOKS-percentielen correct registreerden, zijn er 6 met een percentielscore hoger dan 90, wat betekent dat 90 procent van de praktijken minder keizersneden zouden hebben uitgevoerd bij een zelfde populatie. Er zijn eveneens 6 ziekenhuizen met een percentielscore lager dan 10, wat betekent dat 90 procent van de praktijken bij een zelfde populatie méér keizersneden zouden hebben uitgevoerd.

In de onderste grafiek is per ziekenhuis zowel het percentiel van de primaire (geplande) als van de secundaire (ongeplande) keizersneden te zien, gesorteerd op de percentielscore voor de primaire sectio.

In de meeste ziekenhuizen met een lage percentielscore voor de primaire sectio (<p10) is de score voor de secundaire sectio eveneens laag (<p40). In deze ziekenhuizen is de gynaecoloog dus relatief terughoudend bij het toepassen van een keizersnee. In geen enkel ziekenhuis met een lage percentielscore voor de primaire sectio (<p10) is de score voor de secundaire sectio opvallend hoog; een terughoudend beleid bij de geplande sectio betekent dus niet dat vaker een sectio tijdens de bevalling volgt. In de helft van de ziekenhuizen met een hoge percentielscore voor de primaire sectio (>p90) is de score voor de secundaire sectio eveneens hoog (>p85). In deze ziekenhuizen is de gynaecoloog dus juist snel bereid tot het toepassen van een keizersnee. In de overige ziekenhuizen met een hoge score voor de geplande sectio ligt de score voor de secundaire sectio rond het gemiddelde; een relatief grote bereidheid voor een geplande keizersnee beperkt dus niet de noodzaak tot ingrijpen tijdens de bevalling.

Conclusies

- 1 Het VOKS-percentiel blijkt nog steeds een moeilijke indicator, hoewel dit percentiel voor iedere gynaecologenpraktijk in Nederland wordt berekend. Er zijn negen instellingen die gegevens hebben aangeleverd volgens een ongeldig format. De indruk bestaat dat het VOKS-rapport niet voor iedereen gemakkelijk te lezen is en mogelijk niet aan zijn doel, interne kwaliteitsbewaking, beantwoordt.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog.
- 2 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over het VOKS-percentiel.
- 3 Het ziekenhuis geeft een percentage in plaats van het gevraagde VOKS-percentiel.
- 4 Het ziekenhuis geeft in 2006 andere cijfers over 2005 dan het in 2005 opgaf.
- 5 Een van de VOKS-percentielen ligt onder de P10.
- 6 Een van de VOKS-percentielen ligt boven de P90.
- 7 Er bestaat een groot verschil tussen de VOKS-percentiel voor primaire en secundaire sectio.

14 Diabetes mellitus

Beschikbare indicatoren

- 1 Beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg.
- 2 Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[3].
- 3 Gemiddelde HbA1c-waarde bij patiënten met diabetes mellitus, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[3].
- 4 Percentage van de bij de internist bekende patiënten met diabetes, die een fundusscopie of -fotografie hebben ondergaan, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[3].

Relevante begrippen	
Geïntegreerde diabeteszorg	Duidelijke werkafspraken en taakomschrijvingen voor instellingen en hulpverleners (intramuraal en transmuraal), betrokken bij diabeteszorg, waarbij een casemanager of coördinator voor de patiënt is aangewezen. Hierbij is het wenselijk te komen tot één regionaal patiëntendossier, ongeacht welke vorm (papier of elektronisch) dat toegankelijk is voor alle hulpverleners op alle locaties.
HbA1c	Een maat voor de gemiddelde bloedglucosespiegel gedurende 2 tot 3 maanden. Dit geeft aan hoe goed bij een individuele patiënt de diabetes onder controle is. Door de bloedglucosespiegel op een adequaat niveau te stabiliseren kunnen complicaties, zoals hart- en vaatziekten of oogafwijkingen, worden voorkomen of uitgesteld.
Gemiddelde HbA1c-waarde	De som van alle HbA1c-waarden in een praktijk voor interne geneeskunde gedeeld door het aantal bepalingen. Een hoog gemiddelde kan betekenen dat er relatief veel 'moeilijke' diabetespatiënten zijn, het kan ook een aanwijzing zijn dat bij een effectieve diabetesbehandeling nog winst te boeken is.
Diabetes type I	Insuline-afhankelijke diabetes mellitus.
Diabetes type II	Oorspronkelijk niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus, ook wel ouderdomsdiabetes genoemd.
Fundusscopie, -fotografie	Onderzoek van het netvlies om retinopathie, een ernstige complicatie van diabetes, op te sporen. Tijdige behandeling kan ernstige schade aan het oog voorkomen.

[3] Het doel van de behandeling van diabetes mellitus patiënten is het bereiken van een normoglycaemie. De behandeling van type I en type II kan hierbij verschillen. Het is daarom verstandig het resultaat van geïntegreerde diabeteszorg af te meten aan het

apart registreren van beide typen, ook al brengt dit extra administratieve lasten met zich mee. Volgens de wetenschappelijke vereniging is het onderscheid tussen type I en type II bij deze indicator niet van belang voor de kwaliteit van diabeteszorg.

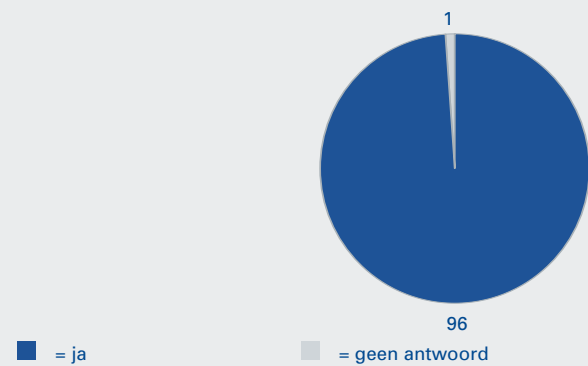
Ziekenhuisselectie

De gegevens over diabetes mellitus hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 14.1

Beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg (n=97)



Figuur 14.1

In 96 ziekenhuizen (99%) is sprake van geïntegreerde diabeteszorg. Bij negen ziekenhuizen is niet bekend hoe deze zorg is vormgegeven; 87 ziekenhuizen geven hierbij wel een (uitgebreide) toelichting, één ziekenhuis geeft geen antwoord op deze vraag.

Geïntegreerde diabeteszorg is van belang bij het voorkomen van lange termijn gevolgen van diabetes, zoals hart en vaatziekten, nieraandoeningen, oogaandoeningen en voetproblemen. Geïntegreerde diabeteszorg wil zeggen dat er duidelijke werkafspraken en taakomschrijvingen zijn voor de betrokken instellingen en hulpverleners en dat er een casemanager of coördinator voor de patiënt is aangewezen. Hierbij is het wenselijk dat er één regionale registratie bestaat, op papier of elektronisch, die toegankelijk is voor alle hulpverleners en op alle locaties. Er zijn verschillende initiatieven om tot deze geïntegreerde diabeteszorg te komen, ziekenhuizen kunnen dit op verschillende manieren vorm geven. Daarom is er bij de indicator geïntegreerde diabeteszorg de mogelijkheid om een aantal belangrijke aspecten apart aan te geven.

Kenmerken van geïntegreerde diabeteszorg zijn opgenomen in onderstaand schema. Met behulp van dit schema konden ziekenhuizen de geïntegreerde diabeteszorg in hun instelling in kaart brengen en in de uitleg bij het antwoord aangeven wat zij hieronder verstaan.

Samenwerking tussen interne geneeskunde, neurologie, oogheelkunde en chirurgie

Werkafspraken betrokken instellingen en hulpverleners uit de eerste en tweede lijn

Casemanager/ coördinator/ diabetesverpleegkundige voor patiënt

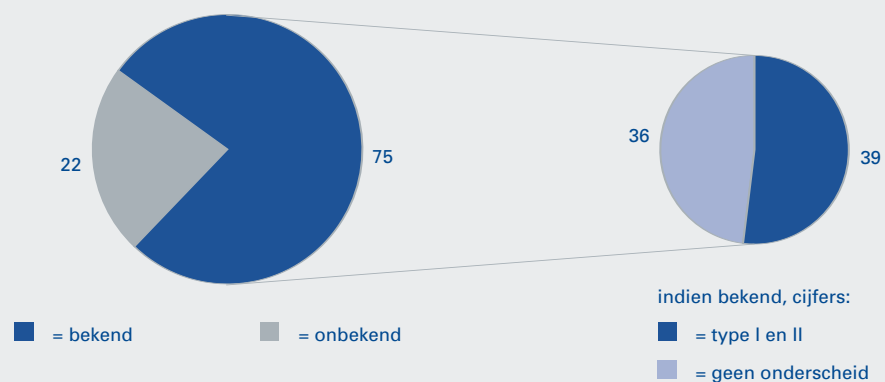
Eén regionale (transmurale) registratie

Toegang tot deze registratie vooral betrokken hulpverleners op alle locaties

Andere kenmerken die in uw ziekenhuis van belang zijn

Figuur 14.2

Beschikbaarheid van gegevens over HbA1c-bepalingen bij patiënten met diabetes mellitus (n=97).
Van de ziekenhuizen die aangeven cijfers beschikbaar te hebben, wordt aangegeven of ze onderscheid kunnen maken in type diabetes (n=75)



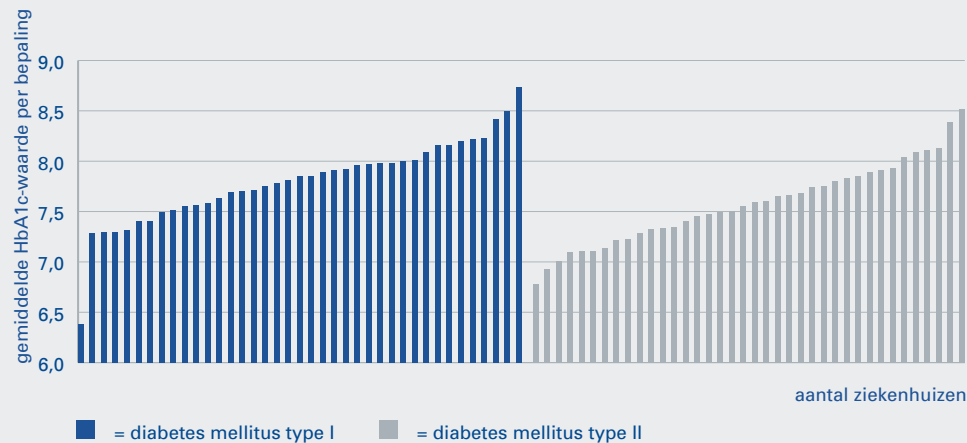
Figuur 14.2

Van de 97 ziekenhuizen (97%) die gegevens hebben aangeleverd over HbA1c-bepalingen, zijn de gegevens van 22 ziekenhuizen (20%) onbekend. Van de 75 ziekenhuizen waarvan de cijfers bruikbaar zijn, beschikken 39 (52%) over gegevens uitgesplitst naar patiënten met diabetes type I of diabetes type II. De overige 36 ziekenhuizen (48%) kunnen dit onderscheid niet maken. Acht ziekenhuizen (9%) hiervan leveren gegevens over alleen de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling of alleen het gemiddeld aantal bepalingen per patiënt.

De ziekenhuizen die onjuiste gegevens hebben geleverd, zijn niet meegenomen in de analyse en figuren. Dit geldt ook voor de ziekenhuizen die alleen gemiddelden zonder onderliggende getallen of cijfers uit steekproeven hebben gegeven zonder het totaal aantal patiënten te vermelden. Deze gegevens worden als onbetrouwbaar beschouwd.

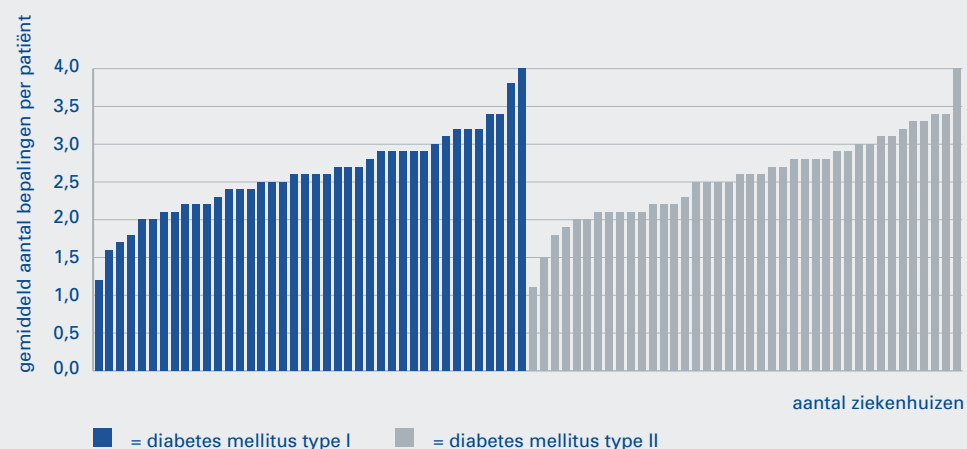
Figuur 14.3

Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling voor patiënten met diabetes type I of type II (n=39)



Figuur 14.4

Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen voor patiënten met diabetes type I of type II (n=40)



De vermelding van ‘geïntegreerde diabeteszorg’ is geen garantie voor het bekend zijn van de gemiddelde HbA1c-waarde. Deze maat voor de kwaliteit van de diabetescontrole is niet bekend in 27 van de 96 ziekenhuizen met geïntegreerde diabeteszorg (28%). Eén ziekenhuis levert wel op de juiste manier de gemiddelde HbA1c-waarde en het gemiddeld aantal metingen bij diabetes type I en II samen, maar geeft geen antwoord op de vraag of er sprake is van geïntegreerde diabeteszorg in hun ziekenhuis.

Figuur 14.3

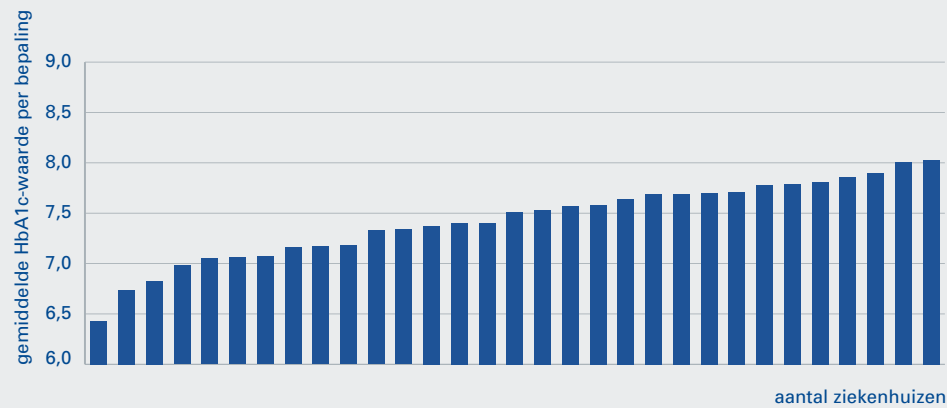
Er zijn 39 ziekenhuizen die juiste gegevens over de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling uitgesplitst naar diabetes type I en type II leveren. Bij één ziekenhuis zijn alleen de gegevens voor diabetes type I bekend. De gemiddelde HbA1c-waarde varieert bij diabetes type I van 6,4 tot 8,7 met een gemiddelde van 7,8 en bij diabetes type II van 6,7 tot 8,5 met een gemiddelde van 7,6. De gemiddelde HbA1c-waarde is in 7 ziekenhuizen bij diabetes type II hoger dan bij type I; bij 31 ziekenhuizen is dit bij diabetes type II lager dan type I.

Figuur 14.4

Het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar varieert bij diabetes type I van 1,2 tot 4,0 met een gemiddelde van 2,6 en bij diabetes type II van 1,1 tot eveneens 4,0 met een gemiddelde van 2,6. In één ziekenhuis is het gemiddelde aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar voor beide typen gelijk. In 18 ziekenhuizen worden bij patiënten met diabetes type II gemiddeld meer HbA1c-bepalingen per jaar uitgevoerd dan bij patiënten met diabetes type I en bij 20 ziekenhuizen worden minder HbA1c-bepalingen per jaar uitgevoerd bij patiënten met diabetes type II.

Figuur 14.5

Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in type diabetes (n=31)

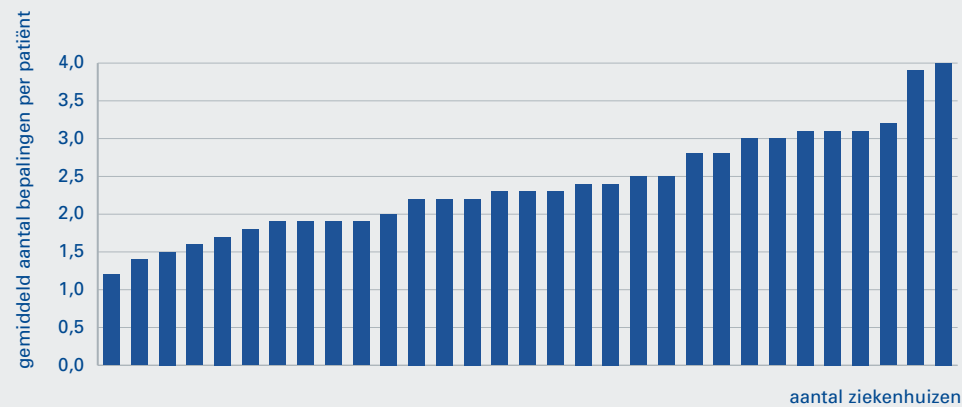


Figuur 14.5 en 14.6

In de 31 ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken tussen diabetes type I en type II, ligt de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling lager dan bij de ziekenhuizen die wel onderscheid maken. De gemiddelde HbA1c-waarde van deze ziekenhuizen varieert van 6,4 tot 8,0 met een gemiddelde van 7,4. Het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar ligt met een variatie van 1,2 tot 4,0 en een gemiddelde van 2,4 eveneens lager.

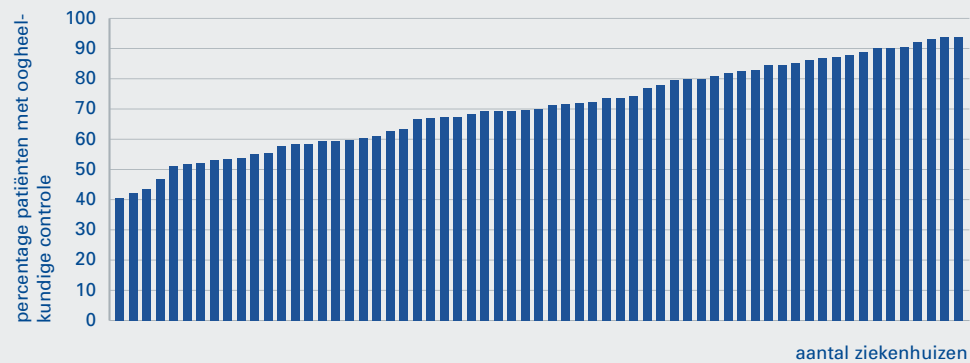
Figuur 14.6

Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar bij ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in type diabetes (n=31)



Figuur 14.7

Percentage van bij de internist bekende diabetespatiënten, die binnen het onderzoeksjaar een fundusscopie of -fotografie hebben ondergaan (n=81)



Van de 97 ziekenhuizen geven 81 (84%) complete gegevens over bij de internist bekende diabetespatiënten die een fundusscopie of fundusfotografie hebben ondergaan. Elf ziekenhuizen (11%) leveren geen gegevens en bij vijf (5%) zijn de gegevens incompleet en/of onjuist. Hierbij geeft één ziekenhuis in de toelichting aan dat de cijfers zijn gebaseerd op 2 jaar; het gevraagde percentage over 1 jaar ligt waarschijnlijk lager dan het opgegeven percentage. Er zijn twaalf ziekenhuizen die aangeven hun cijfers te baseren op een steekproef.

Figuur 14.7

Het percentage diabetespatiënten met een oogheelkundig onderzoek varieert van 40 tot 100 met een gemiddelde van 77. In acht ziekenhuizen wordt een percentage van 100 genoemd. Aangezien dit percentage als onbetrouwbaar wordt beschouwd, is het niet opgenomen in de grafiek. Vijf van de acht vermelden in hun toelichting dat standaard alle diabetespatiënten een fundusscopie of fundusfotografie ondergaan en baseren hun gegevens vermoedelijk niet op een registratie.

Conclusies

- 1 Op één na melden alle ziekenhuizen (99%) geïntegreerde diabeteszorg te verlenen. Deze indicator heeft zijn functie als inspectie-indicatie verloren. Besloten is om dit deel van deze indicator voor 2008 te laten vervallen.
- 2 Driekwart van de ziekenhuizen registreert op de juiste manier het effect van hun diabeteszorg; meer dan de helft hiervan geeft een gemiddelde HbA1c-waarde apart voor diabetes type I en II.
- 3 De variatie in het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar is groot.
- 4 De gemiddelde HbA1c-waardes van type 1 en type 2 zijn vrijwel gelijk. De gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes type I is 7.8 (en varieert van 6,4 tot 8,7). De gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes type II is 7.6 (en varieert van 6,7 tot 8,5). Derhalve zal het onderscheid tussen type 1 en type 2 niet meer worden gevraagd.
- 5 Meer dan 80 procent van de ziekenhuizen registreert welk percentage van de bij de internist bekende diabetespatiënten een fundusscopie of fundusfotografie ondergaat. De inspectie heeft, na overleg met de NIV, de indruk dat de populatie diabeten bekend bij de oogarts voor een funduscopie niet dezelfde populatie hoeft te zijn als de populatie diabeten bekend bij de internist. Naar de omvang van deze populatie is geen onderzoek verricht.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen informatie over de beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg.
- 2 Het ziekenhuis geeft geen, incomplete of onjuiste gegevens over het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar.
- 3 Het ziekenhuis geeft geen, incomplete of onjuiste gegevens over de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling.
- 4 Het ziekenhuis heeft een gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling van 8 of hoger óf lager dan 7.
- 5 Het ziekenhuis geeft geen, incomplete of onjuiste gegevens over het percentage bij de internist bekende diabetespatiënten die binnen een jaar een fundusscopie ondergaan.
- 6 Het percentage patiënten dat de oogarts bezoekt is lager dan 50 procent of groter of gelijk aan 99 procent.

15 Hartfalen

Beschikbare indicatoren

- 1 Beschikbaarheid van een hartfalenpolikliniek in het ziekenhuis.
- 2 Vorm van de hartfalenpoli.
- 3 Percentage heropnames voor hartfalen binnen 12 weken na ontslag:
 - a Voor patiënten jonger dan 75 jaar.
 - b Voor patiënten van 75 jaar en ouder.

Relevante begrippen

Hartfalen	Bij hartfalen is de pompkracht van het hart verminderd. Daardoor wordt de patiënt bij inspanning snel moe en kortademig. Hartfalen kan verschillende oorzaken hebben. Zo kan het zijn dat de hartspeer minder goed van bloed wordt voorzien of door een hartinfarct is beschadigd. Een hoge bloeddruk kan er op de lange duur toe leiden dat de kracht van de hartspeer afneemt. Ook een lekkende hartklep of hartritmestoornissen kunnen hartfalen veroorzaken.
NYHA-klasse	Classificatie van de ernst van hartfalen volgens de New York Heart Association klasse I: geen klachten (meer) bij normale fysieke activiteit; klasse II: geringe beperking, klachten bij normale fysieke activiteiten; klasse III: klachten bij minder dan normale fysieke activiteiten; klasse IV: klachten bij elke inspanning of in rust.
Hartfalenpolikliniek	In 2002 is een richtlijn ^[4] opgesteld met betrekking tot de diagnostiek, behandeling en zorg voor chronisch hartfalen. Deze richtlijn is gericht op een goede voorbereiding van ontslag uit het ziekenhuis, stabiliteit van de ingestelde therapie en voldoende (na)zorg na ontslag. De nazorg kan worden geoptimaliseerd door met behulp van protocollen, superviserende cardiologen en specifiek opgeleide verpleegkundigen een zogenoemde 'hartfalenpolikliniek' in te stellen. Uit de literatuur blijkt dat deze multidisciplinaire benadering leidt tot vermindering van de ziektelast, het aantal heropnames, uitstel van de eerste heropname en tot een verbetering van de kwaliteit van leven. De onderstaande componenten horen een plek te krijgen in een hartfalenpoli. A Nazorg <ul style="list-style-type: none"> – Medische controle binnen 1 maand na ontslag – Huisbezoek door hartfalenverpleegkundige binnen 2 weken na ontslag – Vaste momenten van herevaluatie met de patiënt

[4] Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen

ISBN 90-76906-57-2

© 2002, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

- Laagdrempelige mogelijkheid voor patiënt tot telefonisch contact met contactpersoon (=hartfalenverpleegkundige)
- B Verpleegkundig spreekuur**
- Snelle signalering van verslechtering
 - Waarschuwen door de patiënt zelf als toestand achteruit gaat (patiënt weet wanneer dit het geval is)
 - Patiënt krijgt ontslagbrief mee met medische en verpleegkundige informatie
 - Goede afspraak wie voor patiënt bereikbaar is (naam en telefoonnummer)
- C Patiëntenvoorlichting en instructie: Welk programma gebruikt u om *lifestylechanges* te registreren/monitoren?**
- Voorlichtingsmateriaal van de Hartstichting
 - Eigen voorlichtingsmateriaal
- D Coördinatie van zorg: Wie is hiervoor verantwoordelijk**
- Cardioloog
 - Hartfalenverpleegkundige
 - Anders, namelijk

Ziekenhuisselectie

De gegevens over hartfalen hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen/locaties.

Resultaten

Tabel 15.1

Aanwezigheid van componenten van een hartfalenpolikliniek (n=97)

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>	<i>Geen gegevens</i>
A Nazorg			
- Medische controle binnen 1 maand na ontslag	42	10	45
- Verpleegkundige controle binnen 2 weken	35	12	50
- Huisbezoek door hartfalenverpleegkundige binnen 2 weken na ontslag	18	15	64
- Transmurale afspraken	11	1	85
B Verpleegkundig spreekuur	97		
C Patiëntenvoorlichting en instructie			
- Voorlichtingsmateriaal van de Hartstichting	55		42

Tabel 15.1

Alle 97 ziekenhuizen geven aan te beschikken over een hartfalenpolikliniek. De invulling van een hartfalenpolikliniek verschilt sterk tussen ziekenhuizen. In de toelichting bij de basisset 2006 is een aantal componenten uit succesvolle zorgprogramma's genoemd.

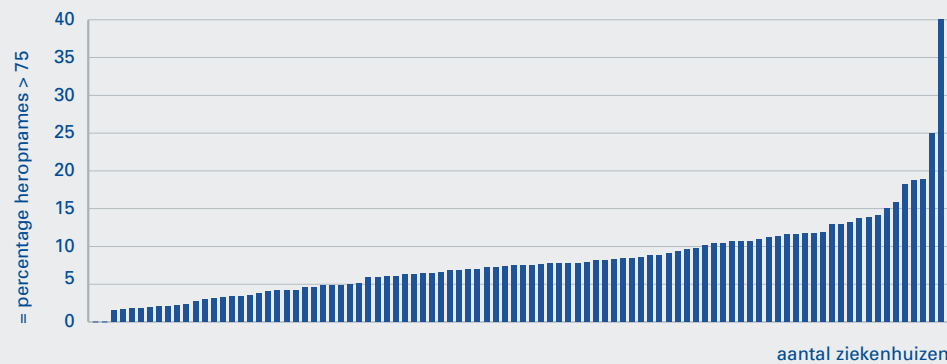
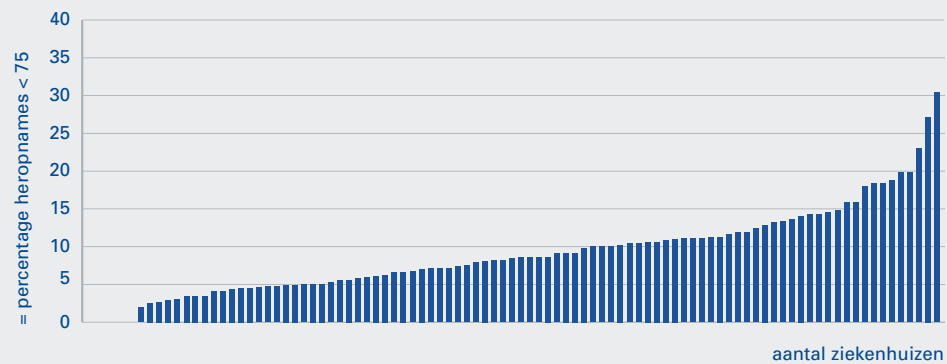
In 10 ziekenhuizen is sprake van een late medische controle en in 27 ziekenhuizen is sprake van late verpleegkundige controle of zijn er geen voorzieningen voor de continuïteit van zorg.

Aan de hand van de toelichting van de ziekenhuizen over de vormgeving van hun poli blijkt dat alle ziekenhuizen zich richten op informatie aan patiënten omtrent leefregels, medicatie en tijdige onderkenning van verslechtering. In de toelichting van 55 ziekenhuizen is opgenomen dat naast eigen informatiemateriaal ook materiaal van de hartstichting wordt verstrekt. Alle ziekenhuizen bieden laagdrempelige mogelijkheid tot contact bij verslechtering, maar de bereikbaarheid van de hartfalenverpleegkundige varieert van twee dagdelen per week tot 7x24 uur contact via de cardiocare. Enkele ziekenhuizen geven aan dat na ontslag uit het ziekenhuis de huisarts de verantwoordelijke is voor de zorg en dat patiënten alleen bij specifieke indicaties, zoals kortademigheid, oedeem of gewichtstoename de hartfalenverpleegkundige kunnen bellen.

Slechts enkele ziekenhuizen geven informatie over de ernst van het hartfalen (NYHA-klasse) bij de doelgroep van hun hartfalenpolikliniek.

Figuur 15.1a en 15.1b

Percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar oud (15.1a, n=95) en patiënten van 75 jaar en ouder (15.1b, n=94)



Figuur 15.1

Van de 97 ziekenhuizen die patiënten behandelen voor hartfalen, geven 95 cijfers over het aantal keren dat deze patiënten onder de 75 jaar binnen 12 weken na ontslag heropgenomen werden (figuur 15.1a). Voor patiënten boven de 75 jaar registreren 94 ziekenhuizen het aantal heropnames (figuur 15.1b). Het aantal ziekenhuizen dat heropnames bij hartfalenpatiënten registreert is hiermee toegenomen van 30 procent in 2003 tot 97 procent in 2006.

In totaal werden in de ziekenhuizen 22.504 patiënten met hartfalen opgenomen, van wie 13.111 (58%) 75 jaar of ouder is. In totaal vonden er bij deze 22.504 patiënten 1.927 heropnames (8,6%) plaats, waarvan 1.046 heropnames (54%) bij patiënten boven de 75 jaar, in verband met een toename van de klachten van hartfalen. De percentages heropnames van ziekenhuizen variëren van 0 tot 30 procent met een gemiddelde van 9,0 procent voor patiënten jonger dan 75 jaar. De percentages heropnames bij patiënten boven de 75 jaar variëren van 0 tot 40 procent met een gemiddelde van 8,1 procent.

Conclusies

- 1 Alle 97 ziekenhuizen hebben gemeld te beschikken over een geïntegreerde hartfalenpolikliniek.
- 2 Er is een groot verschil in beleid tussen de hartfalenpoliklinieken op het gebied van controles en transmurale afspraken.
- 3 Slechts enkele ziekenhuizen geven informatie over de ernst van het hartfalen (NYHA-klasse) bij de doelgroep van hun hartfalenpolikliniek. Het ontbreken van informatie over de ernst van hartfalen (NYHA-klasse) maakt het moeilijker om verschillen in heropnames te beoordelen.
- 4 Op drie ziekenhuizen na leveren alle ziekenhuizen informatie aan over heropnames binnen 12 weken na ontslag van patiënten met hartfalen.
- 5 Het percentage heropnames in de groep jonger dan 75 jaar is gemiddeld 9,0 procent (met een variatie van 0 tot 30 en een mediaan van 8,1) tegenover 8,1 (met een variatie van 0 tot 40 en een mediaan van 7,5) procent in de groep van 75 jaar en ouder.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het percentage heropnames.
- 2 Het aantal heropnames is lager dan 1 procent binnen één van de twee leeftijdsgroepen.
- 3 Het aantal heropnames ligt boven de 17,5 procent binnen één van de twee leeftijdsgroepen.

16 Sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct (AMI)

Beschikbare indicatoren

- 1 30-daagse sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct (AMI) bij patiënten jonger dan 65 jaar of patiënten van 65 jaar en ouder, ongeacht de oorzaak van het overlijden. Indien de gegevens over sterfte binnen 30 dagen niet beschikbaar zijn, kan de rapportage worden vervangen door ziekenhuissterfte.
- 2 Facultatief: Sterfte in de eerste 3 maanden (90 dagen) na opname voor een AMI bij patiënten jonger dan 65 jaar of patiënten van 65 jaar en ouder, ongeacht de oorzaak van het overlijden.

Relevante begrippen

Acuut myocardinfarct (AMI)	Hartaanval: door een plotselinge afsluiting van een kransvat dat de hartspier van bloed voorziet, sterft een deel van de hartspier af.
Percutane Coronaire Interventie (PCI)	Procedure gericht op het opheffen van een afsluiting van een kransvat.

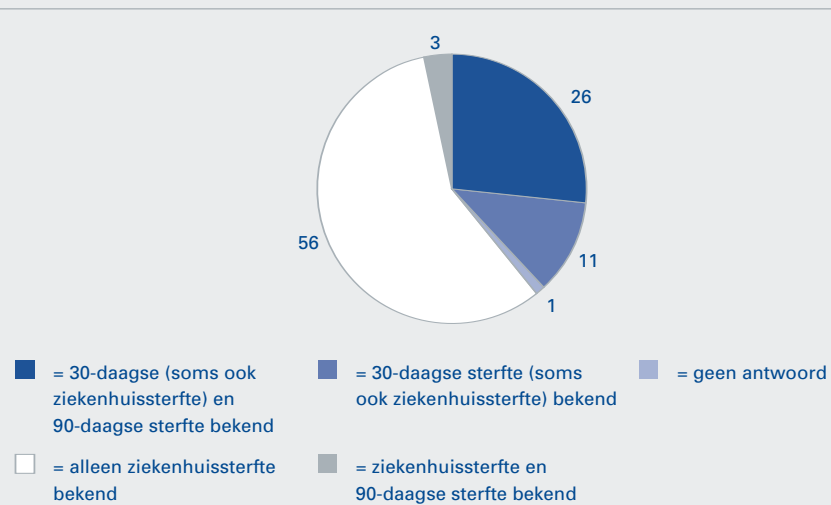
Ziekenhuisselectie

De gegevens over hartfalen hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen/locaties.

Resultaten

Figuur 16.1

Beschikbaarheid van gegevens over sterfte na opname voor een AMI (n=97)

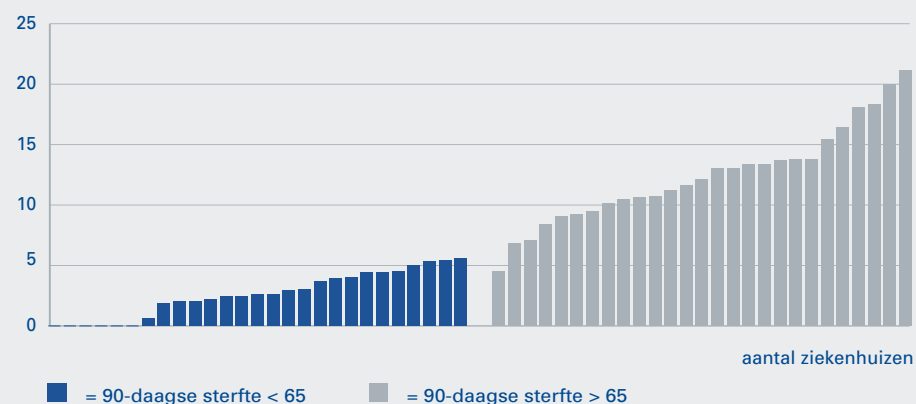
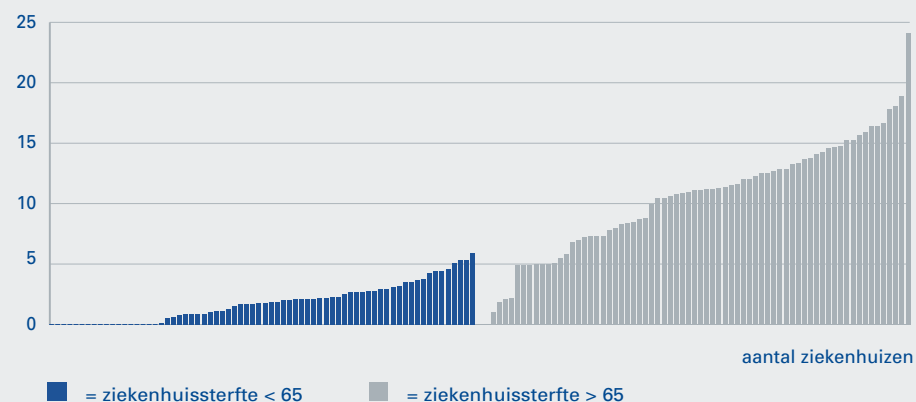
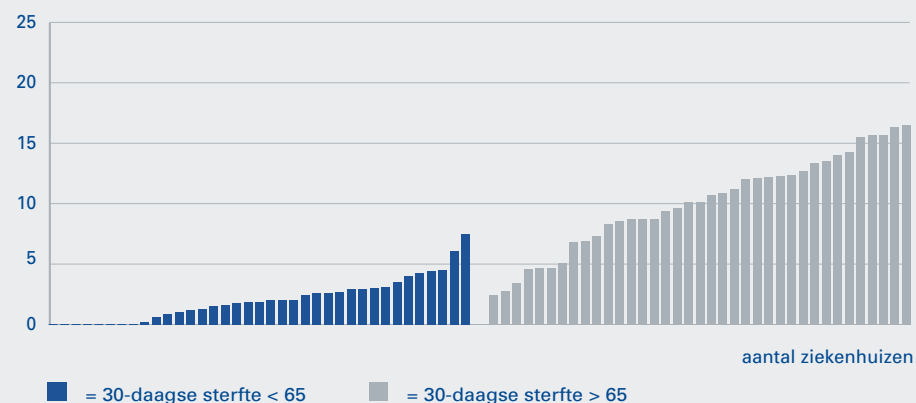


Figuur 16.1

De sterftecijfers voor patiënten met een acuut myocardinfarct (AMI), zijn bekend in 94 (97%) ziekenhuizen. 30-daagse sterfte is 37 keer correct ingevuld waarbij daarnaast ook 26 keer de 90-daagse sterfte is opgegeven. Bij drie ziekenhuizen is geen enkel sterftecijfer bekend na opname voor een AMI.

Figuur 16.2

Sterfte binnen 30 dagen (n=37), ziekenhuissterfte (n=70) en sterfte binnen 90 dagen (n=27) na opname voor een AMI bij patiënten onderverdeeld in ouder en jonger dan 65 jaar



Figuur 16.2

In de 37 ziekenhuizen die de 30-daagse sterfte rapporteren zijn 5417 patiënten jonger dan 65 jaar met een AMI opgenomen, van wie 105 (1,9%) zijn overleden. Bij deze patiënten varieert de sterfte binnen 30 dagen van 0 tot 7,5 procent per ziekenhuis. In de groep boven de 65 jaar zijn 6100 patiënten met AMI opgenomen, van wie er 535 (8,8%) zijn overleden. Het percentage varieert van 2,4 tot 16,5 procent.

In de 70 ziekenhuizen die een ziekenhuissterfte noteren, zijn 8217 patiënten jonger dan 65 jaar en 9891 patiënten ouder dan 65 jaar. Het aantal sterfgevallen is respectievelijk 139 (1,7%) en 925 (9,4%) met een variatie van 0 tot 5,9 procent en 0 tot 24,1 procent.

Door 27 ziekenhuizen zijn gegevens aangeleverd voor de facultatieve indicator 90-daagse sterfte. Deze ziekenhuizen hebben 3567 patiënten onder de 65 jaar en 4375 patiënten boven de 65 jaar met AMI gediagnosticeerd. In de groep jonger dan 65 jaar zijn in drie maanden 97 (2,7%) patiënten overleden met een variatie van 0 tot 5,6 procent. In de groep ouder dan 65 jaar zijn 535 (12,2%) patiënten overleden met een variatie van 4,6 tot 21,1 procent.

In totaal zijn in de 94 ziekenhuizen die cijfers rapporteren 24.634 patiënten met een AMI opgenomen, van wie 13.376 (54%) 65 jaar of ouder is en 11.258 (46%) jonger dan 65 jaar. De totale sterfte kort na een hartinfarct, namelijk binnen 30 dagen of in het ziekenhuis, was 1473 (5,8%). Van de 13.376 patiënten van 65 jaar of ouder zijn 1269 (9,5%) patiënten overleden. Bij de 11.258 patiënten jonger dan 65 jaar is dit 214 (1,9%).

Het gaat in veel ziekenhuizen om een kleine patiëntengroep. Hierdoor kunnen sterftecijfers per jaar sterk variëren. Sterftecijfers over één jaar zeggen in dit geval minder over de kwaliteit van de zorg. Pas als over meerdere jaren de sterfte opvallend laag of hoog is in vergelijking met die van andere ziekenhuizen, kan dit een aanwijzing zijn voor betere of minder goede zorg.

Conclusies

- 1 Van de 97 ziekenhuizen hebben er 94 cijfers beschikbaar over sterfte na opname voor een AMI.
- 2 Het gemiddelde van 30-daagse sterfte voor patiënten jonger dan 65 jaar is 2,1% (en dit varieert van 0 - 7,5 procent). Het gemiddelde percentage 30-daagse sterfte bij patiënten ouder dan 65 jaar is 10,2 procent (en varieert van 2,4 - 16,5 procent).
- 3 De gemiddelde ziekenhuissterfte voor patiënten jonger dan 65 is 1,8 procent (en varieert van 0 - 5,9 procent), bij patiënten ouder dan 65 jaar is dit gemiddeld 10,5 procent (met een variatie van 0 - 24,1 procent).
- 4 De gemiddelde 90-daagse sterfte voor patiënten jonger dan 65 jaar is gemiddeld 2,6 procent (met een variatie van 0 - 5,6 procent) en voor patiënten boven de 65 is dit gemiddeld 12,4 procent (met een variatie van 4,6 - 21,1 procent).
- 5 De sterfte van patiënten van 65 jaar en ouder is circa 5 keer hoger dan de sterfte van patiënten jonger dan 65 jaar.
- 6 De sterfte na opname voor een AMI varieert sterk tussen ziekenhuizen.
- 7 De inspectie heeft besloten om in 2008 alleen nog te vragen naar ziekenhuissterfte, vanwege het geringe verschil tussen de 30-daagse sterfte en ziekenhuissterfte.

Reactie inspectie

De inspectie doet gericht onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over sterfte na een AMI.
- 2 De 30-daagse sterfte bij patiënten jonger dan 65 jaar is 0 of hoger dan 5 procent.
- 3 De ziekenhuissterfte bij patiënten jonger dan 65 jaar is 0 of hoger dan 5 procent.
- 4 De 30-daagse sterfte bij patiënten van 65 jaar en ouder is hoger dan 15 procent of lager dan 5 procent.
- 5 De ziekenhuissterfte bij patiënten van 65 jaar en ouder is hoger dan 15 procent of lager dan 5 procent.

17 Cerebrovasculair accident (CVA)

Beschikbare indicatoren

- 1 a Beschikbaarheid van een stroke service.
b Beschikbaarheid van een stroke unit.
- 2 Percentage patiënten dat in de eerste 7 dagen na opname met de diagnose cerebrovasculair accident (CVA) is overleden, verdeeld naar leeftijd en oorzaak:
 - a Patiënten jonger dan 65 jaar en patiënten van 65 jaar en ouder.
 - b Patiënten met een ischemisch CVA en patiënten met een hemorrhagisch CVA.

Relevante begrippen

CVA	Cerebrovasculair accident: ziektebeeld waarbij door een hersenbloeding (hemorrhagisch CVA) of een verstopping van één of meer bloedvaten in de hersenen (ischemisch CVA of herseninfarct) een deel van het hersenweefsel afsterft.
Stroke service	Een stroke service biedt aansluitend zorg in de acute, revalidatie- en chronische fase na een CVA. Het doel is een verlaging van de sterfte en het bevorderen van een optimale functionele gezondheidstoestand van de patiënt.
Stroke unit	Een stroke unit is een specifieke afdeling gericht op adequate diagnostiek, zorg en behandeling van patiënten in de acute fase na een CVA. Een stroke unit kan deel uitmaken van een stroke service.

Ziekenhuisselectie

De gegevens over CVA hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen.

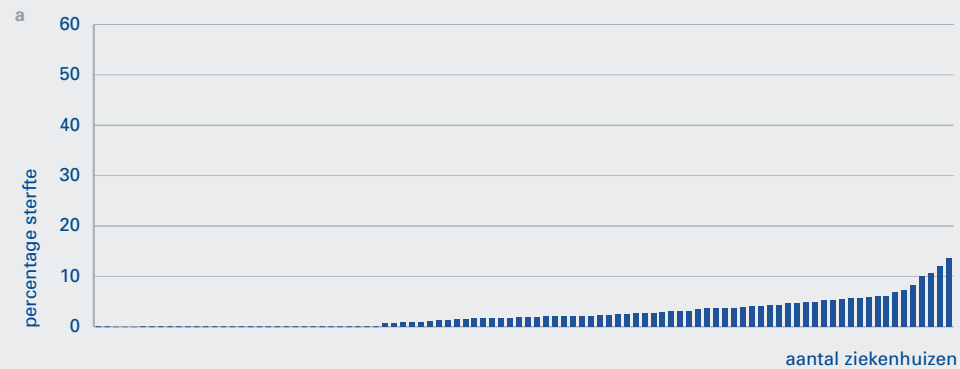
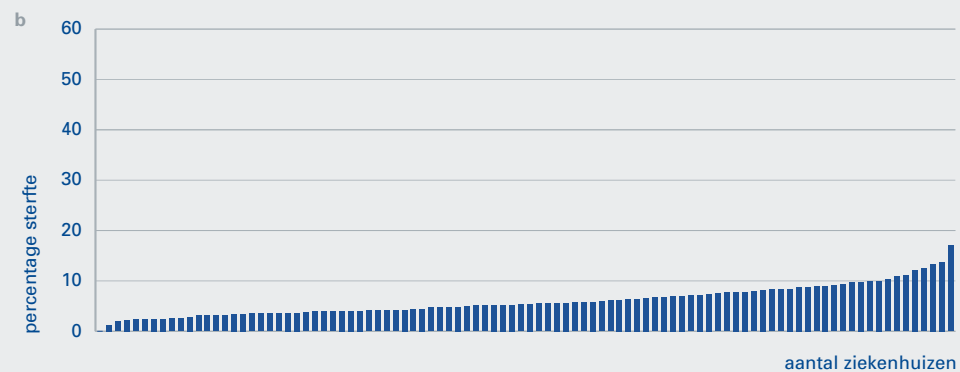
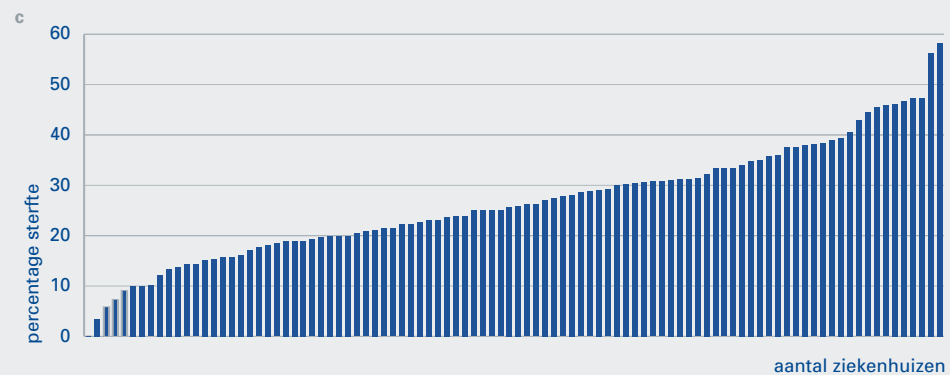
Resultaten

Alle 97 ziekenhuizen geven aan in het registratiejaar te beschikken over een stroke service. Van deze ziekenhuizen is er één ziekenhuis, bestaande uit meerdere locaties, waarbij de stroke unit geconcentreerd is op één locatie.

Bij een hersenbloeding of herseninfarct (CVA) speelt de organisatie van de acute opvang een belangrijke rol. Bij opname op een stroke unit is de kans op overlijden kleiner dan bij opname op een neurologische of algemene interne afdeling.

Een stroke unit kan deel uitmaken van een stroke service. Bij een stroke service zijn regionale afspraken gemaakt op basis waarvan aansluitend zorg wordt geboden in zowel de acute fase als de revalidatie- en chronische fase na een CVA. Het doel van deze benadering is een verlaging van de sterfte en het bevorderen van een optimale functionele gezondheidstoestand van de patiënt. De aanwezigheid van een stroke unit en een stroke service zijn indicatoren voor de wijze waarop de zorg voor CVA-patiënten is georganiseerd.

Figuur 17.1

Percentage sterfte na ischemisch CVA van patiënten jonger dan 65 jaar (n= 96)**Percentage sterfte na ischemisch CVA van patiënten van 65 jaar en ouder (n=96)****Percentage sterfte na hemorrhagisch CVA van patiënten van 65 jaar en ouder (n=96)****Figuur 17.1**

Op één ziekenhuis na leveren alle ziekenhuizen complete cijfers over patiënten met een CVA en de daaraan gerelateerde sterfte. In deze 96 ziekenhuizen zijn in totaal 26.822 patiënten met een CVA opgenomen, van wie 2015 (8%) zijn overleden. In bijna 85 procent van de gevallen gaat het om een ischemisch CVA en bijna driekwart van de patiënten is 65 jaar of ouder.

Bij 22.503 patiënten (84%) wordt een ischemisch CVA geconstateerd. Bij deze groep is de sterfte naar verhouding laag (5%). Voor 6.220 patiënten met een ischemisch CVA jonger dan 65 jaar varieert de sterfte van 0 tot 14 procent met een gemiddelde van 2,5 procent (fig. 17.1a). Van de 96 ziekenhuizen rapporteren 32 (33%) geen overleden patiënten jonger dan 65 jaar met ischemisch CVA. Het gaat hierbij om een totaal van 1.466 opgenomen patiënten. Voor 16.283 patiënten van 65 jaar en ouder varieert de sterfte van 0 tot 17 procent met een gemiddelde van 6,0 procent (fig. 17.1b). Eén ziekenhuis registreert geen overleden patiënten van 65 jaar en ouder met een ischemisch CVA op een totaal van 36 opgenomen patiënten.

Het percentage overlijden bij 4.319 patiënten met een hemorrhagisch CVA is 22 procent. Bij 1.141 patiënten jonger dan 65 jaar met een hemorrhagisch CVA varieert de sterfte van 0 tot 50 procent met een gemiddelde van 14,1 procent. In deze patiëntengroep met een hoge kans op overlijden, kunnen sterftcijfers per jaar sterk variëren. Zo kan in een ziekenhuis met één patiënt de sterfte 0 of 100 procent zijn, afhankelijk van het overlijden of in leven blijven van die ene patiënt. Bij 29 ziekenhuizen zijn geen patiënten jonger dan 65 jaar met een hemorrhagisch CVA overleden, op een totaal van 164 patiënten. Vanwege het aantal patiënten per ziekenhuis (gemiddeld 12 patiënten) zijn de cijfers niet interpreteerbaar en is ervoor gekozen om deze gegevens niet te publiceren in een grafiek.

Bij 3.178 patiënten van 65 jaar en ouder varieert de sterfte van 0 tot 58 procent met een gemiddelde van 26,6 procent (fig. 17.1c). Eén ziekenhuis rapporteert bij deze groep geen overleden patiënten, op een totaal van zeven patiënten.

Conclusies

- 1 In Nederland is geïntegreerde zorg voor patiënten met een CVA inmiddels volledig ingeburgerd; alle ziekenhuizen hebben een stroke service en een stroke unit. Bij één ziekenhuis met meerdere locaties is de stroke unit geconcentreerd op één locatie.
- 2 Op één na leveren alle ziekenhuizen cijfers over patiënten met een CVA en de daaraan gerelateerde sterfte.
- 3 De gemiddelde sterfte voor ischemisch CVA onder de 65 jaar is 2,5 procent (met een spreiding van 0 - 13,6 procent); bij patiënten ouder dan 65 jaar is dit gemiddeld 6,0 procent (met een spreiding van 0 - 17,1 procent).
- 4 De gemiddelde sterfte voor hemorrhagisch CVA bij patiënten van 65 jaar en ouder is 26,6 procent (met een spreiding van 0 - 58,3 procent).
- 5 Deze indicator wordt in 2008 vervangen door een indicator over trombolysie bij een herseninfarct.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de sterfte van patiënten met een CVA.
- 2 De sterfte aan ischemisch CVA is nul bij patiënten onder en boven de 65 jaar.
- 3 De sterfte aan ischemisch CVA is hoger dan 8% bij patiënten onder de 65 jaar en is hoger dan 10% bij patiënten ouder dan 65 jaar.

18 Heupfractuur

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 dat in het afgelopen jaar binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd is.
- 2 Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur en ASA-klasse 3-5 dat in het afgelopen jaar binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd is.

Relevante begrippen

Heupfractuur	Een breuk van het bovenste deel van het dijbeen (femur). Heupfracturen doen zich met name voor bij patiënten boven de 65 jaar.
ASA-klasse	Wereldwijd gehanteerde classificatie van de American Society of Anesthesiologists om de ernst van ziek-zijn en het anesthesierisico te kunnen inschatten. Onderverdeeld in 5 klassen: van 1 (Gezond) tot 5 (Verwachte overleving minder dan 24 uur).
Kalenderdag	Binnen één kalenderdag wil zeggen dat een patiënt die om 23.00 uur 's avonds wordt gepresenteerd binnen 25 uur geopereerd is, terwijl bij een patiënt die om 01.00 uur 's nachts wordt gepresenteerd aan de poort van het ziekenhuis en binnen één kalenderdag geopereerd is 47 uur verstreken kan zijn vóór de operatie.

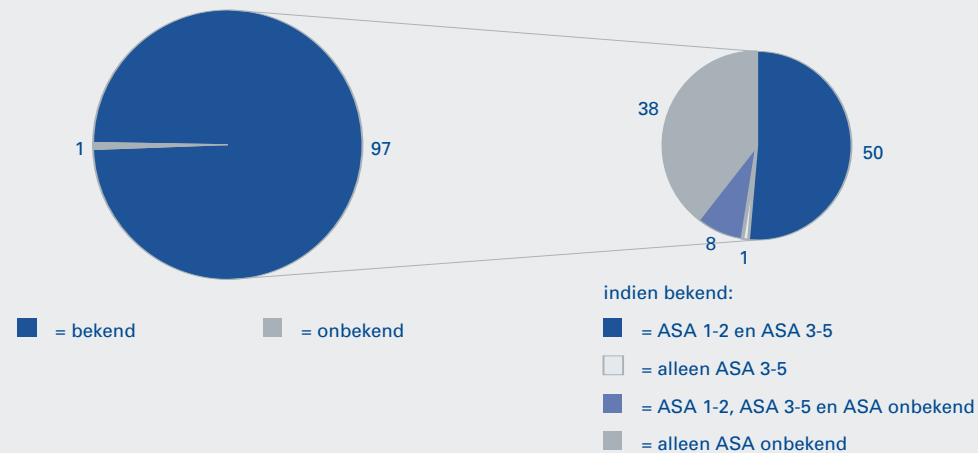
Ziekenhuisselectie

De gegevens over de heupfractuur hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Figuur 18.1

Beschikbaarheid gegevens over patiënten met heupfractuur die binnen 1 kalenderdag na opname zijn geopereerd (n= 98). Van de groep ziekenhuizen met aangeleverde gegevens wordt weergegeven of onderscheid gemaakt wordt in ASA-klasse (n=97)



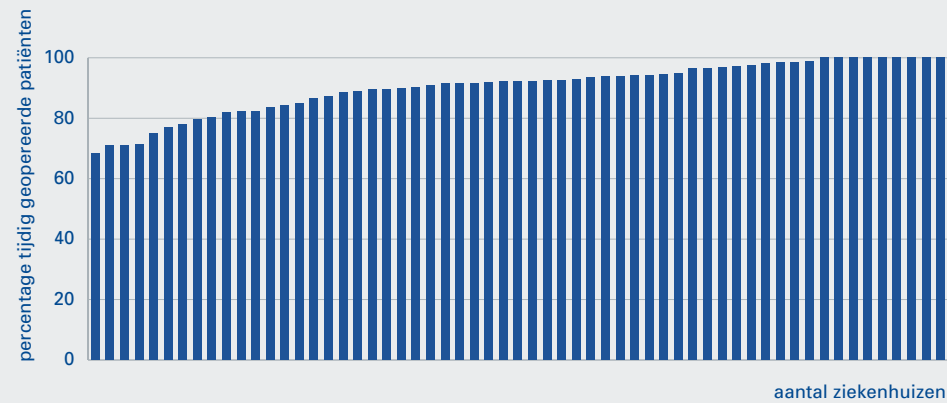
Figuur 18.1

In 97 van de 98 ziekenhuizen (99%) is bekend welk percentage patiënten met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd. In 59 van deze ziekenhuizen (61%) wordt onderscheid gemaakt in ASA-klasse; één ziekenhuis geeft aan alleen patiënten met ASA-klasse 3-5 te hebben. Acht ziekenhuizen vullen, naast de gegevens over patiënten met ASA-klasse 1-2 en 3-5, ook gegevens in over een groep patiënten waarvan de ASA-klasse onbekend is. Deze ziekenhuizen zijn dan ook opgenomen in zowel figuur 18.2 als figuur 18.3. Bij 38 ziekenhuizen (39%) kan het onderscheid in ASA-klasse niet gemaakt worden.

Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat bij een heupfractuur soms een conservatieve behandeling plaatsvindt in plaats van een operatie. Wanneer deze patiënten meegenomen worden in de registratie, is het niet mogelijk 100 procent van de patiënten binnen 1 kalenderdag te opereren. Dit heeft ertoe geleid dat het al of niet conservatief behandelen als gegeven in de indicatorenset voor 2008 eenmalig wordt gevraagd.

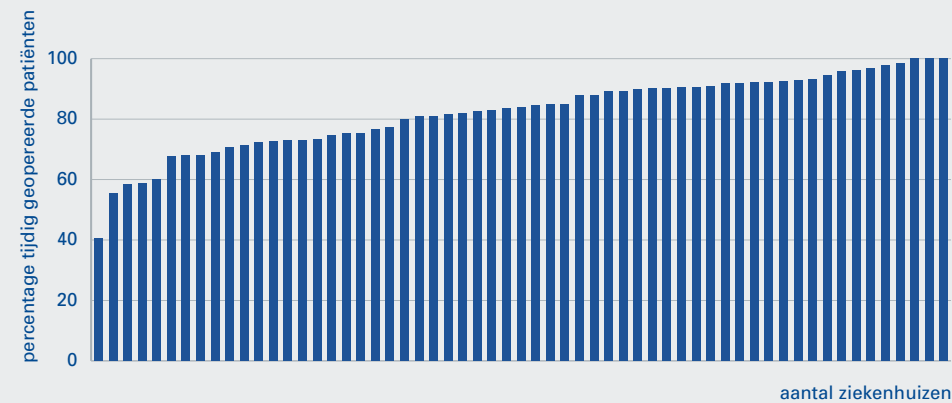
Figuur 18.2

Percentage patiënten met heupfractuur en ASA-klasse 1-2 dat binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd (n=58)



Figuur 18.3

Percentage patiënten met heupfractuur en ASA-klasse 3-5 dat binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd (n=59)



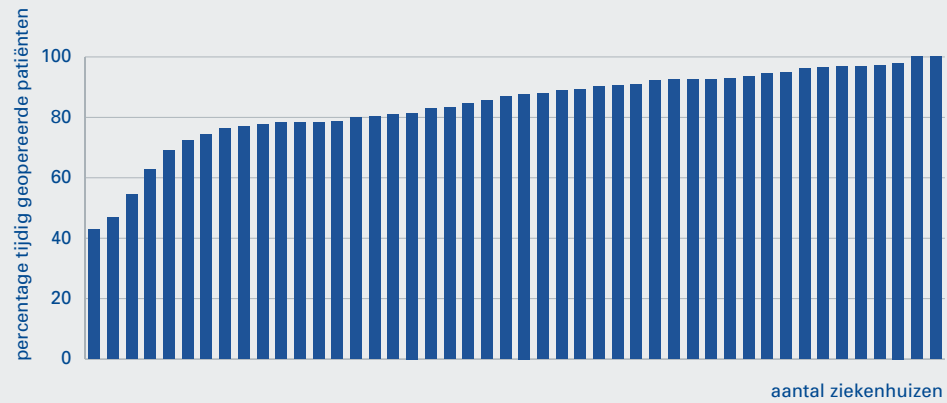
In de 97 ziekenhuizen die gegevens aanleveren, zijn in totaal 14.067 patiënten met een heupfractuur geregistreerd. Hiervan zijn 3.886 (28%) patiënten met weinig bijkomende aandoeningen (ASA-klasse 1-2), 4.229 (30%) patiënten met een minder goede of slechte conditie (ASA-klasse 3-5) en 5.952 (42%) patiënten bij wie de pre-operatieve conditie niet opgegeven is (ASA-klasse onbekend).

Figuur 18.2 en 18.3

Zoals verwacht worden patiënten met weinig bijkomende klachten vaker binnen 1 kalenderdag geopereerd dan patiënten met een minder goede of slechte conditie. Van de patiënten met een ASA-klasse 1-2 wordt gemiddeld 90,2 procent (mediaan 92,2%) binnen 1 kalenderdag geopereerd en het percentage varieert van 68 tot 100. Bij patiënten met een ASA-klasse 3-5 is het verschil tussen ziekenhuizen veel groter. Het percentage varieert hierbij van 41 tot 100 procent met een gemiddelde van 82,1 procent (mediaan 83,9%). Eén van deze 59 ziekenhuizen geeft aan alle patiënten met ASA-klasse 1-2 én ASA-klasse 3-5 binnen 1 kalenderdag te opereren.

Figuur 18.4

Percentage patiënten met heupfractuur dat binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd, waarbij geen onderscheid is gemaakt in ASA-klasse (n=46)



Figuur 18.4

Het aantal operaties binnen 1 kalenderdag in de 38 ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in ASA-klasse en in de 8 ziekenhuizen die niet van alle patiënten de ASA-klasse konden geven, varieert van 43 tot 100 procent. Gemiddeld wordt 84,0 procent (mediaan 87,3%) van deze patiënten met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd. Twee van de 45 ziekenhuizen (4%) geven aan alle patiënten met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag te opereren.

Conclusies

- 1 Op één na leveren alle ziekenhuizen gegevens aan over deze indicator.
- 2 Meer dan de helft van de ziekenhuizen (61%) maken in hun registraties onderscheid tussen ASA-klasse 1-2 en 3-5.
- 3 Er zijn 38 ziekenhuizen die geen gegevens kunnen leveren over de indeling van patiënten in een ASA-classificatie.
- 4 Van patiënten met ASA 1-2 is gemiddeld 90,2 procent binnen 24 uur geopereerd (variatie 68,2 - 100 procent), voor patiënten ingedeeld in ASA 3-5 is dit gemiddeld 82,1 procent (variatie 40,5 - 100 procent).
- 5 Bij ziekenhuizen die patiënten niet konden indelen in ASA-klassen was het gemiddeld aantal patiënten, met een heupfractuur dat binnen 24 uur werd geopereerd, 84 procent (met een variatie van 42,9 - 100 procent).
- 6 Gezonde patiënten (ASA-klasse 1-2) worden vaker binnen 1 kalenderdag geopereerd dan minder gezonde patiënten (ASA-klasse 3-5).

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens verstrekt over deze indicator.
- 2 Het percentage patiënten dat binnen 1 kalenderdag wordt geopereerd is minder dan 80 procent voor ASA 1-2 en minder dan 70 procent voor ASA 3-5, of minder dan 80 procent voor ASA onbekend.
- 3 Het percentage patiënten dat binnen 1 kalenderdag wordt geopereerd is groter dan 98 procent voor ASA 1-2 én groter dan 95 procent voor ASA 3-5 of groter dan 97 procent voor ASA onbekend.
- 4 De ASA-classificatie is onbekend voor het ziekenhuis.

19 Mammatumor

Beschikbare indicatoren

- 1 De beschikbaarheid van een mammapolikliniek in het ziekenhuis.
- 2 Het percentage patiënten met verdenking op borstkanker dat binnen 5 werkdagen na het eerste consult voor een mammatumor een diagnose goedaardig of kwaadaardig heeft gekregen.

Relevante begrippen

Mammapolikliniek	Aparte organisatorische eenheid voor doeltreffende en doelmatige uitvoering van diagnostiek en behandeling van patiënten met verdenking van borstkanker.
Mammatumor	Alle op kanker verdachte afwijkingen in de borst.
Mammacarcinoom	Borstkanker.
5 dagen termijn	Een richtlijn van het <i>Nationaal Borstkanker Overleg Nederland</i> . Deze stelt als kwaliteitseis dat 90% van de patiënten binnen 5 dagen <i>na het eerste consult</i> in het ziekenhuis een diagnose <i>benigne of maligne</i> ontvangt.

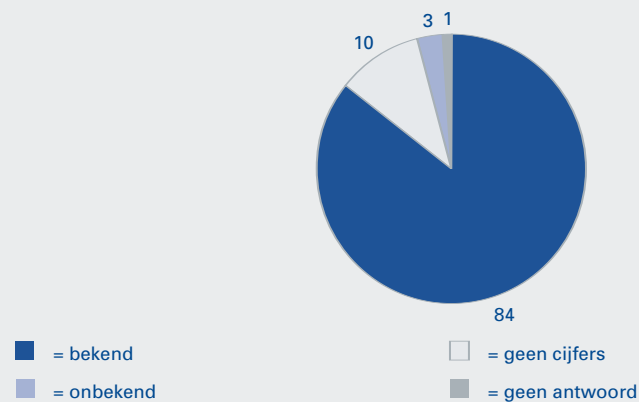
Ziekenhuisselectie

De gegevens over de diagnostiek en behandeling van patiënten met verdenking op borstkanker hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

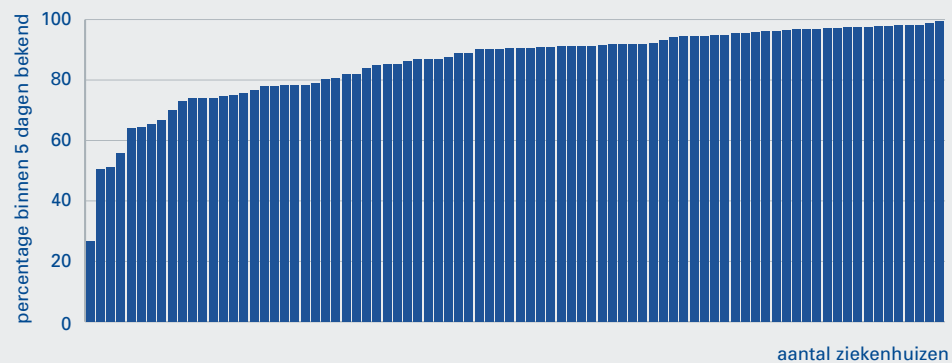
Figuur 19.1

Aantal ziekenhuizen waar het percentage patiënten met verdenking op borstkanker binnen 5 dagen de diagnose gegeven wordt (n=98)



Figuur 19.2

Percentage patiënten met verdenking op borstkanker bij wie de diagnose binnen 5 dagen bekend is (n=84)



Mammapoli

Eén ziekenhuis heeft de vragen over mammapoli en borstkanker niet beantwoord. De overige 97 ziekenhuizen zeggen over een mammapolikliniek te beschikken, één hiervan is hiermee in januari 2006 gestart.

Figuur 19.1

Drie van de 98 ziekenhuizen geven aan dat onbekend is welk percentage van de patiënten binnen 5 werkdagen na het eerste consult voor een mammatumor weet of het om een goedaardige of kwaadaardige tumor gaat. Eén ziekenhuis beantwoordt de vraag niet. Van de 94 ziekenhuizen waar dit percentage bekend is, geeft één geen cijfers en zijn bij 9 de cijfers onbetrouwbaar, meestal omdat ze berusten op een schatting of een kleine steekproef.

De prognose van patiënten verbetert wanneer zij worden behandeld door specialisten met speciale belangstelling voor en expertise in de behandeling van een mammacarcinoom. Multidisciplinaire zorg rondom patiënten met borstkanker kan leiden tot een reductie in mortaliteit en morbiditeit en tot een verbetering van de kwaliteit van leven van vrouwen met mammacarcinoom. Dit is de motivatie om te streven naar een geïntegreerde organisatie voor diagnostiek en behandeling van mammapathologie in Nederland. Deze multidisciplinaire benadering vereist een goede organisatie.

Een andere winst van een mammapolikliniek is dat het merendeel van de patiënten binnen 5 dagen verteld kan worden of het om een goedaardige of kwaadaardige aandoening gaat. Bij een klein deel van de patiënten is de aandoening zo complex dat meer uitgebreide diagnostiek noodzakelijk is en de uitslag langer op zich laat wachten.

Figuur 19.2

In de 84 ziekenhuizen die zowel het totale aantal patiënten als het aantal patiënten met een tijdige diagnose noemen, bezochten 42.881 vrouwen de polikliniek in verband met verdenking op borstkanker. Gemiddeld 86 procent van hen kreeg binnen 5 dagen te horen of de diagnose goedaardig of kwaadaardig was. Het percentage patiënten met een tijdige diagnose in deze ziekenhuizen varieert van 26 tot 99 procent (100 procent is als onbetrouwbaar beschouwd). Wanneer de diagnose niet binnen 5 dagen gesteld wordt, is bij een goed georganiseerd proces vaak sprake van vervolgonderzoek.

Conclusies

- 1 Vanaf 2006 beschikken alle ziekenhuizen over een mammapolikliniek.
- 2 Vrijwel alle mammapoliklinieken (85%) hebben gegevens om vast te stellen dat binnen 5 dagen de diagnose benigne of maligne wordt meegedeeld aan de patiënt.
- 3 Gemiddeld 86 procent van de patiënten kreeg binnen 5 dagen te horen of de diagnose goedaardig of kwaadaardig was, maar het percentage varieert van 26 tot 100 procent.
- 4 Deze indicator wordt in 2008 vervangen door een andere indicator over borstkanker.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen (volledige) cijfers over het aantal patiënten met een diagnose binnen 5 dagen.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan dat minder dan 70 procent of meer dan 99 procent van de patiënten binnen 5 dagen een diagnose heeft.

20 Postoperatieve opnameduur na blindedarmoperatie bij kinderen

Beschikbare indicatoren

- 1 De opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen.

Relevante begrippen

Blindedarmoperatie	Operatie waarbij een ontstoken appendix (wormvormig aanhangsel) verwijderd wordt.
--------------------	---

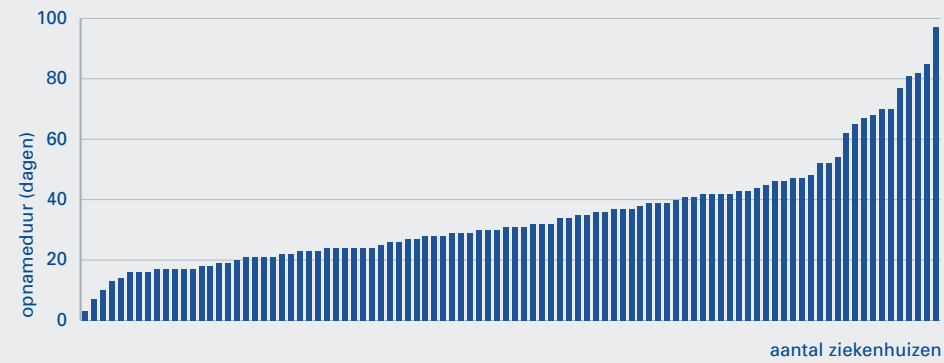
Ziekenhuisselectie

De gegevens over postoperatieve opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 88 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 20.1

Aantal kinderen opgenomen voor een blindedarmoperatie (n=96)



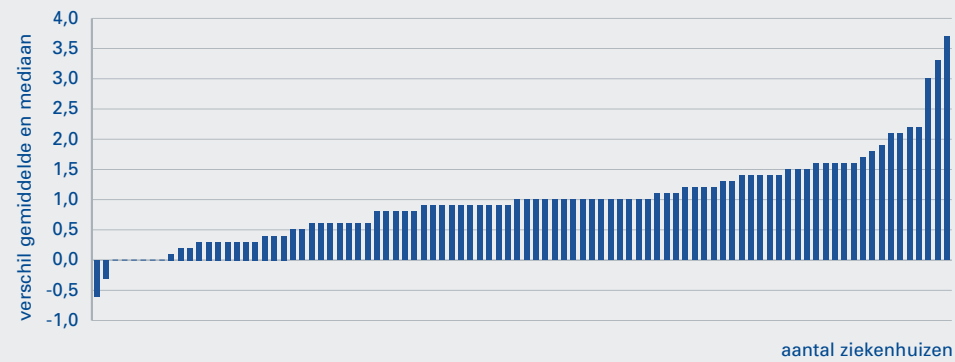
Figuur 20.1

Alle 96 ziekenhuizen geven gegevens over het aantal kinderen jonger dan 15 jaar dat is opgenomen voor een blindedarmoperatie.

In totaal zijn 3.353 blindedarmoperaties bij kinderen tot 15 jaar verricht. Het aantal opnames per ziekenhuis varieert van 7 tot 97 per jaar. De helft van de ziekenhuizen voert 20 tot 40 blindedarmoperaties bij kinderen uit, een kwart doet er minder en een kwart meer.

Figuur 20.2

Het verschil tussen het gemiddelde en de mediaan van de opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar als maat voor spreiding (n=92).



Figuur 20.2

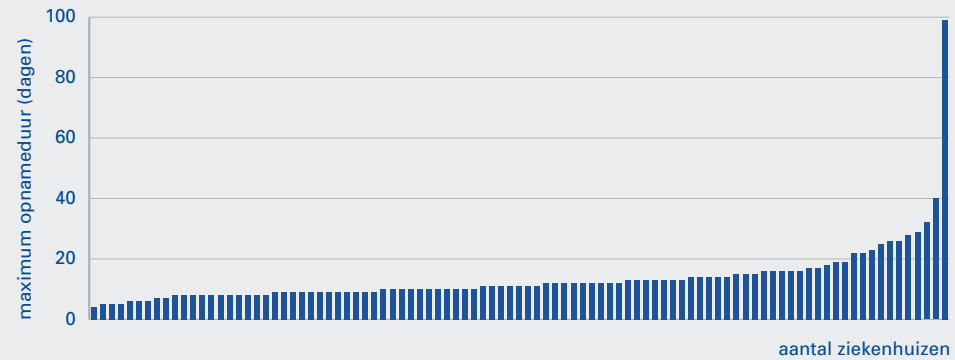
De mediaan van de opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar varieert van 1 tot 5 dagen. De mediaan geeft een betrouwbaarder beeld over de gebruikelijke opnameduur na een ingreep dan het gemiddelde, omdat het gemiddelde sterk beïnvloed wordt door een lange opnameduur van één of enkele patiënten met complicaties. Het verschil tussen het gemiddelde en de mediaan zegt echter iets over hoe vaak het gebruikelijke verloop van het proces verstoord wordt.

Figuur 20.3

De maximale ligduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar varieert van 4 tot 99 dagen. De waarden zijn vaak uitbijters in de patiëntenpopulatie, maar het laat zien dat veel ziekenhuizen geconfronteerd worden met comorbiditeit en complicaties bij één of meer patiënten. Op basis van de maximum opnameduur kan gezegd worden dat 86 van de 95 ziekenhuizen één of meer kinderen opgenomen hebben die langer dan een week in het ziekenhuis zijn opgenomen na een blindedarmoperatie; in de helft van de ziekenhuizen zelfs langer dan 10 dagen.

Figuur 20.3

De maximale opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar (n=95).



Conclusies

- 1 De minimum opnameduur varieert van 0 dagen tot 3 dagen.
- 2 De meeste kinderen kunnen binnen 3 dagen na de operatie weer naar huis, de mediane opnameduur is in 3 ziekenhuizen langer dan 3 dagen.
- 3 In de helft van de ziekenhuizen is de opnameduur van één of meer kinderen langer dan 10 dagen.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar.
- 2 De mediane opnameduur is 4 dagen of langer.
- 3 De minimale opnameduur is 0 dagen.
- 4 De maximale opnameduur is langer dan 20 dagen.

BIJLAGE 1 Literatuuroverzicht

Goede zorg, een kwestie van ervaring

D.J. Gouma, O.R. Busch

Ned Tijdschrift voor Geneeskunde: 2007 Sep 22;151(38):2082-6

Graadmeter voor de kwaliteit van ziekenhuiszorg: Prestatie-indicatoren helpen inspectie bij uitvoeren kwaliteitswet

J. Haeck, A.L. den Ouden, J.M.J. van den Berg, M. Joosten, P.A.W. Edgar, J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 60 nr. 21 - 27 mei 2005, p.898

Het resultaat telt!: prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg

Inspectie voor de Gezondheidszorg; jaargangen 2003-2005

Het toezicht

A.L. den Ouden, J. Haeck, P.A.W. Edgar en J.H. Kingma

Jaarboek Medisch Specialistische Zorg 2005, p.73

Inspectie vraagt om uitkomstindicatoren

J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 58 nr. 30/31 - 25 juli 2003

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

VWS/ Inspectie voor de Gezondheidszorg

Langs de meetlat; De inspectie komt met de eerste prestatie-indicatoren van ziekenhuizen.

J. Haeck, A.L. den Ouden, J.M.J. van den Berg, P.A.W. Edgar, J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 59 nr. 32/33 - 6 augustus 2004, p.1254-1257

Leren van cijfers

M. Berg, M. Gras, Y. Meijerink, A. Eland, M. Kallewaard, J. Haeck, J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 58 nr. 40 - 3 oktober 2003, p.1535-1538

Minstens tien keer per jaar; Kwaliteit oesophaguscardiaresecties vereist ervaring

K.H.A. Smolders, A.L. den Ouden, J. Haeck, J.M.J. van den Berg, W.A.H. Nugteren, G. van der Wal

Medisch Contact: Jaargang 62 nr. 23 - 8 juni 2007, p.992

Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen,

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, ISBN 90-76906-57-2, 2002

Richtlijn Postoperatieve pijnbehandeling

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, ISBN 90-76906-66-1, 2003

Prestaties ziekenhuizen en medisch specialisten voor het eerst op een rij

Orde van Medisch Specialisten

Medisch Contact: Jaargang 59 Nr. 23 - 4 juni 2004, p.966

Presteren in de gezondheidszorg

J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 59 Nr. 19 - 7 mei 2004, p.769

Vochtigheidsletsel is 'gewone' decubitus

R.H. Houwing, E.S.M. Koopman en J.R.E. Haalboom. Medisch Contact: Jaargang 62 nr. 3 - 19 januari 2007, p.103

Werken aan verbetering

Y. Meijerink, M. Gras, A. Eland, M. Kallewaard, J. Haeck, M. Berg, J.H. Kingma.

Medisch Contact: Jaargang 58 nr. 40 - 3 oktober 2003, 1531-1534

BIJLAGE 2 Lijst van ziekenhuizen

't Lange Land Ziekenhuis Toneellaan 1 2725 NA Zoetermeer	Catharina-ziekenhuis Michelangelolaan 2 5623 EJ Eindhoven
Academisch Medisch Centrum Meibergdreef 9 1105 AZ Amsterdam	Delfzicht Ziekenhuis Jachtlaan 50 9934 JD Delfzijl
Albert Schweitzer Ziekenhuis Alb. Schweitzerplaats 25 3318 AT Dordrecht	Deventer Ziekenhuizen Fesevurstraat 7 7415 CM Deventer
Algemeen Ziekenhuis Westfries Gasthuis Fr. Maelsonstraat 3 1624 NP Hoorn	Diaconessenhuis Leiden Houtlaan 55 2334 CK Leiden
Alysis Zorggroep, locatie Zevenaar Hunneveldweg 14 6903 ZN Zevenaar	Diaconessenhuis Meppel Hoogeveenseweg 38 7943 KA Meppel
Alysis Zorggroep, locaties Rijnstate en Velp Wagnerlaan 55 6815 AD Arnhem	Diakonessenhuis Bosboomstraat 1 3582 KE Utrecht
Amphia Ziekenhuis Molengracht 21 4818 CK Oosterhout/Breda	Elkerliek Ziekenhuis Wesselmanlaan 25 5707 HA Helmond
Antoni van Leeuwenhoek ZH./Ned. Kanker Instituut Plesmanlaan 121 1066 CX Amsterdam	Erasmus MC Dr. Molewaterplein 40 3015 GD Rotterdam
Antonius Ziekenhuis Bolswarderbaan 1 8601 ZK Sneek	Flevoziekenhuis Hospitaalweg 1 1315 RA Almere
Atrium medisch centrum Henri Dunantstraat 5 6419 PC Heerlen	Franciscus Ziekenhuis Boerhaavelaan 25 4708 AE Roosendaal
AZM P. Debyelaan 25 6229 HX Maastricht	Gelre Ziekenhuizen Albert Schweitzerlaan 31 7334 DZ Apeldoorn
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Weg door Jonkerbos 100 6532 SZ Nijmegen	Gemini Ziekenhuis Huisduinerweg 3 1782 GZ Den Helder

Groene Hart Ziekenhuis Bleulandweg 10 2803 HH Gouda	LUMC Albinusdreef 2 2300 RC Leiden
HagaZiekenhuis locatie Juliana Kinderziekenhuis Sportlaan 600 2566 MJ Den Haag	Maasziekenhuis Pantein Loerangelsestraat 1 5831 HA Boxmeer
HagaZiekenhuis locatie Leyenburg Leyweg 275 2545 CH Den Haag	Martini Ziekenhuis Van Ketwich Verschuurlaan 92 9721 SW Groningen
HagaZiekenhuis locatie Rode Kruis Sportlaan 600 2566 MJ Den Haag	Máxima Medisch Centrum De Run 4600 5504 DB Veldhoven/Eindhoven
Hofpoort Ziekenhuis Polanerbaan 2 3447 GN Woerden	Meander Medisch Centrum Postbus 1502 3800 BM Amersfoort/Baarn
IJsselland Ziekenhuis Prins Constantijnweg 2 2906 ZC Capelle aan den IJssel	Medisch Centrum Haaglanden locatie Antoniushove Burgemeester Banninglaan 1 2262 BA Den Haag/Leidschendam
IJsselmeerziekenhuizen Ziekenhuisweg 100 8233 AA Lelystad/Emmeloord	Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde Lijnbaan 32 2512 VA Den Haag/Leidschendam
Ikazia Ziekenhuis Montessoriweg 1 3083 AN Rotterdam	Medisch Centrum Rijnmond-Zuid Groene Hilledijk 315 3075 EA Rotterdam
Isala klinieken Groot Wezenland 20 8011 JW Zwolle	Medisch Spectrum Twente Haaksbergerstraat 55 7513 ER Enschede
Jeroen Bosch Ziekenhuis Nieuwstraat 34/Deutersestraat 2 5211 NL Den Bosch	Mesos Medisch Centrum Van Heuven Goedhartlaan 1 3527 CE Utrecht
Kennemer Gasthuis Velsersstraat 19 2023 EA Haarlem	Oogziekenhuis Schiedamsevest 180 3011 BH Rotterdam
Laurentius Ziekenhuis Mgr Driessenstraat 6 6043 CV Roermond	Oosterscheldeziekenhuizen 's-Gravenpolderseweg 114 4462 RA Goes

Orbis medisch en zorgconcern Walramstraat 23 6131 BK Sittard	St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg Hilvarenbeekseweg 60 5022 GC Tilburg
Refaja Ziekenhuis Boerhaavestraat 1 9501 HE Stadskanaal	St. Franciscus Gasthuis Kleiweg 500 3045 PM Rotterdam
Reinier de Graaf Groep, locaties Reinier de Graaf Gasthuis in Delft en Diaconessenhuis in Voorburg Reinier de Graafweg 3 -11 2625 AD Delft/Voorburg	St. Jans Gasthuis Vogelsbleek 5 6001 BE Weert
Rijnland Ziekenhuis Simon Smitweg 1 2353 GA Leiderdorp/Alphen ad Rijn	St. Lucas Ziekenhuis Gassingel 18 9671 CX Winschoten
Rivas Zorggroep Banneweg 57 4204 AA Gorinchem	St. Maartenskliniek Hengstdal 3 6522 JV Ubbergen
Rode Kruis Ziekenhuis Vondellaan 13 1942 LE Beverwijk	Stg. BovenIJ Ziekenhuis Statenjachtstraat 1 1034 CS Amsterdam
Ruwaard van Putten Ziekenhuis Ruwaard van Puttenweg 500 3201 GZ Spijkenisse	Stg. Havenziekenhuis & Instituut voor Tropische Ziekten Haringvliet 2 3011 TD Rotterdam
Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep J. Weitkampaan 4 A 7772 SE Hardenberg/Coevorden	Stg. Interconfessioneel Spaarne Ziekenhuis Handellaan 2 2102 CW Heemstede
Slingeland Ziekenhuis Kruisbergseweg 25 7009 BL Doetinchem	Stg. Medisch Centrum Alkmaar Wilhelminalaan 12 1815 JD Alkmaar
Slotervaartziekenhuis Louwesweg 6 1066 EC Amsterdam	Stg. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Oosterpark 9 1091 AC Amsterdam
St. Anna Ziekenhuis Bogardeind 2 5664 EH Geldrop	Stg. St. Lucas Andreas Ziekenhuis Jan Tooropstraat 164 1061 AE Amsterdam
St. Antonius Ziekenhuis Koekoekslaan 1 3435 CM Nieuwegein	Stg. Ziekenhuis De Tjongerschans Thialfweg 44 8441 PW Heerenvveen

Stg. Ziekenhuis Lievensberg
Boerhaaveplein 1
4624 VT Bergen op Zoom

Stg. Ziekenhuis Walcheren
Koudekerkseweg 88
4382 EE Vlissingen

Streekziekenhuis Koningin Beatrix
Beatrixpark 1
7101 BN Winterswijk

Talma Sionsberg
Birdaarderstraatweg 70
9101 DC Dokkum

TweeSteden ziekenhuis
Dr. Deelenlaan 5
5042 AD Tilburg

UMC St Radboud
Geert Grooteplein 10
6525 GA Nijmegen

UMC Utrecht
Heidelberglaan 100
3508 GA Utrecht

UMCG-Universitair Medisch
Centrum Groningen
Hanzeplein 1
9700RB Groningen

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Stationsweg 22
3247 BW Dirksland

VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg
locatie Venlo
Tegelseweg 210
5912 BL Venlo/Venray

Vlietland Ziekenhuis
Burgemeester Knappertlaan 25
3116 BA Schiedam

VUmc
De Boelelaan 1117
1007 MB Amsterdam

Waterlandziekenhuis
Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Europaweg Zuid 1
9401 RK Assen

Zaans Medisch Centrum
Kon. Julianaplein 58
1502 DV Zaandam

Ziekenhuis Amstelveen
Laan v.d. Helende Meesters 8
1186 AM Amstelveen

Ziekenhuis Bernhoven, locaties Oss en Veghel
Joannes Zwijnsenlaan 121
5342 BT Oss/Veghel

Ziekenhuis Bethesda
Dr G.H. Amshoffweg 1
7909 AA Hoogeveen

Ziekenhuis Bronovo
Bronovolaan 5
2597 AX Den Haag

Ziekenhuis Gelderse Vallei
Willy Brandtlaan 10
6716 RP Ede

Ziekenhuis Gooi-Noord
Rijksstraatweg 1
1261 AN Blaricum

Ziekenhuis Hilversum
Van Riebeeckweg 212
1213 XZ Hilversum

Ziekenhuis MCL Zuid
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden

Ziekenhuis Nij Smellinghe
Compagnonsplein 1
9202 NN Drachten

Ziekenhuis Rivierenland
Pres. Kennedylaan 1
4002 WP Tiel

Ziekenhuis St. Jansdal
wethouder Jansenlaan 90
3844 DG Harderwijk

Ziekenhuis Zeeuws Vlaanderen
Pastoor van Genklaan 6
4501 AJ Terneuzen/Hulst/Oostburg

Ziekenhuisgroep Twente, locaties Streekziekenhuis
Midden-Twente in Hengelo en Twenteborg
Ziekenhuis in Almelo
Zilvermeeuw 1
7609 PP Almelo/Hengelo Ov

Zorggroep Noorderbreedte
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden

Zorggroep Suydevelt locatie Scheperziekenhuis
Boermarkeweg 60
7824 AA Emmen

BIJLAGE 3 Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma aorta abdominalis
AMI	Acuut myocard infarct
ASA	American Society of Anesthesiologists
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CDC/ WIP	Centre for Disease Control/ Werkgroep Infectie Preventie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebro Vasculair Accident
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
EPD	Elektronisch patiëntendossier
Fte	Full time equivalent
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GIC	Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie
HbA1c	Maat voor de gemiddelde bloedglucosespiegel gedurende de voorafgaande 6 weken
IC	Intensive Care
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
LPOD	Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
LVR-2	Landelijke Verloskundige Registratie 2e lijn
MIP/ FONA	Melding Incidenten Patiëntenzorg/ Fouten Ongevallen Near Accidents
NABON	Nationaal Borstkanker Overleg Nederland
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NICTIZ	Het Nationaal Instituut voor ICT in de Zorg
NRS	Numeric Rating Scale
NVA	Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCR	Oesophaguscardia resectie
PAR	Post Anesthetic Recovery
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
TRIP	Het nationale bureau TransfusieReacties In Patiënten
VAS	Visual Analog Scale
VOKS	Verloskundige Onderlinge Kwaliteitsspiegeling
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen

BIJLAGE 4 Samenwerkingsovereenkomst IGZ-NVZ-NFU-Orde**Samenwerkingsafspraken**

ten behoeve van de ontwikkeling, de invoering, de toepassing en onderhoud van de Basisset prestatie-indicatoren in ziekenhuizen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**De NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ)****De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)****De Orde van Medisch Specialisten (ORDE)***Overwegende dat:*

- De betrokken partijen streven naar optimalisering van de zorgverlening en prestatie-indicatoren daartoe worden ingezet.
- In het kader van de ontwikkeling, de invoering en de toepassing van prestatie-indicatoren het noodzakelijk is om, met het oog op een optimaal resultaat, tot afstemming en samenwerking te komen tussen betrokken partijen.
- De verantwoordelijkheden van partijen, en daarmee de doelstellingen ten aanzien van de prestatie-indicatoren, verschillen.
- Het veld van de gezondheidszorg gebaat is bij een eenduidig optreden van partijen en de samenwerkende partners ten opzichte van elkaar gebaat zijn bij een eenduidig optreden.
- Ziekenhuizen gehouden zijn hun gegevens inzake de kwaliteit van zorg jaarlijks voor 1 juni openbaar te maken.
- De administratieve lastendruk van de ziekenhuizen en de partners verminderd dient te worden.
- De samenwerkende partners belang hebben bij een optimale kwaliteit van de in het systeem opgenomen gegevens.

In aanmerking nemende dat:

- De doelstelling van de samenwerking is te komen tot een basisset van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen (verder 'de basisset') en tot het verkrijgen van daaruit voortvloeiende resultaten.
- De prestatie-indicatoren en de resultaten openbaar zijn en ieder ziekenhuis de eigen gegevens publiceert.
- De NVZ, NFU en Orde de prestatie-indicatoren hanteren ten behoeve van de maatschappelijke verantwoording, waartoe hun leden wettelijk verplicht zijn (Kwaliteitswet).
- De IGZ de prestatie-indicatoren hanteert ten behoeve van het toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen en in dat kader informatie kan verlangen van toezichtsubjecten.
- Het inspectie-toezicht middels de prestatie-indicatoren onderdeel is van het preventief toezicht; de indicatoren kunnen aanleiding zijn voor thematisch inspectie-toezicht.

Komen het volgende overeen:

Definities

Prestatie-indicator:

Een meetbaar aspect van de uitkomst, het proces of de structuur van de zorg, dat een aanwijzing geeft over de geleverde kwaliteit. Een prestatie-indicator kan uit verschillende sub-indicatoren bestaan.

Sub-indicatoren kunnen meer duidelijkheid verschaffen over de gevraagde gegevens.

Basisset:

Een samenstel van openbare prestatie-indicatoren, opgesteld en uitgebracht door IGZ, NVZ, NFU en Orde.

Ziekenhuizen:

Algemene en Universitair Medische Centra, en (met name genoemde) categorale ziekenhuizen.

Preventief toezicht:

Toezicht op de kwaliteit van de zorg van een ziekenhuis met als doel risicovolle situaties in de zorgverlening te detecteren, zonder dat er vooraf een indicatie is om naar een specifieke instelling te kijken.

Proces

- 1 Ten aanzien van de *samenstelling en vaststelling van de basisset prestatie-indicatoren*
 - a Jaarlijks wordt gezamenlijk door de IGZ, NVZ, NFU en Orde input geleverd ten behoeve van de samenstelling van de basisset prestatie-indicatoren. Het Bestuurlijk Overleg (zoals genoemd onder 7) doet op grond hiervan een voorstel voor de samenstelling van de basisset.
 - b De basisset wordt vastgesteld door de IGZ, gehoord het Bestuurlijk Overleg, en door de IGZ aan de ziekenhuizen toegestuurd.
 - c De omvang van de basisset is constant. Jaarlijks wordt maximaal 25% van de basisset vernieuwd of gewijzigd.
 - d Daar waar de wetenschappelijke verenigingen betrokken zijn bij de ontwikkeling en onderhoud van de prestatie-indicatoren, draagt de Orde zorg voor het contact tussen de wetenschappelijke verenigingen en de IGZ.
 - e Reacties van wetenschappelijke verenigingen op (IGZ-) indicatoren worden door de Orde ingebracht in het Bureau Overleg (zoals genoemd onder 8).
 - f De basisset wordt gepubliceerd op www.ziekenhuizen transparant.nl en www.igz.nl.
 - g Nadere uitwerking van het proces dat leidt tot de totstandkoming van de basisset is opgenomen in bijlage 1.
- 2 Ten aanzien van de *aangifte van de gegevens*
 - a Ten behoeve van de aangifte van de gegevens op uniforme wijze door de ziekenhuizen stelt de NVZ en de NFU tot nader order een website met daarop een invoerfaciliteit ter beschikking.
 - b De NVZ, NFU en de Orde zullen via hun communicatiebeleid bevorderen dat de ziekenhuizen de gegevens uit de basisset tijdig en volledig en op kwalitatief goed niveau aanleveren.
 - c Vanaf 1 juni publiceert de IGZ op www.ziekenhuizen transparant.nl en www.igz.nl een overzicht van de ziekenhuizen die aangifte hebben gedaan van hun gegevens.
 - d Nadere uitwerking van het proces van aangifte en verwerking van gegevens is opgenomen in bijlage 2.
- 3 Ten aanzien van de *beschikbaarheid van de gegevens*
 - a Ieder ziekenhuis is verantwoordelijk voor de juistheid van deze gegevens.
 - b De NVZ en NFU zijn (op basis van punt 2a) houder van de invoermodule/database; de NVZ is beheerder van de gegevensverzameling.
 - c De gegevens in de invoermodule/database zijn, na schriftelijke verzoek aan de houder, volgens het Protocol Gegevensgebruik NVZ-databanken, beschikbaar voor derden.

- 4 Ten aanzien van de *verwerking en de analyse* van de gegevens door de IGZ
 - a De NVZ en de NFU stellen (op basis van punt 2a) een ingevulde, voor de inspectie bruikbare, invoermodule/database ter beschikking aan de IGZ.
 - b IGZ analyseert en bewerkt de gegevens ten behoeve van haar doelstelling als toezichthouder. IGZ is 'eigenaar' van de bewerkte gegevens en draagt verantwoordelijkheid voor de juistheid en de transparantie van deze bewerkingen.
 - c IGZ onderzoekt steekproefsgewijs de validiteit van de verstrekte gegevens per ziekenhuis.
 - d De partners zullen de toegang voor de IGZ tot relevante gegevens-bestanden ten behoeve van de validatie van de geaggregeerde gegevens, faciliteren en bevorderen.
- 5 Ten aanzien van de *rapportage*
 - a Jaarlijks brengt de IGZ per ziekenhuis een rapportage uit met betrekking tot de prestatie-indicatoren met daarin een weging van de geleverde prestaties. De IGZ legt de concept-rapportage voor aan het betreffende ziekenhuis ter correctie van feitelijke onjuistheden. Deze rapportage is openbaar.
 - b Jaarlijks brengt de IGZ een geaggregeerde rapportage uit van de totale resultaten met conclusies en toezicht-acties. De IGZ legt de concept-tekst voor aan de NVZ, NFU en Orde ter correctie van feitelijke onjuistheden. Deze rapportage is openbaar.
 - c Reacties van de wetenschappelijke verenigingen op de rapportages van de IGZ worden door de Orde voorgelegd aan de IGZ.
 - d De geaggregeerde rapportage is openbaar en bevat een overzicht van de gegevens per ziekenhuis.
 - e Indien door de wetenschappelijke verenigingen leeswijzers zijn ontwikkeld, wordt hiernaar in IGZ-publicaties verwezen. In een leeswijzer wordt voor het publiek toegankelijke informatie verstrekt over de achtergrond en de betekenis van de indicator.

Organisatie

- 6 Ten aanzien van het Bestuurlijk Overleg
 - a Minimaal tweemaal per jaar overleggen de Inspecteur-Generaal van de IGZ en de bestuursvoorzitters/ bestuursleden van de NVZ, NFU en Orde onder voorzitterschap van de IGZ over zaken betreffende deze samenwerkingsovereenkomst.
 - b Bij dit overleg zijn de projectleiders van het project prestatie-indicatoren van de IGZ, NVZ, NFU en Orde aanwezig.
 - c De IGZ voert het secretariaat en zorgt voor verslaglegging.
 - d De besluitenlijst inzake de prestatie-indicatoren wordt zo spoedig mogelijk na het overleg naar de deelnemers toegestuurd en twee weken na het overleg vastgesteld.
- 7 Ten aanzien van het Bureau Overleg
 - a Ten behoeve van uitvoering, voortgang en bewaking van het operationele proces, overleggen de betrokken inspecteurs en medewerkers van NVZ, NFU en Orde zo vaak als nodig.
 - b Het Bureau Overleg bereidt, ten behoeve van het Bestuurlijk Overleg, de agendapunten inzake de prestatie-indicatoren voor.

Duur van de overeenkomst en evaluatie

- 8a De samenwerkingsafspraken gelden in beginsel voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat er driejaarlijks een evaluatie plaatsvindt.
- 8b De eerste evaluatie van de samenwerkingsafspraken vindt plaats in het najaar van 2008. Hiertoe worden in het voorjaar 2006 criteria vastgesteld door het Bestuurlijk Overleg.

Den Haag, 19 december 2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg,




Prof. dr. J.H. Kingma

Nederlandse Federatie van
Universitair medische centra,




Prof. dr. G.H. Blijham

NVZ vereniging van ziekenhuizen,



Mw. ir. J. M. Leemhuis-Stout

Orde van Medische Specialisten,



Prof. dr. P.A.M. Vierhout

Bijlage 1**Uitgangspunten voor het ontwikkelen van nieuwe indicatoren en de herziening van de basisset**

- Omvang set (het totaal aantal vragen) verandert in principe niet (behoudens de toevoeging van een rubriek voor de acute keten).
- Verhouding tussen de drie groepen: ziekenhuisbreed, risicoafdelingen en ziektespecifiek blijft gelijk.
 - Binnen iedere groep kan de samenstelling wisselen, bijvoorbeeld ondervoeding in plaats van decubitus, chronische pijn of barenspijn in plaats van postoperatieve pijn, kindergeneeskunde of psychiatrie in plaats van orthopedie of verloskunde.
- Jaarlijkse vervanging 20 - 25% van de indicatoren met als doel
 - Indicatoren blijven gemiddeld 4 tot 5 jaar actief, waardoor een trend is vast te stellen.
 - Vervanging na gemiddeld 4 tot 5 jaar voorkomt dat het geheel te statisch wordt en tot voorspelbare, 'prestatie-correcte' reacties leidt.
 - Deelgebieden die nu niet in de indicatoren zijn opgenomen kunnen hierdoor in de loop der jaren wel aan bod komen.
 - Indicatoren die niet informatief zijn of kwalitatief onvoldoende blijken bij analyses kunnen al na het eerste jaar worden vervangen.
 - Indicatoren die leiden tot ongewenste verschuivingen (perverse reacties) kunnen eerder worden vervangen.
 - Indicatoren binnen een groep kunnen, bijvoorbeeld op verzoek van de betrokken beroepsgroep(en) worden gewijzigd.
 - Indicatoren die nog niet zijn 'uitgewerkt' kunnen langer gehandhaafd blijven.
- Nieuwe indicatoren worden in overleg met veldpartijen vastgesteld. Gestreefd wordt valide (vastgesteld aan de hand van checklist (AIRE-instrument?) en een pilotstudie in de praktijk) indicatoren in de set op te nemen.

Tijdpad jaarlijkse vernieuwing basisset

Met ingang van basisset 2007. De basisset 2005 en 2006 blijven gelijk aan die voor 2004.

Beslissing over verwijderen, wijzigen en aanvullen

- 1 Vaststellen welke indicatoren verwijderd of vervangen dienen te worden.
 - Aan alle betrokken wetenschappelijke verenigingen, beroepsgroepen, en/of brancheorganisaties vragen of er reden^[1] is voor het verwijderen, wijzigen of vervangen van 'hun' indicator(en).
 - Op grond van de analyse-resultaten of nieuwe risico-gebieden vaststellen welke indicatoren verwijderd, gewijzigd of vervangen dienen te worden.
 - Jaarlijks algemene uitnodiging laten uitgaan naar alle wetenschappelijke verenigingen, beroepsgroepen en brancheorganisaties om een verzoek tot opname van nieuwe indicator(en) in te dienen.
- 2 Vaststellen welke indicatoren overblijven en opstellen van een voorstel tot aanvulling van de set met nieuwe indicatoren.
 - Op grond van de uitgangspunten voor evenwichtige samenstelling van de basisset vast stellen voor welke deelgebieden nieuwe indicatoren ontwikkeld dienen te worden.

[1] Geldige redenen zijn 1) resultaten zijn niet interpreteerbaar, 2) discrimineert niet of niet meer, 3) aanvankelijke trend verandert niet meer, 4) geconstateerde perverse

reacties 5) niet of, slechts tegen onevenredig hoge kosten, registreerbare/reproduceerbare gegevens

Werkwijze aanvullen en wijzigen

- 1 Voor alle nieuwe of te wijzigen indicatoren vaststellen welke wetenschappelijke verenigingen, beroepsgroepen, en/of brancheorganisaties gevraagd worden te participeren.
- 2 Samen met de door de veldpartijen aangewezen vertegenwoordigers een conceptlijst van nieuwe indicatoren opstellen.
- 3 Beoordelen validiteit en reproduceerbaarheid ingediende nieuwe indicatoren (aan de hand van AIRE-instrument en een pilotonderzoek naar meetbaarheid en validiteit in enkele ziekenhuizen).

Planning

- Januari: officieel verzoek aan WV-en/ experts (voor zover nog niet betrokken) voor bijdrage aan trajecten.
- Januari/februari: Uitnodigen WV-en, experts, voor bijeenkomst in maart.
- Maart: voor zover nog niet gebeurd: concrete werkafspraken tussen contactpersoon / werkgroep leider en experts/WV-en.
- Maart-april: werkgroepen werken aan indicatoren.
- Juni 1e week: concept indicatoren versturen naar deelnemers bijeenkomsten in 3e week.
- Juni 3e week: bespreken en vaststellen conceptindicatoren met werkgroepen, vertegenwoordigers NVZ, NFU, Orde en IGZ, vertegenwoordigers WV etc.
- Juli-Augustus: pilottesten indicatoren, eventueel aanpassen indicatoren op bevindingen door werkgroepen.
- Augustus 3e week - (Aangepaste) concept basisset wordt rondgestuurd.
- September 1e week vaststellen basisset.

Afspraken rondom procesgang

- Initiele contacten van de IGZ met de wetenschappelijke verenigingen/experts, in het kader van de indicatoren, lopen via de relevante branche-organisatie.
- Als start van het proces zal de IGZ een brief aan de relevante branche-organisatie sturen met de vraag de betreffende WV-en / experts te betrekken bij de ontwikkeling van een indicator.
- De betreffende organisatie stelt de betreffende experts/WV-en vervolgens op de hoogte van dit verzoek en zorgt dat z.s.m. een reactie volgt.
- Bij een positieve reactie zorgt de betreffende branche-organisatie voor contact tussen de experts/WV en de vertegenwoordiger namens de IGZ.
- De experts/WV en de vertegenwoordiger namens de IGZ maken werkafspraken (volgens eerder vermelde planning) en stellen hiervan de brancheorganisaties en IGZ op de hoogte.
- Werkgroepen werken aan indicatoren en dragen deze voor ter bespreking in juni.
- De voorgestelde indicatoren worden 2 weken voor te plannen vergaderingen in de 3e week juni rondgestuurd.
- Tijdens vergaderingen in de 3e week van juni worden de concept indicatoren vastgesteld.
- In juli en augustus vindt een haalbaarheidstoets plaats, dit leidt eventueel tot suggesties tot aanpassingen van de indicatoren. De werkgroepen worden hiervan in kennis gesteld.
- Aanpassingen dienen te worden doorgevoerd door de werkgroepen.
- De aangepaste indicatoren worden door de werkgroepen aangeboden voor bespreking met experts/WV-en, NVZ, NFU, en Orde twee weken voorgaand aan de vergadering in de 1e week van september.
- Op de vergadering in 1e week van september wordt de definitieve basisset vastgesteld.

Bijlage 2

Aangifte en invoer van gegevens

Basisprincipe

Er is één enkele, unieke, bron voor de basisset prestatie-indicator informatie van een ziekenhuis.

Dit houdt in dat:

- Het voor elk ziekenhuis duidelijk is waar basisset-informatie wordt ingevoerd.
- Voor elke gebruiker duidelijk is waar basisset-informatie kan worden gevonden, met een zo laag mogelijke drempel voor toegang.
- Deze plek is zo ingericht (en kan – op basis van ervaringen – zo worden aangepast) dat het voor algemene en academische ziekenhuizen de enige invoerplek is voor informatie.
- De website waarop gegevens ingevoerd kunnen worden is een service van de NVZ aan haar leden en aan de Nederlandse ziekenhuizen en dient om hen behulpzaam te zijn bij het voldoen aan de verplichtingen van het ziekenhuis in het kader van de basisset prestatieindicatoren.

Toestanden (states) van informatie

De informatie kent twee 'toestanden':

- 1 De voorbereiding waarbij de invoermodule dient als een hulpmiddel bij het verzamelen van informatie voor de basisset en de informatie, in die fase, geen formeel karakter heeft.
- 2 Een post - aangiftefase die ingaat nadat het ziekenhuis de informatie heeft gewaarmerkt en heeft vrijgegeven ten behoeve van de basisset. Daarmee heeft het ziekenhuis voldaan aan zijn verplichtingen in het kader van de basisset prestatie-indicatoren. Op dat moment heeft het ziekenhuis ook voldaan aan toekomstige verplichtingen in het kader van het jaardocument cure voor zoverre het de basisset betreft.

Invoer

- De NVZ maakt in overleg met betrokken ziekenhuizen en de IGZ een invoermodule voor gegevens uit de dataset van een voor de invoerende ziekenhuizen en voor de IGZ acceptabele kwaliteit.
- De NVZ draagt er zorg voor dat de website waarop ingevoerd kan worden probleemloos toegankelijk is voor de ziekenhuizen. Deze voorwaarde tot toegankelijkheid geldt ook indien op enig moment in de toekomst niet leden van de NVZ verplicht zijn of worden om gegevens over de basisset aan de IGZ aan te leveren.
- Als de NVZ niet aan deze voorwaarde kan voldoen stelt zij de IGZ daar zo spoedig mogelijk van op de hoogte, maar in ieder geval voor de aanvang van het jaar waarover de ziekenhuizen moeten rapporteren.

Aangifte

- Zodra het ziekenhuis van mening is dat de complete set ingevoerde gegevens volledig is, is er op de invoermodule van het ziekenhuis een functie aanwezig waarbij het ziekenhuis op eenduidige wijze (bijvoorbeeld middels het plaatsen van een elektronische handtekening) aan kan geven dat aangifte wordt gedaan van de dataset.
- Zodra deze aangifte is gedaan moet er een signaal gaan naar het PI bureau van de IGZ zodanig dat op de website van de IGZ een melding verschijnt dat dit ziekenhuis aan haar verplichtingen in het kader van de basisset heeft voldaan.
- De NVZ werkt een procedure uit voor het doen van aangifte, waarbij zij aan de IGZ zal laten weten welke acties van de IGZ noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld de uitgifte van unieke identificatiecodes etc.).

Inzage in de gegevens

- De informatie in de voorbereidingsfase is eigendom van het ziekenhuis en kan alleen met toestemming van het ziekenhuis ingezien worden.
- De NVZ en de NFU zijn houder van de gegevens in de database.
- Na de aangifte heeft de IGZ inzagerecht in de gegevens van de ziekenhuizen c.q. het ziekenhuis als ware het een eigen database van de IGZ. De informatie van het ziekenhuis bevindt zich na het moment van aangifte in het public domain.
- De inzage van de gegevens van een individueel ziekenhuis is vrij en voor iedereen toegankelijk na aangifte.
- Het beschikbaar stellen van bestanden van meerdere ziekenhuizen is ter beoordeling van de houder (deNVZ), die daarvoor een protocol hanteert. De houder van de database kan voor het beschikbaar stellen van gegevensbestanden kosten in rekening brengen. De organisatie van de database dient zodanig te zijn dat deze kosten zo laag mogelijk zijn en redelijkerwijs geen beperking vormen voor de toegang van organisaties tot de gegevens.

Wijzigingen

- Het ziekenhuis is te allen tijde verantwoordelijk voor de inhoud van de informatie in de database.
- Indien er naar het oordeel van de IGZ onjuiste of misleidende informatie in de database aanwezig is, stelt zij het ziekenhuis hiervan op de hoogte.
- Na aangifte zijn de gegevens gefixeerd en kunnen niet meer gewijzigd worden. Aanpassing van de gegevens is alleen mogelijk indien duidelijk gedocumenteerd uit de presentatiemodule blijkt dat de oorspronkelijke gegevens onjuist zijn. Een wijziging wordt gemeld bij de IGZ. Dit laatste in verband met de functie van de invoermodule als enige unieke bron van indicator informatie. Evidente fouten moeten getraceerd gecorrigeerd kunnen worden.

Markering

- Te allen tijde is duidelijk op welk ziekenhuis of welke locatie van een ziekenhuis de informatie betrekking heeft en welk verslagjaar het betreft.

Overleg

- Indien overleg noodzakelijk is tussen de betrokken Verenigingen van instellingen, vindt dit overleg plaats direct tussen de betrokken verenigingen. De IGZ zal van het resultaat van dit overleg op de hoogte worden gesteld, tenzij de uitkomst van dit overleg op enige wijze gevolgen heeft voor het voor de IGZ beschikbaar komen van gegevens over de basisset. In dat geval vindt het besluitvormend overleg plaats tussen de betrokken verenigingen en de IGZ.

Het resultaat telt 2006

Resultaten van de prestatie-indicatoren van ziekenhuizen over 2006. De Basisset prestatie-indicatoren 2006 is totstandgekomen in samenwerking met:

- NVZ vereniging van ziekenhuizen
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Orde van Medisch Specialisten

Internet

- www.ziekenhuizen transparant.nl
- www.igz.nl
- www.snellerbeter.nl

Grafisch ontwerp
Faydherbe/De Vringer,
Den Haag
Opmaak
Heleen van Haaren,
Den Haag

Den Haag, december 2007