

Het resultaat telt 2008

**Kwaliteitsindicatoren als onafhankelijke graadmeter
voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg**

Den Haag, december 2009

Inhoudsopgave

	Voorwoord	4
1	Inleiding	6
2	Methodologische verantwoording	9
3	Opvallende resultaten van 2008	12
4	Thermometer	19
5	Resultaten	25
1	Decubitus	25
2	Ondervoeding	33
3	Medicatieveiligheid	47
4	Zorginformatie- en communicatietechnologie (Zorg-ICT)	53
5	Ziekenhuisinfecties	65
6	Complicatieregistratie	69
7	Pijn na operatie	81
8	Volume van risicovolle interventies	91
9	Cholecystectomie	99
10	Ongeplande heroperaties	103
11	Afgezegde operaties	109
12	Intensive Care	115
13	Zwangerschap	133
14	Diabetes mellitus	139
15	Cardiologie	145
16	Cerebrovasculair Accident	153
17	Heupfractuur	159
18	Mammacarcinoom	169
19	Cataract	179
20	Kinderchirurgie	183
Bijlage 1	Literatuuroverzicht	189
Bijlage 2	Lijst van ziekenhuizen	191
Bijlage 3	Lijst van afkortingen	195
Bijlage 4	Samenwerkingsovereenkomst IGZ-NVZ-NFU-Orde	196

Voorwoord

Voor u ligt de 6e uitgave van Het resultaat telt! In dit jaarlijkse rapport vindt u de resultaten van de Nederlandse ziekenhuizen op de kwaliteitsindicatoren van 2008.

Het afgelopen jaar was een bijzonder jaar voor de inspectie. Het vijfjarig jubileum van de kwaliteitsindicatoren^[1] voor ziekenhuizen is gevierd. We kunnen terugkijken op een succesvolle publicatie^[2] en het congres ‘Vijf Jaar Prestatie-indicatoren’.

In de genoemde publicatie is een aantal uitgangspunten genoemd, die ik hier graag herhaal:

- Een indicator heeft een signaalfunctie: hij geeft een ‘aanwijzing’ hoe het gesteld is met de kwaliteit van zorg. Afhankelijk van de validiteit van een indicator en de betrouwbaarheid van een meting wordt een meer of minder juist en volledig beeld van de kwaliteit van zorg verkregen. Deze kanttekeningen bij de waarde van een indicator zijn van belang om strategisch gedrag van ziekenhuizen te voorkomen.
- Indicatoren worden samen met betrokken professionals ontworpen en getoetst.
- Indicatoren zijn primair bedoeld voor kwaliteitsverbetering. Zij kunnen immers wijzen op mogelijke tekortkomingen in de zorg, zetten aan tot reflectie en analyse en kunnen zo dienen als middel voor verbetering.
- Voor bestuurders zijn indicatoren eveneens een hulpmiddel om zo nodig nader onderzoek te doen en te zien waar verbeteringen noodzakelijk zijn.
- Voor de inspectie kunnen indicatoren ook een aanleiding zijn om zelf onderzoek te doen. De inspectie zal nooit op basis van een indicatorwaarde een oordeel geven over de zorgverlening.
- De praktijk heeft geleerd dat vrijwillige transparantie vertrouwen schept bij de burger. Ontbreken van transparantie creëert wantrouwen.

Graag wil de inspectie benadrukken dat de indicatoren van de Basisset ziekenhuizen ontworpen zijn om het risicogestuurd toezicht van de inspectie te ondersteunen. Deze doelstelling stelt andere eisen aan indicatoren dan de eisen die gesteld moeten worden aan indicatoren die bedoeld zijn als keuze-informatie of informatie ten behoeve van het contracteerbeleid van zorgverzekeraars. Deze laatste soort indicatoren die bedoeld is om te functioneren ten behoeve het nieuwe meer markt-georiënteerde stelsel, worden ontworpen door alle betrokken partijen met ondersteuning van het bureau Zichtbare Zorg.

[1] Vanaf 2009 wordt gesproken over kwaliteitsindicatoren in plaats van prestatie-indicatoren.

[2] (Toe)zicht op Indicatoren, (2009) p.172-173. ISBN 978-90-58-98-1516.

Verder wil ik nog de volgende zaken benadrukken:

- De samenwerking van de inspectie met de brancheorganisaties (Orde, NVZ, NFU) en de wetenschappelijke verenigingen is intensief en zeer effectief. Het draagvlak voor de indicatoren is dan ook groot.
- Alle data van de ziekenhuizen zijn volledig openbaar. Ziekenhuizen ervaren dit enerzijds soms als bedreigend, vooral omdat de pers er graag ‘rankings’ van ziekenhuizen van maakt; hiervoor zijn de indicatoren uit de basisset ziekenhuis niet bedoeld en niet geschikt. Anderzijds vormen de indicatoren een effectieve prikkel tot interne kwaliteitsverbetering met aantoonbare resultaten.
- Doordat ‘Het resultaat telt’ nu al voor het zesde jaar verschijnt, wordt het toenemend mogelijk om trends te onderscheiden en zo de ontwikkelingen binnen één ziekenhuis te volgen.
- Naast de indicatoren voor het risicogestuurd toezicht door de inspectie worden er ook indicatoren voor ziekenhuizen ontwikkeld met ondersteuning van het bureau Zichtbare Zorg. Momenteel loopt een onderzoek naar de wijze waarop de meting en aanlevering van data door de ziekenhuizen zodanig logistiek kan worden geïntegreerd, dat de administratieve lastendruk van ziekenhuizen zo gering mogelijk is.

Deze ontwikkelingen dragen bij aan een steeds effectiever gebruik van de kwaliteitsindicatoren, zowel door de ziekenhuizen zelf in het kader van hun kwaliteitsbeleid, als door de inspectie om effectiever (risicogestuurd) toezicht te houden. Het gaat daarbij om gezamenlijk te streven naar ‘gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg’.

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

1 Inleiding

In dit rapport zijn de resultaten weergegeven van de kwaliteitsindicatoren^[3] voor de ziekenhuizen over het jaar 2008. Ten grondslag aan dit rapport liggen de kwaliteitsindicatoren die zijn vastgelegd in de zogenaamde Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2008. Deze basisset wordt vastgesteld door de inspectie na goed overleg met de betrokken veldpartijen (NVZ vereniging van ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Orde van Medisch Specialisten). In bijlage 4 zijn de samenwerkingsafspraken tussen de inspectie en deze brancheorganisaties opgenomen.

Toezicht door de inspectie

De resultaten van de kwaliteitsindicatoren zoals in dit rapport opgenomen, zijn vastgesteld door de inspectie na overleg met genoemde veldpartijen. Deze kwaliteitsindicatoren zijn voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg een belangrijk hulpmiddel voor het onderzoeksinstrumentarium waarmee, op basis van een risico-inschatting, prioritering van het toezicht plaats kan vinden op ziekenhuizen.

De resultaten van de kwaliteitsindicatoren zijn niet gecorrigeerd voor al die factoren op patiëntniveau waar de zorgaanbieder geen invloed op heeft. Met andere woorden, er is geen case-mix correctie uitgevoerd. Dit maakt dat de resultaten niet geschikt zijn voor vergelijking *tussen* de ziekenhuizen. De inspectie is niet verantwoordelijk of aanspreekbaar voor het feit dat externe actoren deze indicatoren wel gebruiken voor vergelijking of rangschikking.

Doordat de voorliggende resultaten reeds voor het zesde jaar zijn verzameld, is een vergelijking *binnen* een ziekenhuis wel mogelijk omdat immers trends kunnen worden bepaald.

De resultaten van deze indicatoren kunnen voor de inspectie aanleiding zijn voor nader onderzoek. Met name uitschieters aan de bovenkant (best practices) en aan de onderkant (achterblijvers) en een opvallende ontwikkeling op basis van de trends binnen ziekenhuizen zijn voor de inspectie aanleiding tot nader onderzoek. Deze ziekenhuizen worden door de inspectie indringend op hun resultaten aangesproken en indien daar aanleiding toe is, zal de inspectie na verder onderzoek gepaste maatregelen nemen.

Relatie met overige indicatoren

Het bureau Zichtbare Zorg ondersteunt op verzoek van de minister van VWS alle betrokken partijen (zorgaanbieders, patiënten/consumenten, zorgverzekeraars, inspectie) om te komen tot een gedegen set indicatoren die kan dienen als keuze-informatie voor patiënten en inkoopinformatie voor zorgverzekeraars. Deze indicatoren moeten wel vergelijkbaar zijn en geschikt voor vergelijking tussen ziekenhuizen. Momenteel loopt een onderzoek naar logistieke integratie tussen deze indicatoren en de basisset kwaliteitsindicatoren. Er wordt getracht met behoud van de onderscheiden doelstellingen de efficiëntie van beide processen voor ziekenhuizen zoveel mogelijk te vergroten.

Ontwikkelingen van de basisset

Het afgelopen jaar heeft de IGZ de publicatie van de vijfde jaargang van de basisset kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen gevierd door middel van het organiseren van een lustrumcongres en de uitgave van de bundel '(Toe) Zicht op ziekenhuizen'.

Beide momenten gaven aanleiding om samen met onze partners goed naar de structuur van de basisset kwaliteitsindicatoren te kijken. De algemene indruk was dat de basisset geen duidelijke structuur had doordat er inhoudelijk weinig tot geen samenhang bestond tussen de indicatoren. Deze gemeenschappelijke constatering heeft ertoe geleid dat er voor een geheel andere opzet van de basisset kwaliteitsindicatoren is gekozen. In de uitgave van de basisset 2010 zijn bepaalde indicatoren bij elkaar geplaatst. Deze clustering levert een aangepaste hoofdstukindeling op. Anders dan in voorgaande jaren, is deze hoofdstukindeling gebaseerd op samenhang van zorg- of ziekteprocessen. De volgende hoofdstukken zijn benoemd: het verpleegkundig proces, het operatief proces, de spoedeisende zorg, de intensive care, het oncologisch proces, hart & vaatzorg, infectieziekten, zorg aan kwetsbare groepen en algemeen kwaliteitsbeleid.

Op deze wijze krijgen professionals en bestuurders van ziekenhuizen, maar ook de inspectie sneller inzicht in het beloop van belangrijke processen in het ziekenhuis. Vanwege de omloopcyclus van de basisset kwaliteitsindicatoren worden de resultaten gepubliceerd aan het eind van 2011.

Leeswijzer

Het rapport is opgebouwd uit 5 hoofdstukken waarvan deze inleiding het eerste hoofdstuk is. In hoofdstuk 2 is de methodologische verantwoording opgenomen. In het derde hoofdstuk zijn de opvallende resultaten van de kwaliteitsindicatoren

[3] Vanaf 2009 wordt gesproken van kwaliteitsindicatoren in plaats van prestatie-indicatoren.

verzameld. In hoofdstuk 4 zijn de belangrijkste gegevens van de indicatoren samengevat in een zogenaamde thermometer.

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten van de 20 kwaliteitsindicatoren in deelhoofdstukken opgenomen. Elk deelhoofdstuk kent een vaste opbouw. Na een beschrijving van de indicator en een uitleg van de relevante begrippen, is een ziekenhuisselectie opgenomen. In deze ziekenhuisselectie staat genoemd op welke ziekenhuizen de indicator betrekking heeft.

Vervolgens worden per subindicator de resultaten weergegeven. Elk deelhoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie en een inspectiereactie. In deze reactie staat vermeld welke resultaten voor de inspectie aanleiding zijn tot nader onderzoek. Dit vindt plaats indien ziekenhuizen niet in staat zijn gegevens aan te leveren, bij de uitschieters aan de onderkant óf aan de bovenkant en bij afwijkingen ten opzichte van voorgaande jaren.

2 Methodologische verantwoording

Inleiding

Bij de analyse van de kwaliteitsindicatoren blijkt regelmatig dat de data fouten of onmogelijkheden bevatten (bijvoorbeeld een rekenfout in het uitrekenen van een percentage). Deze fouten en onmogelijkheden worden gedetecteerd en gecorrigeerd in een proces dat 'data-schoning' wordt genoemd. Er vindt dus een controle op juistheid en volledigheid plaats. In dit hoofdstuk is beschreven hoe deze data-schoning is uitgevoerd. Na de data-schoning vindt analyse plaats.

De inspectie gebruikt de kwaliteitsindicatoren om, op basis van een risico-inschatting, haar toezicht op ziekenhuizen te prioriteren. De uitslag van een indicator kan een *signaal* zijn voor een hoog risico of juist een best practice. Beide geven aanleiding voor de inspectie om nader onderzoek te doen, bijvoorbeeld in het kader van de jaarlijkse gesprekken met de ziekenhuizen. Er is een aantal beslisregels opgesteld zodat na de analyse berekend kan worden wanneer een indicator een 'signaal afgeeft' voor verhoogd risico of best practice. Deze beslisregels zijn in dit hoofdstuk beschreven.

Vervroegde aanlevering van data

Ziekenhuizen waren in de gelegenheid gesteld om op twee momenten hun data aan te leveren, te weten vóór 1 maart en voor 1 juni. De vervroegde aanlevering van data stelde de ziekenhuizen in de gelegenheid om tot 1 juni hun gegevens op de website te corrigeren op basis van de schoning door de inspectie. Uiteindelijk hebben 19 ziekenhuizen van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Geen enkel ziekenhuis was in staat om de data van alle indicatoren vóór 1 maart aan te leveren.

Schoning

Dit jaar is de schoning, in nauwe afstemming met en onder verantwoordelijkheid van de IGZ, verricht door een externe partij. Alle data, ongeacht het moment van aanlevering, zijn geschoond.

Kwalitatieve schoning

- 1 Als een indicator niet van toepassing is voor een ziekenhuis, werd dit ziekenhuis in het oorspronkelijke databestand verwijderd (bijvoorbeeld: het Oogziekenhuis te Rotterdam heeft geen IC-afdeling. Dit ziekenhuis is verwijderd in het databestand van de IC-indicator).

- 2 Alle toelichtingen en tekstvelden zijn gelezen en aan de hand daarvan is een inschatting gemaakt van de juistheid van de data. Hierbij werd gelet op de toepassing van in- en exclusiecriteria en een juiste interpretatie van de gestelde vragen. Wanneer toelichtingen of data geen directe duidelijkheid konden verschaffen, is bij het desbetreffende ziekenhuis navraag gedaan en indien nodig zijn de data alsnog gecorrigeerd.
- 3 Er is gecontroleerd of ziekenhuizen de juiste gegevens met betrekking tot eventuele meerdere locaties hadden aangeleverd.
- 4 Bij onjuistheid of onvolledigheid van de data, zijn de data aangepast of verwijderd en werd vervolgens een wijziging toegepast.
- 5 Een overzicht van deze wijzigingen is naar de ziekenhuizen gestuurd.

Kwantitatieve schoning

- 1 Tijdens de kwantitatieve schoning zijn de uitbijters in de data geanalyseerd. Per indicator is een visueel overzicht gemaakt van de waarden van alle ziekenhuizen. Eventuele extreem lage of extreem hoge waarden vielen hierdoor meteen op. Daarnaast zijn de gegevens van het huidige verslagjaar met het vorige verslagjaar vergeleken. Bij grote en onverklaarbare verschillen of uitbijters is het ziekenhuis om een verklaring gevraagd. Op basis hiervan en na instemming van het ziekenhuis zijn de data eventueel aangepast.
- 2 Gestandaardiseerde controles werden uitgevoerd. Bij concrete onjuistheden zijn de data aangepast of van analyse uitgesloten. Hierbij zijn de volgende aspecten gecontroleerd:
 - Zijn gegevens daadwerkelijk bekend?
 - Zijn gegevens daadwerkelijk niet bekend?
 - Een teller kan niet groter zijn dan een noemer.
 - Een noemer kan geen '0' zijn'.
- 3 Daarnaast zijn per indicator controles uitgevoerd op consistentie en plausibiliteit.

Steekproeven

Dit jaar is voor het eerst gevraagd naar de wijze waarop een ziekenhuis eventueel een steekproef heeft uitgevoerd. Deze vraag bleek echter voor ziekenhuizen lastig te interpreteren. Wellicht doordat de vraag nieuw was maar de vraag bleek ook onvoldoende helder geformuleerd. Voor 2009 is de invoermodule van ziekenhuistransparant.nl hiertoe aangepast.

De steekproeven voor 2008 werden als volgt beoordeeld op betrouwbaarheid:

- 1 Er is beoordeeld of de omvang van de steekproef (steekproefgrootte) adequaat was in relatie tot de noemer, de selectiecriteria en de populatie.

- 2 Indien hieraan niet werd voldaan, werd een steekproef als onbetrouwbaar aangemerkt. De data bij deze betreffende indicator werden niet geanalyseerd. Doordat de vraag naar steekproeven lastig te interpreteren bleek, is beperkte waarde gehecht aan deze 'steekproefvraag'. Er zijn weinig data afgekeurd op basis van deze steekproefvraag.

Beslisregels

Er is een aantal beslisregels opgesteld, zodat na de analyse berekend kan worden wanneer een indicator een 'signaal afgeeft' voor verhoogd risico of best practice. Deze beslisregels zijn de volgende:

Een indicator geeft een signaal indien:

- een instelling niet respondeert;
- het gegeven bij de instelling niet bekend is;
- bij een vaste norm: als de instelling deze norm niet haalt of juist overschrijdt;
- bij een relatieve norm met een normale verdeling: als de instelling tot de laagste of hoogste scores behoort. Afhankelijk van het aantal instellingen en de spreiding wordt per indicator bepaald welk deel als risico wordt beschouwd;
- bij een relatieve norm met een scheve verdeling: als de instelling tot de uitbijters behoort;
- als de resultaten onwaarschijnlijk of niet interpreteerbaar zijn, bijvoorbeeld een score van 100 procent of een beter dan verwachte score (die zowel 'best practice' als een registratiefout kan betekenen).

Routing en validatie

In 2009 is de IGZ begonnen om de routing en validatie voor het invoeren van data in de invoermodule ziekenhuistransparant te verbeteren. Dat betekent dat het invoeren van de data over het verslagjaar 2009 logischer zal verlopen dan tot nu toe het geval was. Met behulp van adequate routing, validatie en waarschuwingssignalen (pop-ups) wil de IGZ de betrouwbaarheid van de data vergroten. Tevens vergemakkelijkt de routing het invulproces.

3 Opvallende resultaten van 2008

In dit hoofdstuk zijn de meest opvallende resultaten opgenomen. Tevens is opgenomen wanneer een uitslag van een indicator voor de inspectie aanleiding is om nader onderzoek te doen.

Decubitus

Zowel de gemiddelde als mediane puntprevalentie van decubitus ligt op 4 procent. In 2008 is vochtletsel geïnccludeerd in de meting van decubitus. Het blijkt dat prevalentie nagenoeg niet is beïnvloed door de inclusie van vochtletsel. In 2007 was de puntprevalentie 3,8 procent.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Ondervoeding

De screeningsactiviteiten bij volwassen patiënten zijn enorm toegenomen; daardoor worden ondervoede patiënten veel sneller gedetecteerd. Dit jaar werden bijna 400.000 patiënten gescreend tegenover ruim 100.000 in 2007. Van alle bij opname gescreende volwassen patiënten was 24 procent ondervoed. Hiervan was 18 procent ernstig ondervoed en 6 procent matig ondervoed.

Gegevens over de behandeling van volwassen ondervoede patiënten zijn in minder dan de helft van de ziekenhuizen bekend.

Gegevens over zowel de screening als de behandeling van ondervoede kinderen zijn in ongeveer eenderde van de ziekenhuizen bekend.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren over de screening op ondervoeding bij volwassenen en kinderen en/of indien een ziekenhuis bij de onderste dan wel bij de bovenste 10 procent van de hele populatie behoort.

Medicatieveiligheid

Deze indicator is sterk gewijzigd ten opzichte van 2007. Er wordt gevraagd naar de volledigheid van cytostatica-aanvragen en naar de vrijgifte van cytostaticabereidingen. Het aantal cytostaticabereidingen varieerde enorm tussen de ziekenhuizen en lag tussen de 177 en 30.000 bereidingen. In 20 van de 98 ziekenhuizen werden cytostaticabereidingen afgeleverd zonder vrijgifte vooraf door een apotheker.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens op de vragen aan te leveren en/of indien cytostatica worden afgeleverd zonder vrijgifte vooraf door een apotheker.

Zorg ICT

Deze indicator vraagt naar het percentage werkplekken met een elektronische beschikbaarheid van gegevens. Gebleken is dat de beschikbaarheid van geautomatiseerde medicatiegegevens op de *polikliniek* en de *verpleegafdeling* beduidend lager lag (tussen 20-60 procent) dan de beschikbaarheid van overige gegevens (administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden). Deze laatste gegevens kenden een beschikbaarheid van meer dan 90 procent.

Het percentage inzage in geautomatiseerde medicatiegegevens voor klinisch voorgeschreven medicatie in de ziekenhuisapothek lag rond de 90 procent.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet de beschikking heeft over alle 8 mogelijke inzagefuncties (administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden) op zowel de verpleegafdeling als de polikliniek. Daarnaast doet de inspectie nader onderzoek indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Ziekenhuisinfecties

Van de 16 cardiochirurgische centra verrichtten 9 centra incidentiemetingen, waarvan 3 via PREZIES. Ten opzichte van vorig jaar is een afname van deelname door cardiochirurgische centra aan incidentiemetingen via PREZIES geconstateerd.

In 78 van de 98 ziekenhuizen werd geen incidentiemeting naar centrale lijn gerelateerde sepsis uitgevoerd. Dit is opvallend, want lijnsepsis maakt onderdeel uit van het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen.

De inspectie vindt het zeer belangrijk dat ziekenhuizen op infecties surveilleren. Indien een ziekenhuis niet participeert in een module van het PREZIES-netwerk voor postoperatieve wondinfecties, indien een ziekenhuis een hartchirurgisch centrum is maar niet surveilleert op infecties na hartchirurgie, indien een ziekenhuis niet surveilleert op lijnsepsis of indien een ziekenhuis de CDC/WIP-criteria niet gebruikt bij de registratie van ziekenhuisinfecties, zal de inspectie nader onderzoek doen.

Complicatieregistratie

De specialismen psychiatrie en geriatrie maakten het minst gebruik van een complicatieregistratiesysteem. Voor alle specialismen gold dat de complicatieregistratie voor meer dan 80 procent van de ziekenhuizen werd gebruikt voor bespreking in het behandelend team.

De inspectie doet nader onderzoek indien het ziekenhuis afwijkt van landelijk gebruik.

Pijn na OK

Alle ziekenhuizen deden aan postoperatieve pijnmeting. Het verschilde per ziekenhuis hoe ver men was met de implementatie van pijnmeting op de verkoeverafdeling en op de verpleegafdelingen.

Er zijn 91 van de 100 ziekenhuizen die gedurende de eerste 72 uur na een operatie pijn registreerden; in 2007 waren dat nog 67 ziekenhuizen. Het gemiddelde percentage patiënten (5,6 procent) met een pijnscore die op enig moment boven de 7 (ernstige pijn) was, lag lager dan het gemiddelde van 11 procent dat de literatuur beschrijft (Dolin et al, BJA, 2002). Tevens was dit percentage ten opzichte van 2007 gezakt met 3 procent.

Volume van risicovolle interventies

Aneurysma van de Abdominale Aorta (AAA)

De Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie heeft geadviseerd een volumenorm te stellen van tenminste 15 AAA-operaties per ziekenhuis per jaar. In 79 van de 92 ziekenhuizen die deze AAA-operatie uitvoeren, werd aan deze volumenorm voldaan; 13 ziekenhuizen verrichtten minder dan 15 AAA-operaties. 6 van deze ziekenhuizen voerden de afgelopen 4 jaren eveneens minder dan 15 AAA-operaties uit.

De IGZ zal na overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie bepalen op welke wijze een handhavingstraject zal worden gestart.

Oesophaguscardiaresecties (OCR)

Ruim 86 procent van de ziekenhuizen waar OCR-operaties worden uitgevoerd, voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde richtlijn van 10 operaties per jaar; dit is met 30 procent een sterke stijging ten opzichte van 2007. Deze stijging is grotendeels te verklaren door de acties die zijn ondernomen door ziekenhuizen naar aanleiding van

handhavings- en verificatieonderzoek door de inspectie. In 2008 voerden 4 ziekenhuizen (14 procent) minder dan 10 OCR-operaties uit.

De inspectie blijft handhaven op het volume aan OCR-verrichtingen. In de afgelopen 3 jaar voerden 5 ziekenhuizen gemiddeld minder dan 10 OCR-operaties per jaar uit. De inspectie zal van deze ziekenhuizen vragen om óf te stoppen met het uitvoeren van deze operaties óf aannemelijk te maken hoe in de toekomst wel aan de richtlijn voldaan kan worden (met samenwerkingsafspraken). Bij niet-navolgen van deze toezichtnorm treedt de inspectie handhavend op.

Afgezegde operaties

De universitair medische centra en STZ-ziekenhuizen (Stichting Topklinische Ziekenhuizen) voerden gemiddeld significant meer electieve operaties (16.000 respectievelijk 18.000) uit dan de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en Overige Algemene Ziekenhuizen (7.700 respectievelijk 10.000). De universitair medische centra hebben gemiddeld een significant hoger percentage afgezegde operaties (4 procent) ten opzichte van de overige algemene ziekenhuizen (1 á 2 procent).

Intensive Care

Bij 72 gevisiteerde afdelingen werd het niveau op 62 afdelingen bevestigd. Op 23 IC-afdelingen had (nog) geen visitatie plaatsgevonden.

Dit registratiejaar was voor het eerst het aantal beademingsuren geregistreerd.

Er waren 16 ziekenhuizen die deze gegevens niet konden aanleveren.

Gemiddeld werd een patiënt 97 uur (4 dagen) op een intensive care afdeling beademd. Niveau 1 IC-afdelingen (laagste niveau) hadden gemiddeld 20 procent meer kortdurende beademingen dan niveau 3 IC-afdelingen (hoogste niveau).

Er waren 26 ziekenhuizen met een niveau 1 IC waarbij de gemiddelde beademingsduur langer was dan 72 uur of meer dan 3 dagen.

Ruim 50 procent van de patiënten verbleef korter dan 72 uur op de intensive care en ruim 20 procent langer dan 120 uur.

Een hoge beademingsduur op een niveau 1 IC is voor de inspectie aanleiding voor nader onderzoek. De inspectie gaat in het jaar 2010 gericht onderzoek doen naar de IC-zorg in de ziekenhuizen met een niveau 2 of 3 IC.

Zwangerschap

In 91 ziekenhuizen hebben in totaal 115.508 bevallingen plaatsgevonden onder leiding van een gynaecoloog.

De VOKS-percentielen bleken, net als in 2007, bij verificatie door de stichting Perinatale Registratie in veel ziekenhuizen onjuist. Het is de inspectie niet bekend bij welke ziekenhuizen de opgave foutief was. De inspectie zal het VOKS-percentiel bij alle ziekenhuizen opnieuw opvragen.

Cardiologie

Er waren 94 ziekenhuizen die gegevens over het eerste administratieve consult van de cardioloog bij patiënten van 70 jaar en ouder hebben aangeleverd (in 2007 81 ziekenhuizen). De ziekenhuissterfte na opname voor een acuut myocardinfarct bedroeg gemiddeld 1,5 procent voor patiënten jonger dan 65 jaar en 6,3 procent voor patiënten ouder dan 65 jaar.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren, indien de resultaten sterk afwijken ten opzichte van vorige jaren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Cerebrovasculair Accident

De indicator 'door-to-needle-time trombolysie' was in 2008 voor het eerst opgenomen in de basisset.

Van de 87 ziekenhuizen die hebben aangegeven trombolysie uit te voeren, weten 85 ziekenhuizen hoeveel patiënten in totaal behandeld werden en hoeveel van dit aantal tijdig (binnen 1 uur) behandeld is. Gemiddeld ontving ruim 65 procent van de patiënten met een cerebrovasculair accident trombolysie binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis. De spreiding in de percentages was echter vrij groot, er waren ziekenhuizen waarbij het bij alle patiënten was gelukt om deze binnen 1 uur te behandelen met trombolysie en er waren ziekenhuizen waarbij dat bij ruim 10 procent van de patiënten was gelukt.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Heupfractuur

Er zijn 15 van de 98 ziekenhuizen die geen onderscheid konden maken in ASA-klasse. Bijna alle ASA 1-2 patiënten werden binnen 24 uur geopereerd; van de patiënten met een ASA-klasse groter dan 2, werd gemiddeld 80 procent binnen 24 uur geopereerd.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren, indien de resultaten sterk afwijken ten opzichte van vorige jaren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Mammacarcinoom

Het beleid ten aanzien van differentiatie is een indicator voor de kwaliteit van zorg bij een operatie inzake het mammacarcinoom. Een differentiatiebeleid kenmerkt zich doordat iedere chirurg zijn/haar eigen aandachtsgebied heeft óf door gezamenlijk opereren bij complexe ingrepen. Het differentiatiebeleid bleek in zowel opleidingsklinieken als niet-opleidingsklinieken te zijn verbeterd.

Van alle klinieken concentreerde het merendeel (90 procent) de zorg in de praktijk conform de gestelde norm. Ten opzichte van vorig jaar voldeden dit jaar meer ziekenhuizen aan de concentratienorm: van de niet-opleidingsklinieken differentieerde 83 procent van de ziekenhuizen voldoende. Vorig jaar was dit 69 procent. In opleidingsklinieken differentieerde 95 procent van de ziekenhuizen voldoende, tegenover 91 procent vorig jaar.

Bijna alle ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd over het percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel na een borstsparende therapie.

Het gemiddeld percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel is 10,5 procent; ten opzichte van 2008 is dit een daling ten opzichte van het gemiddeld percentage van 12 procent in 2007. De spreiding van het percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel was toegenomen; het maximum percentage steeg van 36 naar 42 procent. Dit maximum percentage betrof zowel dit jaar als vorig jaar 1 ziekenhuis.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren, indien een ziekenhuis niet voldoet aan het gestelde differentiatiebeleid en/of indien de gegevens over het percentage achtergebleven kankerweefsel sterk is gewijzigd ten opzichte van het voorgaande jaar.

Cataract

Bij cataract worden vaak beide ogen geopereerd. In het geval van een operatie aan het tweede oog is het van belang dat de tijdsperiode tussen een operatie aan het eerste en het tweede oog voldoende lang is (tenminste 28 dagen) om een zorgvuldige indicatie voor operatie te kunnen stellen. In gemiddeld 90 procent vond een cataract-operatie aan het tweede oog plaats na 28 dagen. Dit percentage liep uiteen van 24 tot 100 procent. Vijf ziekenhuizen hadden een opvallend grote groep patiënten met onvoldoende wachttijd tussen de 1e en 2e operatie. De inspectie doet hier nader onderzoek naar.

4 Thermometer

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste gegevens van de geanalyseerde indicatoren samengevat. In de eerste kolom wordt de beschikbaarheid weergegeven. In deze kolom vindt u het aantal ziekenhuizen in 2008 waarbij een bepaald gegeven bekend is; in deze kolom staan geen percentages weergegeven.

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 2008 is bijvoorbeeld 18 procent van de bij opname gescreende volwassen patiënten ernstig ondervoed. De mediaan is 17; dat wil zeggen dat in de helft van de ziekenhuizen in 2008 minder dan 17 procent van de volwassen, gescreende patiënten ernstig ondervoed was, in de andere helft van de ziekenhuizen was dit meer dan 17 procent.

Daar waar van toepassing, zijn in de zesde en de zevende kolom de totalen van de teller respectievelijk het totale aantal patiënten genoemd waarop de gegevens betrekking hebben. In enkele gevallen is dat het totale aantal eenheden of het aantal bepalingen, bijvoorbeeld bij de indicator Diabetes Mellitus. Bij ondervoeding staat zowel bij matig als ernstig ondervoede patiënten dezelfde populatieomvang beschreven. Dit, aangezien beide uit hetzelfde cohort van ondervoede patiënten komen.

Tenslotte is in de laatste kolom bij de indicatoren Volume van risicovolle interventies en Cholecystectomie ook het percentage ziekenhuizen opgenomen die deze operaties niet uitvoeren.

De indicator Complicatieregistratie wordt niet vermeld in dit overzicht. De reden hiervoor is dat de data van deze indicator zich niet lenen voor weergave in de thermometer.

Thermometer									
Indicator	Beschikbaar (N zieken- huis/locaties)	Uitkomsten			Aantal	Totaal patiënten			
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum					
1 Decubitus									
Systematische decubitusregistratie	98								
Prevalentie decubitus, onderzochte patiënten	96	4,3	4,1	0	15,1	975			
Incidentie van decubitus bij totale heupvervangning	96	1,1	0,8	0	5,3	227			
2 Ondervoeding									
Percentage patiënten matig ondervoed	95	6	4,5	0	28	19.027			
Percentage patiënten ernstig ondervoed	95	18	17	2	46	55.558			
Percentage ondervoede kinderen	37	13	5	0	26	997			
3 Medicatieveiligheid									
Aantal cytostaticabereidingen	98	6.796	5.217	177	30.000	665.980			
4 Zorginformatie en communicatietechnologie (ICT)									
Aantal geaut. functies inzage in kliniek	102	7,9	8	6	8	8			
Aantal geaut. functies inzage op de polikliniek	102	7,9	8	6	8	8			
Aantal geaut. functies invoer orders in kliniek	102	4,4	4	0	13	13			
Aantal geaut. functies invoer orders op polikliniek	102	4,5	4,5	0	12,5	12,5			
Aantal geaut. functies invoer medicatiegeg. in kliniek	102	1,5	1,5	0	3	3			
Aantal geaut. functies invoer medicatiegeg. op polikliniek	102	1,4	1,5	0	3	3			
Aantal geaut. functies invoer medicatiegeg. in ziekenhuisapothek	102	1,9	2	0	3	3			

Indicator	Beschikbaar (N ziekenhuis/ locaties)	Uitkomsten			Aantal	Totaal patiënten	Ziekenhuizen met nul ingrepen
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum			
5 Ziekenhuisinfecties							
Surveillance van ziekenhuisinfecties	99						
CDC/WIP-criteria	87						
7 Pijn na operatie							
Systematische pijnmeting: verkoever	95	93,7	100	5,6	100	540.473	5.582.276
Systematische pijnmeting: verpleegafdeling	91	69,8	80	10,7	100	382.523	501.356
Percentage pijnscore >7	91	5,6	6	0	63	14.217	253.134
8 Volume van risicovolle interventies							
AAA	97	48,5	41	1	174	4.465	5
OCR	98	23,7	20	2	81	686	69
9 Cholecystectomie							
Percentage galwegletsel na cholecystectomie	96	0,7	0,7	0	2	158	23.805
10 Ongeplande heroperaties							
Percentage colorectale heroperaties	97	6,6	6,6	0	17,1	1.156	17.645
11 Afgezegde operaties							
Percentage afgezegde operatie	98	1,8	1,4	0,1	5,1	20.318	1.156.662

Indicator	Beschikbaar (N ziekenhuis/ locaties)	Uitkomsten			Totaal patiënten
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum	
12 Intensive care					
Niveau I IC	50				
Niveau II IC	22				
Niveau III IC	24				
Aantal FTE intensivist	96	4,9	4	0,5	455
13 Zwangerschap					
Aantal bevallingen onder leiding van gynaecoloog	91	1.269	1.152	318	2.755
14 Diabetes mellitus					
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling	96	7,5	7,5	6,5	8,4
Gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar	96	2,6	2,6	1	5,7
Percentage patiënten met oogheelkundige controle	95	81,5	86,7	6,2	100
15 Cardiologie					
Noemer EAC	93	2.369	2.053	60	7.699
Ziekenhuissterfte <65	94	1,5	1	0	5,9
Ziekenhuissterfte >65	94	6,3	6,1	0	19,2
Heropnames hartfalen <75	95	8,6	8,3	0	31,3
Heropnames hartfalen >75	97	7,8	7	0	25

Indicator	Beschikbaar (N ziekenhuis/ locaties)	Uitkomsten			Totaal patiënten
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum	
16 Cerebrovasculair Accident (CVA)					
Percentage patiënten met een herseninfarct dat tijdig (binnen 1 uur na binnenkomst) behandeld is met trombolysie	85	64,8	66,7	11,1	100
17 Heupfractuur					
Percentage ASA 1-2	75	89,5	89,5	67,5	100
Percentage ASA > 3-5	74	80,7	82,5	84,5	97,1
Percentage ASA onbekend	42	66,7	73,7	0	100
18 Mammacarcinoom					
Percentage chirurgen dat chirurgische behandelingen verricht bij mammacarcinoom patiënten	97	43,7	40	10	75
Percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel	97	9,6	9,4	0	41,7
Percentage patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven	93	0,4	0	0	8,8
Aantal patiënten met borstsparende operatie	96	85,7	72	14	236
Percentage patiënten met een borstsparende operatie	95	57,7	57,2	30,2	98,6
19 Cataract					
28 dagen wachttijd	96	89,9	97,5	24,3	100
20 Kinderchirurgie					
Vershil gemiddelde-mediaan	96	0,8	0,8	-1	2,5

5 Resultaten

1 Decubitus

Beschikbare indicatoren

- 1 Puntprevalentiemeting van decubitus ziekenhuisbreed.
 - a Percentage patiënten met decubitus graad 2 tot en met 4, gemeten op een vast tijdstip binnen het ziekenhuis.
- 2 Decubitusincidentiemeting bij een homogene patiëntenpopulatie.
 - a Percentage nieuwe gevallen van decubitus graad 2 tot en met 4, gemeten bij patiënten die zijn opgenomen voor een totale heupvervangingsoperatie.

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 en/of schuifkrachten tussen huid en matras/zitkussen. Vocht (zweet of incontinentie), ondervoeding en immobiliteit zijn belangrijke risicofactoren. Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), 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 prevalentie meting binnen een korte tijdperiode, meestal een dag.
Incidentie	Het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte op een bepaalde plaats binnen een bepaalde tijdseenheid.

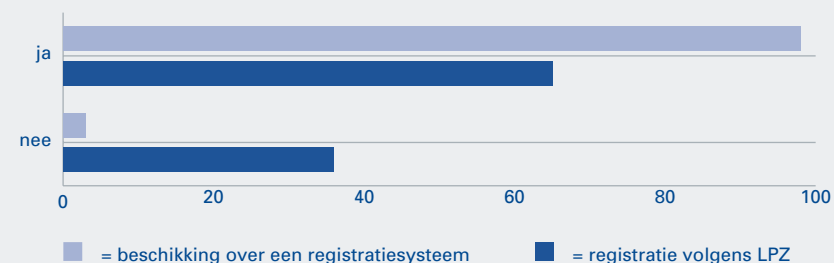
Ziekenhuisselectie

De gegevens over decubitus hebben betrekking 102 ziekenhuizen en/of locaties, waarvan 8 universitair medische centra, 91 algemene ziekenhuizen/locaties en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

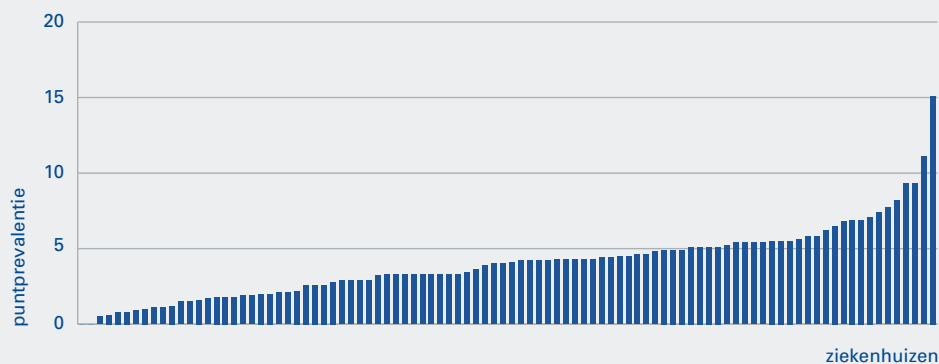
Figuur 1.1

Beschikbaarheid van een systematische decubitusregistratie en gebruik van registratiesystemen in ziekenhuizen (n=102)



Figuur 1.2

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



Figuur 1.1

In 98 ziekenhuizen (96 procent) beschikte men over een registratiesysteem. In 3 ziekenhuizen beschikte men niet over een registratiesysteem. De ziekenhuizen die beschikten over een registratiesysteem, registreerden in 62 ziekenhuizen (63 procent) volgens het LPZ-systeem. Er waren 36 ziekenhuizen die registreerden volgens een ander registratiesysteem. Eén locatie had deze vragen niet beantwoord.

Figuur 1.2

In 96 ziekenhuizen was de decubitusprevalentie bekend. Zowel de gemiddelde als mediane puntprevalentie van decubitus lag op 4 procent (spreiding 0 tot 15 procent). Dit was een stijging van 0,2 procent ten opzichte van 2007. De afgelopen 5 jaren was er steeds sprake van een dalende trend ten aanzien van de prevalentie van decubitus. Het feit dat dit jaar voor het eerst vochtletsel werd geïnccludeerd bij de registratie van de prevalentie van decubitus, zou verantwoordelijk kunnen zijn voor de lichte stijging van dit moment.

In totaal zijn er in 2008 22.761 patiënten gescreend op decubitus. Dat is 20.000 minder dan vorig jaar. Dit verschil wordt verklaard door 3 ziekenhuizen (5 locaties) die incidentiecijfers hadden aangeleverd in plaats van prevalentiecijfers. Deze cijfers zijn dit jaar gecorrigeerd en niet meegenomen in de berekeningen.

Gemiddeld zijn er in elk ziekenhuis 237 patiënten onderzocht (spreiding 20 – 800). Er waren in totaal 26.356 patiënten opgenomen op datzelfde tijdstip. Dat betekent dat 86 procent van de opgenomen populatie werd onderzocht op decubitus.

Bij 975 patiënten werd decubitus graad 2 tot 4 geconstateerd. Gemiddeld ontwikkelden in elk ziekenhuis 10 patiënten decubitus (spreiding 0 tot 40).

In 9 ziekenhuizen was de puntprevalentie hoger dan 6,8 procent (p90). Er waren 3 ziekenhuizen waarbij het aantal onderzochte patiënten op decubitus dit jaar met meer dan 50 procent was toegenomen ten opzichte van 2007.

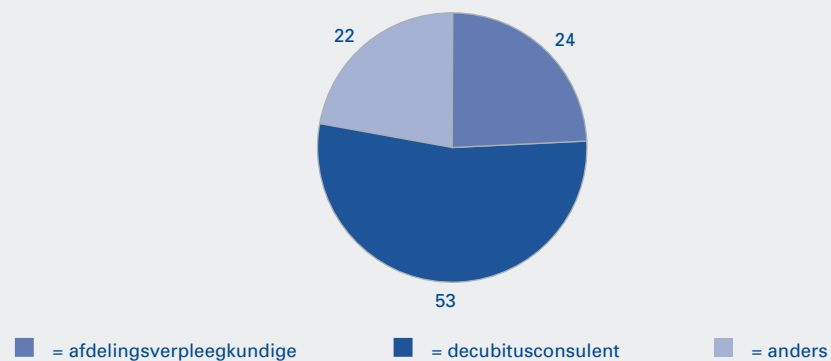
Bij stratificatie naar soort instelling (zie tabel 1.1) bleek dat de gemiddelde puntprevalentie van decubitus verschilde. De prevalentie van decubitus in kleine algemene ziekenhuizen lag ruim 50 procent lager dan in de universitair medische centra. Ook was de spreiding van decubitus in de kleine algemene ziekenhuizen het minst ten opzichte van de grote ziekenhuizen en de universitair medische centra. Deze cijfers lopen parallel met de zorgcomplexiteit; des te complexer de zorg, des te groter is het risico op decubitus.

Tabel 1.1

Puntprevalentie decubitus per soort instelling

	<i>Aantal instellingen</i>	<i>Gemiddelde</i>	<i>Mediaan</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Prevalentie totaal	98	4,0	4,0	0	15
Prevalentie UMC	8	6,5	6,3	3,5	11
Prevalentie algemeen groot	37	4,9	4,3	0,5	15
Prevalentie algemeen klein (inclusief categorale ziekenhuizen)	51	3	2,8	0,0	5

Figuur 1.3

Disciplines die de patiënt onderzoeken op decubitus (n=99)

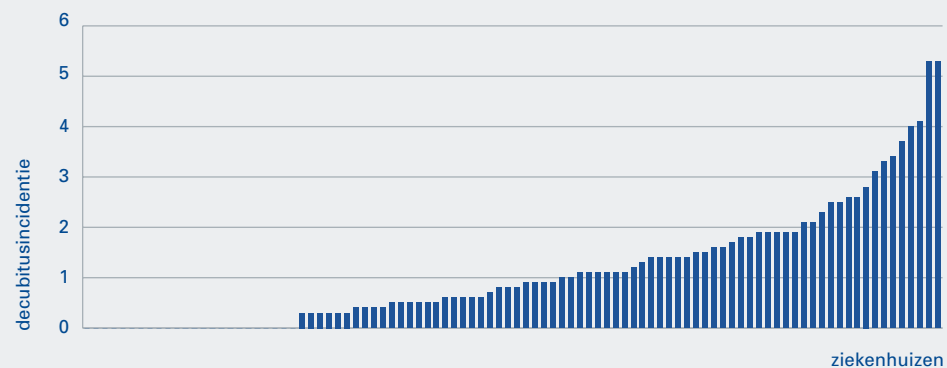
Bij het bepalen van de prevalentie van decubitus hadden 16 ziekenhuizen een steekproef genomen. Bij 7 ziekenhuizen was de steekproef als onbetrouwbaar geclassificeerd, gezien de matige omvang van de steekproef, dan wel de onduidelijke selectiecriteria die waren toegepast. De data zijn zowel met als zonder deze 7 ziekenhuizen geanalyseerd. De gemiddelde en mediane prevalentie van decubitus veranderde in beide gevallen niet.

Figuur 1.3

Ruim de helft van de ziekenhuizen (n=53) liet decubitusprevalentie onderzoeken door een decubitusconsulent (54 procent). In een kwart van de ziekenhuizen speelde de afdelingsverpleegkundige hierin een grote rol. Er waren 3 ziekenhuizen die deze indicator niet hadden beantwoord.

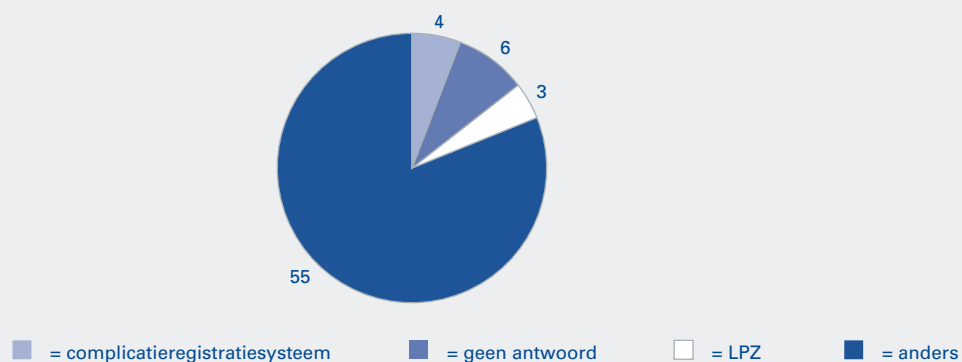
Figuur 1.4

Incidentie van decubitus bij een totale heupvervangning (n=96)



Figuur 1.5

Gebruikte databronnen bij de registratie van incidentie van decubitus bij een totale heupvervangning (n=102)



Figuur 1.4

In 96 ziekenhuizen (94 procent) waren gegevens bekend over decubitusincidentie bij patiënten met een totale heupvervangning. In 13 ziekenhuizen (13 procent) waren de incidentiegegevens gebaseerd op een steekproef. De steekproef werd bij 11 ziekenhuizen afgekeurd wegens onduidelijke selectiecriteria (9 ziekenhuizen) of wegens onvoldoende betrouwbaarheid (2 ziekenhuis). De cijfers van deze ziekenhuizen beïnvloedden de incidentiecijfers niet noemenswaardig. Er waren 2 ziekenhuizen waarbij de steekproef voor zowel de prevalentie als de incidentie werd afgekeurd.

Er waren 23.085 patiënten opgenomen voor een totale heupvervangning en gescreend op decubitus. Van deze patiënten ontwikkelden 227 patiënten decubitus van graad 2-4. De gemiddelde decubitusincidentie was 1,1 procent, de mediaan was 0,8 (spreiding was 0 tot 5,3 procent). De incidentie is licht gedaald ten opzichte van 2007 (0,3 procent). Gemiddeld werden per ziekenhuis 240 patiënten met een totale heupvervangning onderzocht op de aanwezigheid van decubitus. Gemiddeld 2 patiënten bleken daadwerkelijk decubitus te hebben ontwikkeld.

In 24 ziekenhuizen (25 procent) was geen decubitus ontstaan. In 2007 waren dit 27 ziekenhuizen (30 procent).

Negen ziekenhuizen ontwikkelden een hoge incidentie van meer dan 2,6 procent (p90) en 24 ziekenhuizen meldden een incidentie van 0 procent (p10). Twee ziekenhuizen noteerden een incidentie hoger dan 2,6 procent én een puntprevalentie hoger dan 6,8 procent.

De incidentiecijfers gestratificeerd naar soort instelling verschilden weinig. De gemiddelde incidentie van de universitair medische centra was 1,7 procent (spreiding 0-5); van de grote algemene ziekenhuizen 0,9 procent (spreiding 0-3) en van de kleine algemene ziekenhuizen 1,1 procent (0-5).

Figuur 1.5

In 34 ziekenhuizen werd gebruikgemaakt van het ZIS-systeem om incidentie van decubitus te kunnen registreren. Slechts een klein deel van de ziekenhuizen maakte gebruik van de LPZ-registratie of van een complicatieregistratie. Het merendeel van de ziekenhuizen registreerde op andere wijze. Met deze figuur wordt duidelijk dat de registratiemethoden fors verschillen.

Conclusies

- 1 Bijna alle ziekenhuizen registreren de prevalentie van decubitus (96 procent). Er zijn in 2008 22.761 patiënten gescreend op decubitus waarvan 975 patiënten decubitus hadden (4 procent).
- 2 De inclusie van vochtletsel bij decubitus heeft de prevalentie niet veranderd.
- 3 Registratie volgens de LPZ-methodiek is de meest voorkomende vorm van registratie. Veel ziekenhuizen voeren naast de LPZ-registratie ook een andere registratiemethode.
- 4 De prevalentie van decubitus in kleine algemene ziekenhuizen ligt ruim 50 procent lager dan in de universitair medische centra.
- 5 De gemiddelde en mediane puntprevalentie van decubitus is 4,0. Er zijn 9 ziekenhuizen met een prevalentie hoger dan 6,8 (p90).
- 6 In 96 ziekenhuizen wordt de incidentie van decubitus geregistreerd. Er zijn in 2008 23.085 patiënten met een totale heupvervangingsoperatie gescreend op decubitus waarvan 227 patiënten decubitus hadden. De gemiddelde incidentie van decubitus bij patiënten opgenomen voor een totale heupvervangingsoperatie is 1,1 (mediaan 0,8). Er zijn 9 ziekenhuizen met een incidentie hoger dan 2,6 procent (p90).
- 7 De registratiemethode voor de bepaling van incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangingsoperatie is zeer divers.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis kon geen prevalentie- of incidentiecijfers aanleveren.
- 2 Het opgegeven prevalentiecijfer is lager dan 1,1 procent in de onderzochte populatie (p10).
- 3 Het opgegeven prevalentiecijfer is hoger dan 6,8 procent in de onderzochte populatie (p90).
- 4 Het opgegeven prevalentiecijfer is gestegen met meer dan 4 procent ten opzichte van het vorige jaar zonder daar een afdoende verklaring voor te geven.
- 5 Het opgegeven prevalentiecijfer is gedaald met meer dan 5 procent ten opzichte van het vorige jaar zonder daar een afdoende verklaring voor te geven.
- 6 De incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangingsoperatie is 0 (p10) of is hoger dan 2,6 procent (p90).
- 7 Het ziekenhuis beschikt niet over een registratiesysteem.

2 Ondervoeding

Beschikbare indicatoren

- 1 Screenen op ondervoeding bij opname in de kliniek bij volwassenen en kinderen (continue meting).
 - a Percentage volwassen patiënten dat bij opname gescreend is op ondervoeding.
 - b Percentage volwassen patiënten dat bij opname geassocieerd is als matig ondervoed.
 - c Percentage volwassen patiënten dat bij opname geassocieerd is als ernstig ondervoed.
 - d Percentage kinderen dat bij opname gescreend is op ondervoeding.
 - e Percentage kinderen dat bij opname geassocieerd is als ondervoed.
- 2 Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie (continue meting).
 - a Percentage op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie.
 - b Percentage ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie die een adequate eiwitname heeft op de 4e opnamedag.
- 3 Behandeling van ondervoeding bij volwassenen en kinderen (puntmeting).
 - a Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname op de 4e opnamedag.
 - b Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitname op de 4e opnamedag.
 - c Percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de 4e opnamedag.

Relevante begrippen

Ondervoeding	Ondervoeding is de toestand van het lichaam wanneer sprake is van een tekort aan essentiële voedingsstoffen en/of een tekort aan joules en voedingsstoffen. Ziektegerelateerde ondervoeding is onder andere te herkennen aan onbedoeld gewichtsverlies en/of een te laag gewicht bij ziekte. De gevolgen van ziektegerelateerde ondervoeding zijn ondermeer: een vertraagde wondgenezing, apathie, depressie, verlengde ligduur, verhoogde postoperatieve morbiditeit en zelfs vroegtijdig overlijden.
Systematische screening	Bij opname screenen van <i>alle</i> klinische patiënten op ondervoeding middels een gevalideerd screeningsinstrument en het vastleggen van de resultaten hiervan.
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire: vragenlijst om te bepalen of een volwassen patiënt ondervoed is.

MUST	Malnutrition Universal Screening Tool: vragenlijst om te bepalen of een volwassen patiënt ondervoed is.
Screening van kinderen	Ondervoeding bij kinderen wordt bepaald door middel van het meten van gewicht en lengte of, bij baby's tot 1 jaar, van het gewicht naar leeftijd.
Puntmeting	Bij alle ernstig ondervoede volwassenen en ondervoede kinderen wordt ieder kwartaal 1 meting uitgevoerd. Op de 5e opnamedag wordt de eiwitname van de 4e opnamedag bepaald en bij kinderen ook de energie-inname.

Ziekenhuisselectie

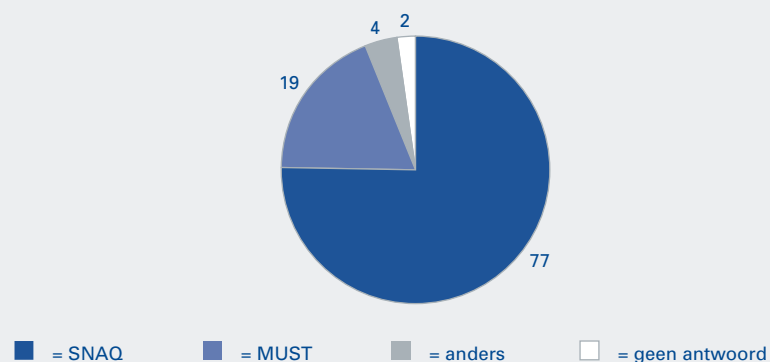
De gegevens over ondervoeding hebben betrekking op 102 ziekenhuizen en/of locaties, waarvan 8 universitair medische centra, 91 algemene ziekenhuizen/locaties en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Screening op ondervoeding bij opname in de kliniek bij volwassenen

Figuur 2.1

Screeningsinstrument voor ondervoeding bij volwassenen (n=102)



Figuur 2.1

Bijna alle ziekenhuizen hebben gebruikgemaakt van een screeningsinstrument. In 96 procent werd hierbij gebruikgemaakt van de screeningsinstrumenten SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) of MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), waarbij het SNAQ-instrument het meest werd toegepast (in 77 ziekenhuizen). In 2008 was een toename van het gebruik van deze instrumenten waarneembaar ten opzichte van 2007. In 2007 werd SNAQ en of MUST, al dan niet naast andere instrumenten, in 83 ziekenhuizen gebruikt. Bijna alle ziekenhuizen screenen in 2008 de volwassen patiënten op ondervoeding. Daarmee is er een toename in gebruik van de instrumenten geconstateerd van 16 procent. In 69 ziekenhuizen (68 procent) werd bij de rapportage van de screening gebruikgemaakt van een steekproef. De steekproef werd bij 38 ziekenhuizen afgekeurd (55 procent van de steekproeven) wegens onduidelijke selectiecriteria (9 ziekenhuizen) of wegens onvoldoende betrouwbaarheid (29 ziekenhuizen). De analyses zijn met en zonder de afgekeurde steekproeven berekend.

Tabel 2.1

Aantal gescreende, matige en ernstig ondervoede volwassenen

	<i>n</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>mediaan</i> <i>(spreiding)</i>	<i>totaal</i>
Aantal klinisch opgenomen volwassen patiënten in 2008	98	7.698	6.535 (43 – 37.914)	754.419
Aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding	98	3.915	2.073 (22 – 20.787)	383.751
Aantal matig ondervoede patiënten	95	200	101 (0 – 1.789)	19.027
Aantal ernstig ondervoede patiënten	95	584	278 (2 – 3.094)	55.558

Tabel 2.1

In totaal waren er ruim 750.000 opgenomen patiënten. Hiervan zijn bijna 400.000 patiënten gescreend op ondervoeding (57 procent). Gemiddeld trof elk ziekenhuis 200 (6 procent) matig ondervoede en 584 (18 procent) ernstig ondervoede patiënten aan. De mediaan voor matig ondervoede patiënten was 4,5 procent (spreiding 0 – 28) en voor ernstig ondervoede patiënten 17 procent (spreiding 2 – 46 procent). Bij exclusie van het cohort met onbetrouwbare steekproeven, gold dat het percentage volwassen patiënten wat was gescreend op ondervoeding daalde van 57 naar 52 procent (spreiding 3 – 100). Het percentage matig ondervoede patiënten was gelijk gebleven en het percentage ernstig ondervoede patiënten was gedaald van 18 naar 16 procent (spreiding 2- 46). Van alle bij opname gescreende volwassen patiënten was 24 procent ondervoed, waarvan 18 procent ernstig. De verhouding tussen matig en ernstig ondervoede patiënten is 1:3. Het aantal ernstig ondervoede patiënten is gemiddeld met 1 procent toegenomen ten opzichte van 2007. Het aantal matig ondervoede patiënten is gelijk gebleven. Er waren 7 ziekenhuizen die niet hebben gerepsondeerd op deze indicator.

Dit is het 2e jaar dat deze indicator in de basisset is opgenomen. De screeningsactiviteiten zijn het 2e jaar behoorlijk toegenomen ten opzichte van 2007. Dit jaar zijn bijna 400.000 patiënten gescreend op ondervoeding tegenover ruim 100.000 patiënten in 2007. Er werden in 2008 ruim 19.000 patiënten gescreend als matig ondervoed; in 2007 waren dat er ruim 7.000. Het aantal ernstig ondervoede patiënten was dit jaar ruim 55.000 terwijl dit vorig jaar ruim 17.000 betrof.

Screening op ondervoeding bij opname in de kliniek bij kinderen

Tabel 2.2

Aantal gescreende en ondervoede kinderen

	<i>n</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>mediaan</i> (<i>spreiding</i>)	<i>totaal</i>
Aantal klinisch opgenomen kinderen in 2008	45	954	679 (5 – 4.812)	42.965
Aantal kinderen, bij opname gescreend op ondervoeding	37	285	117 (0 – 1.544)	11.122
Aantal ondervoede kinderen	37	26	5 (0 – 275)	997

Tabel 2.2

In 37 ziekenhuizen was het percentage kinderen dat bij opname werd gescreend op ondervoeding bekend; 5 ziekenhuizen gaven aan dat dit niet van toepassing is en in 60 ziekenhuizen was het percentage kinderen niet bekend. Er waren 35 ziekenhuizen die de beschikking hadden over een registratiesysteem.

27 ziekenhuizen (73 procent) hadden een steekproef genomen. De steekproef werd bij 15 ziekenhuizen afgekeurd (54 procent) wegens onvoldoende betrouwbaarheid. De analyse is zowel met als zonder de onbetrouwbare steekproeven verricht.

In totaal waren er bijna 43.000 kinderen klinisch opgenomen; 11.000 van deze kinderen werden bij opname gescreend op ondervoeding (gemiddeld 43 procent).

In totaal bleken bijna 1.000 kinderen ondervoed te zijn (13 procent). Gemiddeld hadden de betreffende ziekenhuizen 26 ondervoede kinderen behandeld.

Voor het cohort waarbij de onbetrouwbare steekproeven werden geëxcludeerd, gold dat het percentage kinderen wat was gescreend op ondervoeding 37 procent bedroeg (spreiding 0 – 100). Het gemiddelde percentage ondervoede kinderen was 12 procent (spreiding 0- 26).

Behandeling van ondervoeding

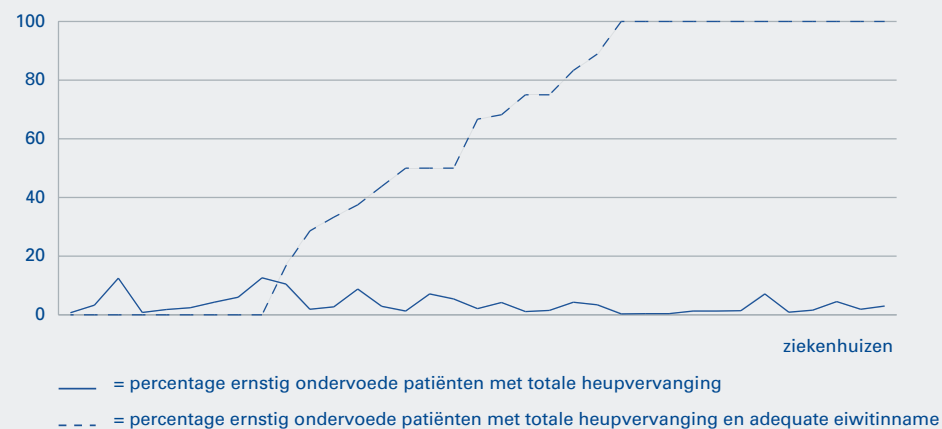
Tabel 2.3

Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangning

	n gemiddeld		mediaan (spreiding)	totaal
Aantal opgenomen patiënten voor THV	55	209	156 (2 – 665)	11.508
Aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten met een THV	35	8	4 (1 – 84)	287
Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een THV met een adequate eiwitname op de 4e dag	35	3	1 (0 – 15)	116

Figuur 2.2

Percentage ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangning samen met het percentage patiënten met een adequate eiwitname op de 4e opnamedag (n=35)

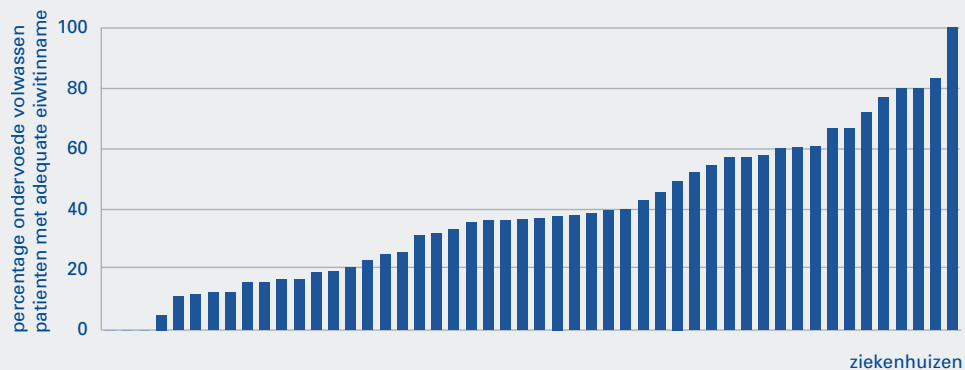


Tabel 2.3

In totaal werden ruim 11.000 patiënten opgenomen voor een totale heupvervangning. Het totaal aantal ernstig ondervoede patiënten bedroeg 287, variërend van 1 tot 84 patiënten (gemiddeld 2,5 procent; spreiding 0-13 procent). Van deze 287 patiënten hadden 116 ernstig ondervoede patiënten (variërend van 0 tot 15 patiënten per ziekenhuis) een adequate eiwitname op de 4e opnamedag (gemiddeld 65,6 procent; spreiding 0-100 procent). De spreiding van een adequate eiwitname was enorm; p10 is 0 procent en p90 is 100 procent (zie figuur 2.2). Dit kan worden verklaard door de lage patiëntenaantallen.

23 ziekenhuizen hadden een steekproef genomen bij het bepalen van de behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met een heupvervangning. Bij 11 ziekenhuizen werd de steekproef afgekeurd gezien een onbetrouwbare steekproefomvang (n=6), dan wel onduidelijke selectiecriteria (n=5). Het excluseren van deze ziekenhuizen voor analyse beïnvloedde de uitkomst nauwelijks; het gemiddeld aantal ernstig ondervoede patiënten bedroeg na exclusie 2,3 procent en het gemiddeld aantal ernstig ondervoede patiënten met een adequate eiwitname bedroeg 68,9 procent.

Figuur 2.3

Behandeling van ernstig ondervoede volwassenen**Figuur 2.3**

In 50 ziekenhuizen was het percentage ernstige ondervoede patiënten met een adequate eiwitopname op de 4e opnamedag bekend. Gemiddeld hadden deze ziekenhuizen 22 ernstig ondervoede patiënten behandeld (mediaan 12, spreiding 0 – 242). In totaal waren er 1.026 ernstig ondervoede patiënten met een adequate eiwitopname op de 4e opnamedag.

In totaal waren 2.616 patiënten op dag 5 opgenomen die ernstig ondervoed waren. Dat waren gemiddeld 52 patiënten per ziekenhuis per jaar (mediaan 33, spreiding 1 – 303).

Het gemiddelde percentage wat hiervan een adequate eiwitname had op de 4e opnamedag was 39 procent en had een spreiding van 0 – 100 procent. De 100 procent score was een enigszins vertekende score aangezien het hier een ziekenhuis betrof met 1 ernstig ondervoede patiënt met op de 4e dag een adequate eiwitname. Er waren 6 ziekenhuizen met een relatief laag percentage ondervoede patiënten met een adequate eiwitname op de 4e opnamedag (11 procent of lager; p10) en 5 ziekenhuizen met een relatief hoog percentage patiënten (76 procent of hoger; p90).

Behandeling van ernstig ondervoede kinderen.

In 10 ziekenhuizen was het aantal kinderen met ondervoeding op dag 5 bekend samen met het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitname en een adequate energie-inname. In totaal waren er 62 ondervoede kinderen op dag 5 opgenomen (gemiddeld 6 kinderen per ziekenhuis). In totaal hadden 57 van deze kinderen (85 procent) een adequate eiwitname en 55 kinderen (84 procent) een adequate energie-inname op de 4e opnamedag (gemiddeld 6 kinderen per ziekenhuis). Het percentage ondervoede kinderen met zowel een adequate eiwitname als adequate energie-inname was in 6 ziekenhuizen 100 procent.

Conclusies

- 1 De screeningactiviteiten bij volwassen patiënten zijn enorm toegenomen; daardoor worden ondervoede patiënten veel sneller gedetecteerd. Gegevens over de behandeling van volwassen ondervoede patiënten echter, zijn in minder dan de helft van de ziekenhuizen bekend. Gegevens over zowel de screening als de behandeling van ondervoede kinderen zijn in ongeveer één derde van de ziekenhuizen bekend.
- 2 In 96 procent wordt voor het meten van ondervoeding gebruikgemaakt van de screeningsinstrumenten SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) of MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Ten opzichte van 2007 is een toename in gebruik van deze instrumenten van 16 procent geconstateerd.
- 3 Van alle bij opname gescreende volwassen patiënten is 24 procent ondervoed (74.585 patiënten), waarvan 18 procent ernstig ondervoed (55.558 patiënten).
- 4 Dit is het 2e jaar dat deze indicator in de basisset is opgenomen. Dit jaar zijn ruim 19.000 patiënten tijdig ontdekt middels screening als matig ondervoed; in 2007 waren dat er ruim 7.000. Het aantal ernstig ondervoede patiënten is dit jaar ruim 55.000 terwijl dit vorig jaar ruim 17.000 betrof.
- 5 In totaal zijn bijna 1.000 kinderen ondervoed (13 procent). Gemiddeld hebben de ziekenhuizen 26 ondervoede kinderen behandeld.
- 6 Het totaal aantal ernstig ondervoede patiënten bij een totale heupvervangingsbedraagt 287. Van deze 287 patiënten hadden 116 ernstig ondervoede patiënten een adequate eiwitname op de 4e dag.
- 7 Het gemiddeld aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten bedraagt 52 patiënten per ziekenhuis.
- 8 Het gemiddelde percentage ondervoede patiënten dat op de 4e opnamedag een adequate eiwitname had, was 39 procent.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft aan dat het aantal bij opname gescreende patiënten op ondervoeding onbekend is.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan een systematische screening op ondervoeding van volwassenen bij opname uit te voeren, maar geeft geen antwoord op de vraag naar het gebruikte screeningsinstrument.
- 3 Het ziekenhuis levert geen gegevens over de screening van ondervoeding bij kinderen.
- 4 Het percentage volwassen gescreende patiënten is minder dan 19 procent (p10) of meer dan 87 procent (p90).
- 5 Het percentage ernstig ondervoede patiënten is minder dan 9 procent (p10) of meer dan 27 procent (p90).
- 6 Het percentage gescreende kinderen is 0 procent (p10) of meer dan 93 procent (p90).

- 7 Het percentage ondervoede kinderen is 0 procent (p10) of meer dan 20 procent (p90).
- 8 Het percentage ernstig ondervoede patiënten met een heupvervangingsbedraagt dat een adequate eiwitname heeft op de 4e opnamedag is 0 procent (p10) of is 100 procent (p90).

3 Medicatieveiligheid

Beschikbare indicatoren

- 1 Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag.
 - a Registratie van respectievelijk het aantal cytostaticabereidingen, het aantal volledig ingevulde cytostaticumaanvraagformulieren en het aantal onderzochte cytostaticumaanvraagformulieren.
- 2 Vrijgifte van cytostatica door een apotheker vóórdat de cytostatica de apotheek verlaten.

Relevante begrippen	
VTGM	Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) van een geneesmiddel.
Cytostaticum	Medicijn dat de deling van cellen stopt en gebruikt wordt bij de behandeling van kanker.
Eerste kuur	De eerste keer dat een patiënt een cytostaticum of een combinatie van cytostatica toegediend krijgt.
Vrijgifte van cytostatica	Het formeel verklaren dat de gehele geproduceerde charge geschikt is voor gebruik.

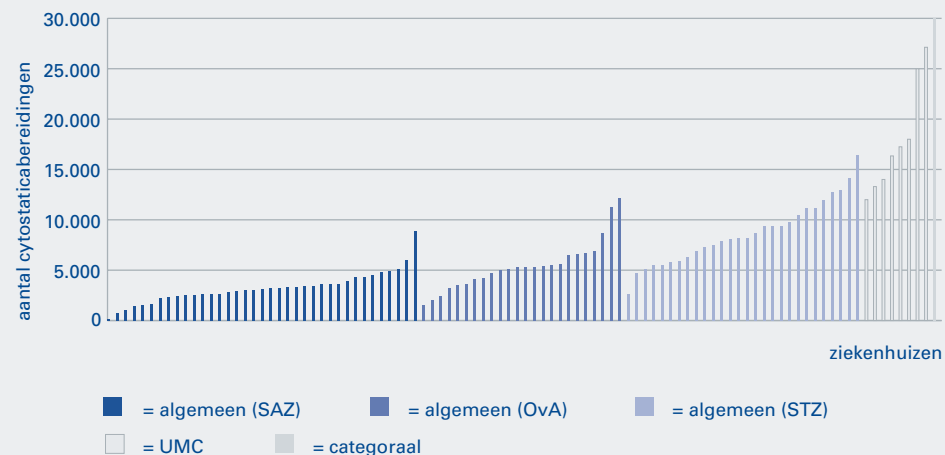
Ziekenhuisselectie

De gegevens over medicatieveiligheid hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 89 algemene ziekenhuizen/locaties en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Figuur 3.1

Aantal cytostaticabereidingen in het verslagjaar (n=98)



Figuur 3.1

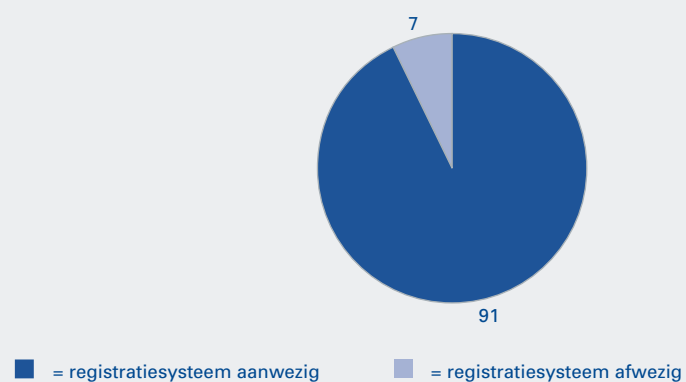
In alle 98 ziekenhuizen vonden 665.980 cytostaticabereidingen plaats in het verslagjaar 2008. Het aantal cytostaticabereidingen liep uiteen van 177 tot 30.000 (gemiddeld 6.796). De universitair medische centra en een categoriaal ziekenhuis (Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis) hadden een hoog aantal cytostaticabereidingen in vergelijking met algemene ziekenhuizen.

Figuur 3.2

7 (7 procent) van de 98 ziekenhuizen hadden geen registratiesysteem voor cytostatica. 3 van deze ziekenhuizen leverden dan ook geen gegevens aan met betrekking tot de volledigheid van aanvraagformulieren. 4 van deze ziekenhuizen vulden ondanks de afwezigheid van een registratiesysteem de aanvraagformulieren voor cytostatica altijd volledig in.

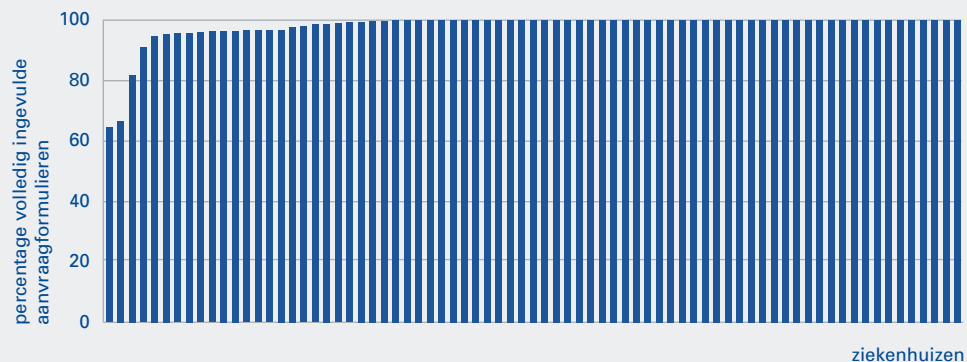
Figuur 3.2

Aanwezigheid van een registratiesysteem (n=98)



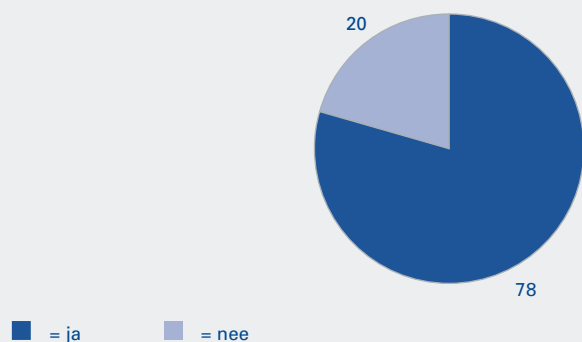
Figuur 3.3

Percentage elektronische beschikbaarheid op de poliklinieken



Figuur 3.4

Vrijgifte van cytostatica (n=98)



Figuur 3.3

75 van de 98 ziekenhuizen leverden gegevens aan over de mate waarin de aanvraagformulieren voor cytostatica volledig zijn ingevuld. 64 ziekenhuizen gebruikten voor de controle op de volledigheid een steekproef (één ziekenhuis gaf geen cijfers). De steekproefgrootte varieerde van 10 tot 5.686 formulieren (gemiddeld 275). De omschrijving van de steekproef was in de meeste ziekenhuizen summier en niet goed te beoordelen.

13 ziekenhuizen gebruikten geen steekproef voor het beantwoorden van de vraag (één ziekenhuis vulde niet alles in waardoor de percentages niet berekend konden worden). Het gemiddelde aantal onderzochte formulieren van de groep zonder steekproef lag op 571 en daarmee hoger dan in de groep met een steekproef.

De figuur laat zien welk percentage van de aanvraagformulieren volledig is ingevuld wat betreft drie patiëntkenmerken (lichaamsgewicht en lengte of lichaamsoppervlak, dosering en datum van toediening).

Niet alle kenmerken ontbraken even vaak; lichaamsgewicht en lengte of lichaamsoppervlak ontbrak in 21 ziekenhuizen op één of meer onderzochte formulieren. Bij het kenmerk dosering was dit in 5 ziekenhuizen en bij het kenmerk datum van toediening was dit in 10. In ziekenhuizen met een kleine steekproef, was de kans op het ontbreken van een kenmerk op een aanvraagformulier groter. Mogelijk is in deze ziekenhuizen serieuzer onderzocht in hoeverre de noodzakelijke informatie op een aanvraagformulier inderdaad aanwezig was vóór tot vrijgifte werd overgegaan.

Sommige ziekenhuizen hanteerden het beleid dat altijd alle onderdelen in moeten worden gevuld, omdat anders het formulier niet in behandeling werd genomen. Bij andere ziekenhuizen deed de apotheker direct na ontvangst navraag als er iets ontbrak op de aanvraag.

Figuur 3.4

De inspectie hanteert als definitie voor vrijgifte van cytostatica de definitie volgens GMP-Z (Good Manufacturing Practice in Ziekenhuisapotheken). Vrijgifte moet plaatsvinden door de ziekenhuisapotheker die verantwoordelijk is voor kwaliteitsbewaking en niet door degene die belast is met de bereiding. In 78 instellingen (80 procent) gaf een apotheker cytostaticabereidingen vrij vóórdat de cytostatica de apotheek verlieten. Bij 20 instellingen (20 procent) was dit niet het geval. Opvallend is dat van die 20 ziekenhuizen, 8 ziekenhuizen een percentage onder de 100 procent behaalden voor het volledig invullen van aanvraagformulieren met betrekking tot cytostatica.

Conclusies

- 1 Het aantal cytostaticabereidingen over het verslagjaar varieert van 177 tot 30.000 met een gemiddelde van 6.796.
- 2 Van de 98 ziekenhuizen beschikken 91 ziekenhuizen (93 procent) over een registratiesysteem voor cytostatica.
- 3 De aanvraagformulieren zijn door het ziekenhuis gecontroleerd op het volledig ingevuld zijn ten aanzien van de volgende kenmerken: lichaamsgewicht en lengte (of lichaamsoppervlak), dosering en datum van toediening. 64 ziekenhuizen (65 procent) nemen hiervoor een steekproef. 13 ziekenhuizen nemen geen steekproef. Het percentage volledig ingevulde formulieren varieert van 64,5 procent tot 100 procent met een gemiddelde van 97,9 procent.
- 4 In 20 ziekenhuizen (20 procent) is het niet de apotheker die cytostaticabereidingen vrijgeeft vóórdat de cytostatica de apotheek verlaten.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis heeft geen registratiesysteem.
- 2 Het ziekenhuis geeft gelijke aantallen op voor het aantal cytostaticabereidingen en het aantal onderzochte formulieren, terwijl alleen eerste kuren geïncludeerd moeten worden.
- 3 Het ziekenhuis geeft aan een steekproef te hebben genomen, maar geeft vervolgens geen cijfers voor de vragen met betrekking tot de aanvraagformulieren voor cytostatica.
- 4 Het percentage volledig ingevulde formulieren is kleiner dan 95,7 (p10).
- 5 De apotheker geeft de cytostaticabereidingen niet vrij vóórdat de cytostatica de apotheek verlaten.

4 Zorginformatie- en communicatietechnologie (Zorg-ICT)

Beschikbare indicatoren

- 1 Beschikbaarheid van elektronische gegevens en procesondersteunende ICT.
 - a Beschikbaarheid van elektronische gegevens op de polikliniek en op de afdeling (voor medicatiegegevens ook in de ziekenhuisapotheek). Het betreft hier het kunnen inzien van gegevens.
 - b Beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de polikliniek en op de afdeling (voor medicatiegegevens ook in de ziekenhuisapotheek). Het betreft hier het actief elektronisch registreren van informatie of orders, ondersteuning bij het berekenen van medicatie- en voedingsschema's en het elektronisch plannen van afspraken.

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, operatieverslagen, beelden en medicatiegegevens (van klinisch, poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie).
Proces-ondersteunende 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 patiënttraject planningsysteem, ordercommunicatie voor het laboratorium, ondersteuning bij voorschrijven, ordercommunicatie voor (klinische/poliklinische) medicatie, ordercommunicatie voor radiologie, ordercommunicatie met behulp van geprotocolleerde ordersets, ordercommunicatie voor overige zorgdiensten en elektronische bewaking van het behandeltraject.

Ziekenhuisselectie

De gegevens over Zorg-ICT hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 91 algemene ziekenhuizen/locaties en 3 categorale ziekenhuizen.

Opmerking

Per functie, zoals inzage radiologiegegevens of ordercommunicatie, 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 dit ziekenhuis als 'niet beschikbaar' gecodeerd. Pilots of de aanwezigheid van een bepaalde functie op één afdeling zijn als 'gedeeltelijk beschikbaar' gecodeerd. Het resultaat is een optelsom van de coderingen. Deze score is per definitie gelijk aan of kleiner dan het aantal functies dat een instelling heeft geautomatiseerd.

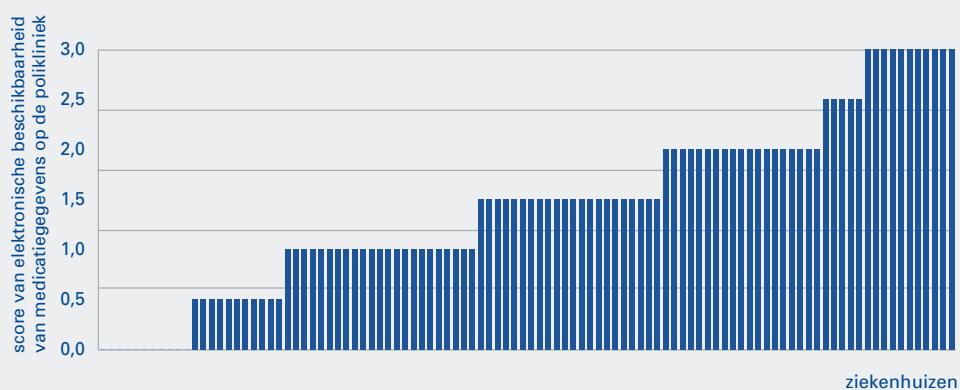
Resultaten

Alle ziekenhuizen (102) hadden meerdere inzagefuncties op de polikliniek. Op een totaal van 8 mogelijke functies (administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden) varieerde de score voor inzage in geautomatiseerde gegevens van 6 tot 8 met een gemiddelde score van 7,9 (mediaan=8). De score van 8 werd behaald door 92 ziekenhuizen wat een volledige elektronische inzage betekent van alle gegevens.

Naast de polikliniek hadden ook alle ziekenhuizen meerdere inzagefuncties op de verpleegafdeling. Op een totaal van 8 mogelijke functies varieerde de score voor inzage in geautomatiseerde gegevens van 6 tot 8 met een gemiddelde score van 7,9 (mediaan=8). 94 ziekenhuizen hadden een volledige elektronische inzage van gegevens.

Figuur 4.1

Totaal score van de inzage in geautomatiseerde medicatiegegevens op de polikliniek (n=102)



De indicator Zorg-ICT is ten opzichte van 2007 gewijzigd. Hierdoor is het niet mogelijk om een vergelijking met verslagjaar 2007 te maken. Dit geldt voor zowel de beschikbaarheid van elektronische gegevens als voor procesondersteunende ICT.

Met betrekking tot de beschikbaarheid van elektronische gegevens werd vorig jaar medicatiegegevens en overige gegevens uitgevraagd. Dit jaar wordt de functie medicatiegegevens opgesplitst naar medicatiegegevens van klinisch, poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie op de polikliniek, in de ziekenhuisapotheek en op de verpleegafdeling.

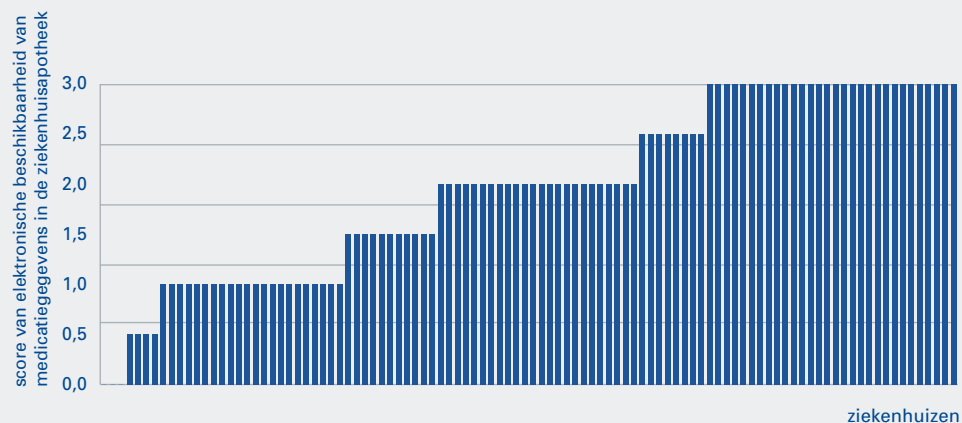
Voor de beschikbaarheid van procesondersteunende ICT is het totale aantal functies verminderd van 14 tot 13. De functie ordercommunicatie voor medicatie is uit de basisset gehaald.

Figuur 4.1

Van de 102 ziekenhuizen varieerde de inzage in geautomatiseerde medicatiegegevens op de polikliniek van 0 tot 3 met een gemiddelde van 1,4 (mediaan 1,5). 11 ziekenhuizen hadden geen inzage in de medicatiegegevens op de polikliniek tegenover 11 ziekenhuizen met een volledige inzage in klinisch, poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie.

Figuur 4.2

Totaal score van inzage in geautomatiseerde medicatiegegevens in de ziekenhuisapotheek (n=102)



Figuur 4.2

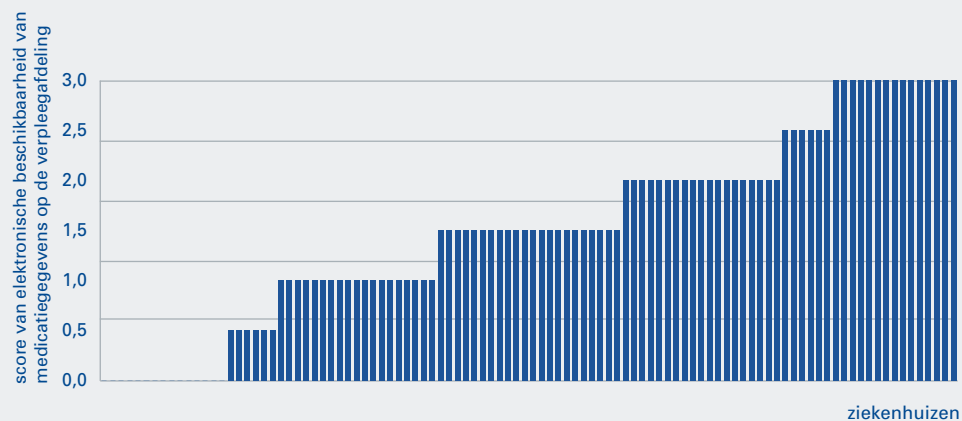
Voor de ziekenhuisapotheek varieerde de inzage in medicatiegegevens wederom van 0 tot 3 met een gemiddelde van 1,9 (mediaan 2). 3 ziekenhuizen hadden geen inzage en 30 ziekenhuizen hadden een volledige inzage in klinisch, poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie.

Figuur 4.3

De score voor inzage van medicatiegegevens op de verpleegafdeling was gemiddeld 1,5 (mediaan 1,5). De scores varieerden van 0 tot 3. 15 ziekenhuizen hadden geen inzage in deze gegevens en 15 ziekenhuizen hadden volledige inzage in medicatiegegevens van klinisch, poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie.

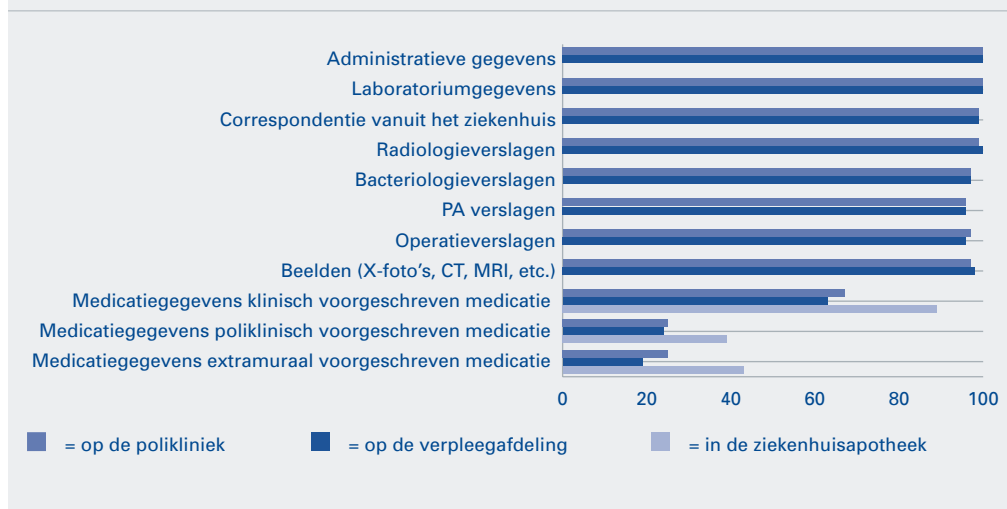
Figuur 4.3

Totaal score van inzage in geautomatiseerde medicatiegegevens op de verpleegafdeling (n=102)



Figuur 4.4

Percentage inzage in geautomatiseerde gegevens op de polikliniek en verpleegafdeling per functie (n=102)

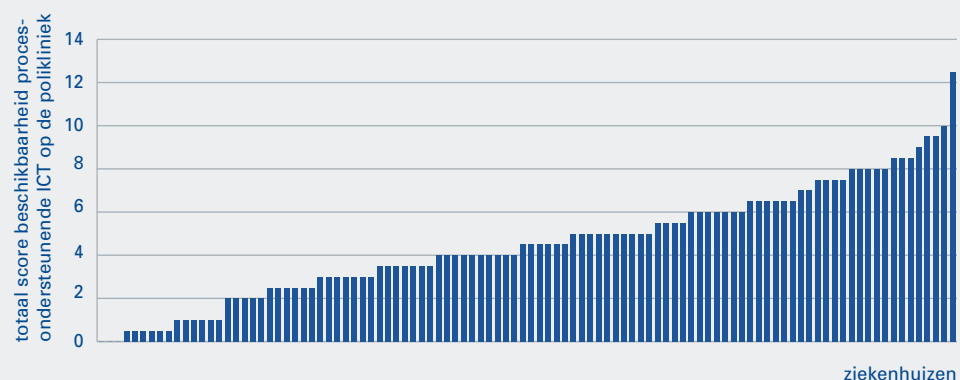


Figuur 4.4

Alle ziekenhuizen hadden de elektronische inzage van administratieve basisgegevens volledig ingevoerd. Ook gegevens over correspondentie van het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden (röntgenfoto's, CT-scan, MRI) waren in de meeste ziekenhuizen elektronisch beschikbaar. Inzage van medicatiegegevens van klinisch voorgeschreven medicatie was in 63 procent van de ziekenhuizen aanwezig op de polikliniek, in 67 procent op de verpleegafdeling en in 89 procent in de ziekenhuisapotheek. De medicatiegegevens van poliklinisch voorgeschreven medicatie was in 24 procent van de ziekenhuizen aanwezig op de polikliniek, in 25 procent op de verpleegafdeling en in 39 procent in de ziekenhuisapotheek. Tenslotte waren de medicatiegegevens van extramuraal voorgeschreven medicatie aanwezig in 19 procent van de ziekenhuizen op de polikliniek, in 25 procent op de verpleegafdeling en in 43 procent in de ziekenhuisapotheek.

Figuur 4.5

Score van de invoer van geautomatiseerde procesondersteunende ICT-gegevens op de polikliniek (n=102)



Figuur 4.5

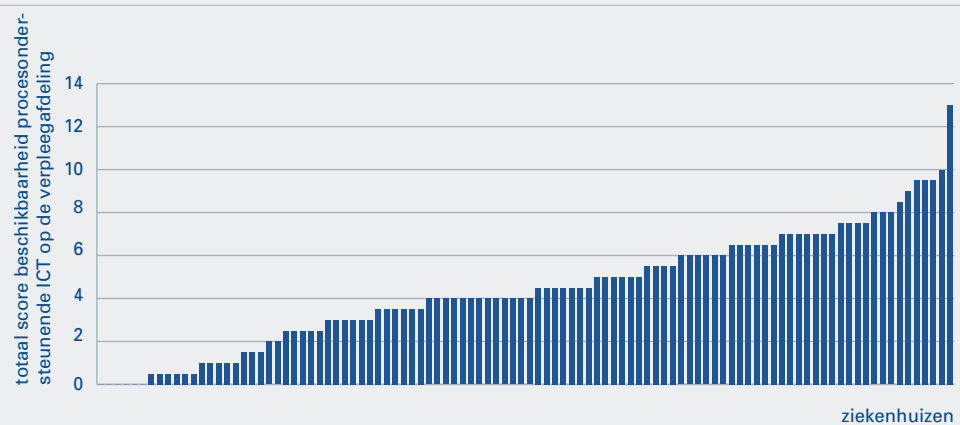
Voor de invoerfuncties van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens in de polikliniek werd door 1 ziekenhuis een score van 10 en door 1 ziekenhuis een score van 12,5 gehaald op een totaal van 13 functies. 3 ziekenhuizen scoorden 0 punten en hadden dus geen invoerfuncties. Gemiddeld scoorden ziekenhuizen 4,5 punten voor de beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de polikliniek (mediaan= 4,5).

Figuur 4.6

Voor de invoerfuncties van geautomatiseerde procesondersteunende ICT gegevens op de verpleegafdeling werd door 1 ziekenhuis een score van 13 behaald. 6 ziekenhuizen scoorden 0 punten op een totaal van 13 functies. Ziekenhuizen scoorden voor procesondersteunende ICT op de verpleegafdeling gemiddeld 4,4 (mediaan= 4,0).

Figuur 4.6

Score van de invoer van geautomatiseerde procesondersteunende ICT-gegevens op de verpleegafdeling (n=102)



Figuur 4.7

Percentage invoermogelijkheid van geautomatiseerde gegevens op de polikliniek en verpleegafdeling (n=102)



Figuur 4.7

In vergelijking met de beschikbaarheid van elektronische gegevens haalde geen enkel onderdeel van de invoermogelijkheden op de polikliniek of de verpleegafdeling een hoog percentage. Op de verpleegafdeling was in 38 procent van de ziekenhuizen een volledige mogelijkheid tot ondersteuning bij voorschrijven het verst gevorderd. Hetzelfde gold voor de polikliniek met een volledig systeem in 29 procent van de ziekenhuizen. Op de polikliniek scoorden elektronische bewaking van het behandeltraject, ordercommunicatie voor poliklinische medicatie het laagst; op de verpleegafdeling scoorden ook elektronische bewaking van het behandeltraject en daarnaast elektronische verpleegkundige decursus het laagst.

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 polikliniek en verpleegafdeling, behalve voor de medicatiegegevens. Voor de medicatiegegevens is de automatisering van inzage hoger bij de ziekenhuisapotheek ten opzichte van de verpleegafdelingen en de polikliniek.
- 3 Procesondersteunende mogelijkheden met betrekking tot ordercommunicatiescoren op verpleegafdelingen hoger dan in de polikliniek (met uitzondering van ordercommunicatie voor radiologie).
- 4 Inzage van gegevens is in veel ziekenhuizen mogelijk en hiermee een veldnorm geworden, indien deze in 80 procent van de ziekenhuizen beschikbaar is.
- 5 Het wijzigen en invoeren van gegevens loopt sterk achter bij de mogelijkheden tot inzage.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis scoort voor de beschikbaarheid van elektronische gegevens op de polikliniek of verpleegafdeling voor de 8 functies onder 8 punten.
- 2 Het ziekenhuis scoort voor de beschikbaarheid van medicatiegegevens op de polikliniek en de verpleegafdeling 0 punten (p10) en in de ziekenhuisapotheek onder 1 punt (p10).
- 3 Het ziekenhuis scoort voor de beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de polikliniek onder 1 punt (p10), op de verpleegafdeling onder 0,5 punt (p10).
- 4 Het ziekenhuis scoort voor de beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de polikliniek boven 8 punten (p90) en voor de verpleegafdeling boven 7,5 punten (p90).

5 Ziekenhuisinfecties

Beschikbare indicatoren

- 1 Surveillance van ziekenhuisinfecties.
 - a Incidentiemeting respectievelijk prevalentie-meting van de volgende infectie-types: postoperatieve wondinfecties (en welke ingrepen), wondinfecties na hartchirurgie, centraalijngerelateerde sepsis (lijnsepsis), beademinggerelateerde pneumonieën en/of blaaskathetergerelateerde infecties.
 - b Deelname aan incidentiesurveillance via PREZIES.
 - c Gebruik van CDC/WIP-criteria voor definiëring van ziekenhuisinfecties.

Relevante begrippen	
Surveillance	Surveillance van infecties bestaat uit de volgende elementen: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals, zonodig gevolgd door implementatie van interventie maatregelen.
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.
Lijnsepsis	Een infectie in de bloedbaan, gerelateerd aan het gebruik van een centrale lijn.
Beademing-gerelateerde pneumonie	Longontsteking, gerelateerd aan het gebruik van mechanische beademing.
PREZIES	PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance. Het PREZIES-netwerk is een samenwerkingsverband van deelnemende ziekenhuizen, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (http://www.prezies.nl/algemeen/PREZIESalg.html)
CDC/WIP	Centres for Disease Control / Werkgroep Infectie Preventie.

Ziekenhuisselectie

De gegevens over ziekenhuisinfecties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 91 algemene ziekenhuizen/locaties en 3 categorale ziekenhuizen. Vragen met betrekking tot cardiochirurgie zijn van toepassing op 16 ziekenhuizen.

Resultaten

Tabel 5.1

Aantal ziekenhuizen met een infectiesurveillance op de onderdelen postoperatieve wondinfecties, wondinfecties na hartchirurgie, centralelijngerelateerde sepsis en beademinggerelateerde pneumonie

	<i>Incidentie- metingen voor postoperatieve wondinfecties (n=102)</i>	<i>Incidentie- metingen voor wondinfecties na hartchirurgie (n=16)</i>	<i>Incidentie- metingen voor centralelijn- gerelateerde sepsis (n=102)</i>	<i>Incidentie- metingen over beademing- gerelateerde pneumonie (n=102)</i>
Via PREZIES	67	1	7	6
Eigen meting	17	6	13	9
Beide	14	2	4	0
Geen metingen	4	7	78	87

Postoperatieve wondinfecties

Incidentiemetingen op postoperatieve wondinfecties zijn inmiddels wijdverbreid in de ziekenhuizen. 81 ziekenhuizen namen in 2008 deel aan één of meer incidentie-modules van PREZIES. 31 ziekenhuizen deden eigen metingen, waarvan 14 in combinatie met PREZIES-modules. Er waren 4 ziekenhuizen die geen incidentiemetingen verrichtten.

Wondinfecties na hartchirurgie

Nederland telt 16 cardiochirurgische centra. Hiervan verrichtten er 9 incidentiemetingen. Drie keer wordt hiervoor in de PREZIES-module geparticipeerd. Elf ziekenhuizen verrichtten prevalentie-metingen, waarvan acht via PREZIES. Alle centra wisten alle patiënten in hun metingen te includeren. Stuk voor stuk wordt hier 100 procent gescoord. Er zijn echter nog wel twee centra die in geen enkele meting op wondinfecties na hartchirurgie surveilleren.

Centralelijngerelateerde sepsis

Op lijnsepsis wordt nog niet veel gesurveilleerd. 13 ziekenhuizen namen deel aan de incidentiemodule van PREZIES. 17 ziekenhuizen deden (ook) eigen metingen. 78 ziekenhuizen verrichtten hier nog geen incidentiemetingen naar. Dat is opmerkelijk, omdat de preventie van lijnsepsis een van de speerpunten is van het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen.

Beademinggerelateerde pneumonie

Net als bij lijnsepsis is de surveillance van beademinggerelateerde pneumonieën nog niet ingeburgerd. 15 ziekenhuizen deden incidentiemetingen, 87 ziekenhuizen surveilleren nog niet.

Blaaskathetergerelateerde infecties

Voor deze surveillance is geen incidentiemodule beschikbaar vanuit PREZIES. De meting vond dan ook weinig plaats. Slechts 4 ziekenhuizen verrichtten metingen volgens een eigen systeem (data niet weergegeven).

Prevalentiemetingen

In de basisset werd ook gevraagd naar prevalentie-metingen voor deze indicator. De volgorde en opsplitsing van de vraagstelling hiervoor kon echter tot verwarring leiden. De prevalentie-metingen vinden namelijk ziekenhuisbreed plaats, en een opsplitsing naar type volgens de indicator is lastig te verkrijgen.

Patiëntenaantallen

Bij de incidentiemetingen konden meestal alle patiënten gemeten worden. Dit strookt ook met het beleid van PREZIES dat voor hun modules een controle op volledigheid en juist gebruik van definities uitvoert. Slechts een enkele keer kwam het voor dat er een meting gemist was in de incidentiebepaling.

CDC/WIP-criteria

87 ziekenhuizen gebruikten de CDC/WIP-criteria voor definiëring van infecties. 2 ziekenhuizen gebruikten deze niet en 13 gaven geen antwoord. Dit is een iets betere score ten opzichte van vorig jaar toen 79 ziekenhuizen de CDC/WIP-criteria gebruikten.

Conclusies

- 1 98 ziekenhuizen voerden een incidentiesurveillance naar postoperatieve wondinfecties uit, waarvan 81 aangesloten op het PREZIES-netwerk.
- 2 Van de 16 cardiochirurgische centra verrichtten 9 ziekenhuizen incidentiemetingen, waarvan 3 via PREZIES. Ten opzichte van vorig jaar is een afname van deelname door cardiochirurgische centra aan incidentiemetingen via PREZIES geconstateerd.
- 3 78 ziekenhuizen voerden geen incidentiemeting naar centralelijn gerelateerde sepsis uit. Dit is opvallend, want lijnsepsis maakt onderdeel uit van het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen.
- 4 In 2008 gebruikten 87 ziekenhuizen de CDC/WIP-criteria. Dit zijn er acht meer dan voorgaand jaar.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis participeert niet in een module van het PREZIES-netwerk voor postoperatieve wondinfecties.
- 2 Het ziekenhuis is een hartchirurgisch centrum, maar surveilleert niet op infecties na hartchirurgie.
- 3 Het ziekenhuis surveilleert niet op centralelijn gerelateerde sepsis.
- 4 Het ziekenhuis gebruikt de CDC/WIP-criteria niet bij de registratie van ziekenhuisinfecties.

6 Complicatieregistratie

Beschikbare indicatoren

- 1 Complicatieregistratie
 - a Aantal specialismen/disciplines met een landelijke dan wel eigen complicatieregistratie als percentage van het totale aantal specialismen/disciplines in een ziekenhuis.
 - b Percentage complicatieregistraties (landelijk en eigen) per specialisme/discipline.
 - c De mate waarin ziekenhuizen complicatieregistraties gebruiken voor teambespreking, variërend van geen gebruik tot wekelijks gebruikmaken van complicatieregistraties.

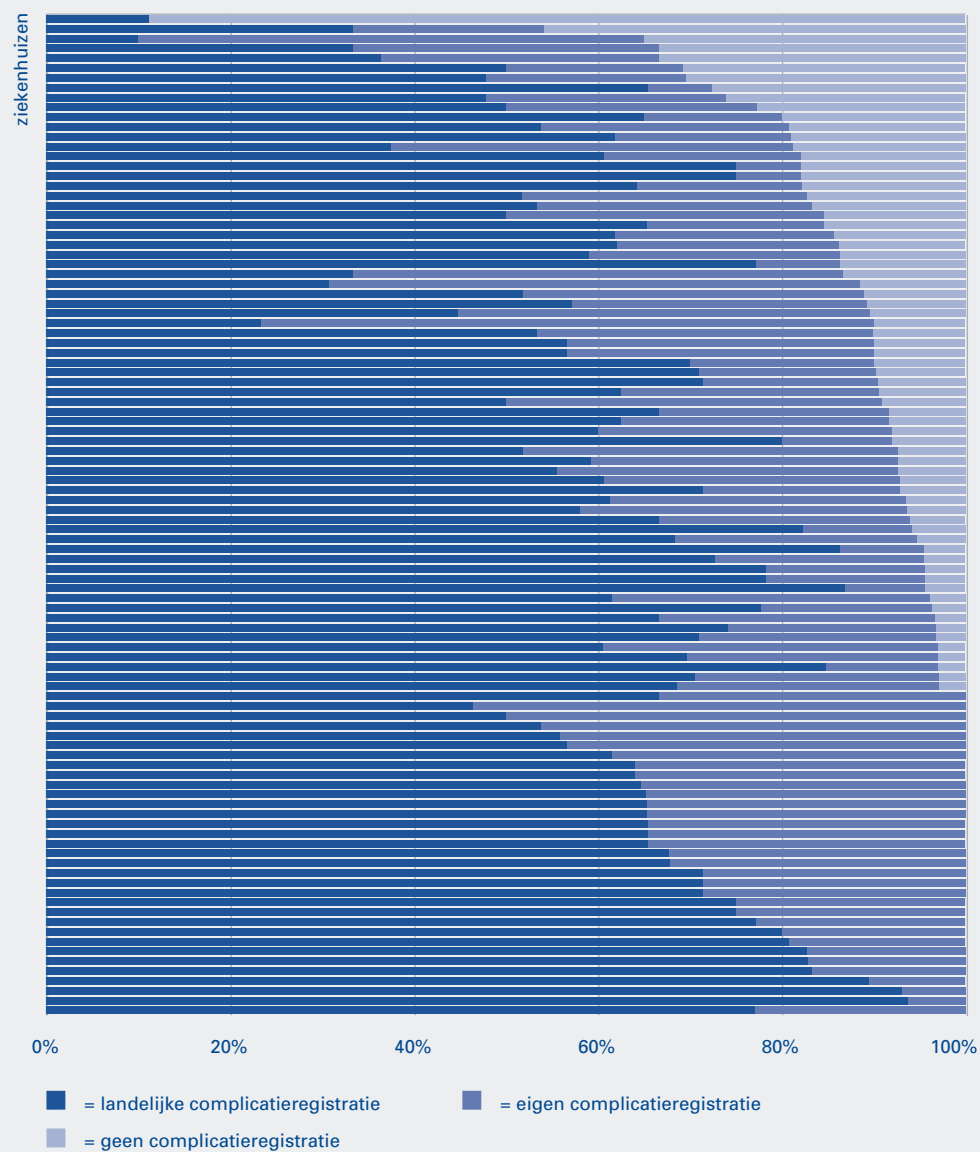
Relevante begrippen	
Complicatie	Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is, dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.
Complicatieregistratie	Het registreren van ongewenste of onverwachte uitkomsten van zorg met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Met een registratiesysteem wordt informatie verkregen over de mate waarin complicaties voorkomen en de factoren die daarbij mogelijk een rol spelen. Deze informatie biedt een handvat voor patiëntenvoorlichting over risico's en met die informatie kan gezocht worden naar mogelijkheden om de omvang en ernst van complicaties in de toekomst zoveel mogelijk te beperken.
Landelijke complicatieregistratie	Complicatieregistratie die voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging, al dan niet volgens vakoverstijgende standaarden.
Eigen complicatieregistratie	Complicatieregistratie die niet voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging of waarvoor (nog) geen norm van de wetenschappelijke vereniging beschikbaar is.

De gegevens over de complicatieregistraties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 91 algemene ziekenhuizen/locaties en 4 categorale ziekenhuizen. Gegevens over hematologie en nefrologie zijn weggelaten omdat deze registraties vallen onder de registratie voor interne geneeskunde. Vanaf 2009 worden deze specialismen ook niet meer apart uitgevraagd.

Resultaten

Figuur 6.1

Aantal complicatieregistraties per ziekenhuis als percentage van het totaal aantal aanwezige zelfstandige specialisten in een ziekenhuis (verdeeld naar complicatie registratie volgens een landelijke norm van de beroepsvereniging, eigen of geen complicatiesysteem)



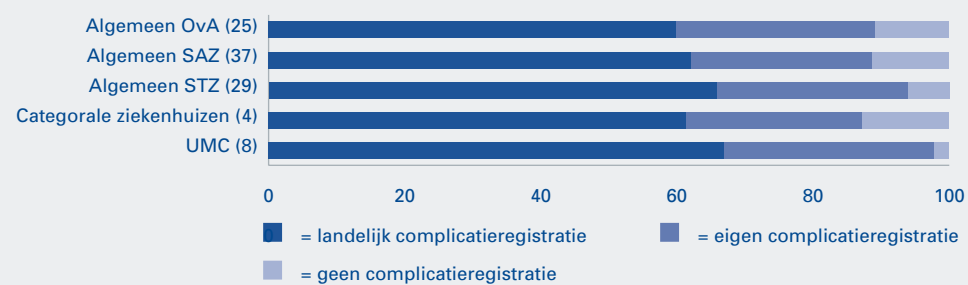
Figuur 6.1

Het totaal aantal specialismen varieerde van 2 (in een categoriaal ziekenhuis) tot 35. Het gemiddelde aantal specialismen was 26,2.

Het percentage specialisten met een eigen of landelijk complicatiesysteem varieerde van 11,1 tot 100 procent (bij 33 ziekenhuizen). In gemiddeld 91,3 procent van de specialisten was een vorm van complicatieregistratie aanwezig. Het percentage aantal aanwezige landelijke en eigen complicatieregistraties per ziekenhuis is toegenomen van 81,3 procent in 2007 naar 91,3 procent in 2008. Eveneens gold voor het percentage specialisten, waarvoor een complicatieregistratie volgens de landelijke norm wordt gebruikt, een toename van 44,4 procent in 2007 naar 63,2 procent in 2008.

Figuur 6.2

Aantal complicatieregistraties per type ziekenhuis als percentage van het totaal aantal aanwezige zelfstandige specialismen per type ziekenhuis (verdeeld naar complicatieregistratie volgens een landelijk norm van de beroepsvereniging, eigen of geen complicatieregistratie)

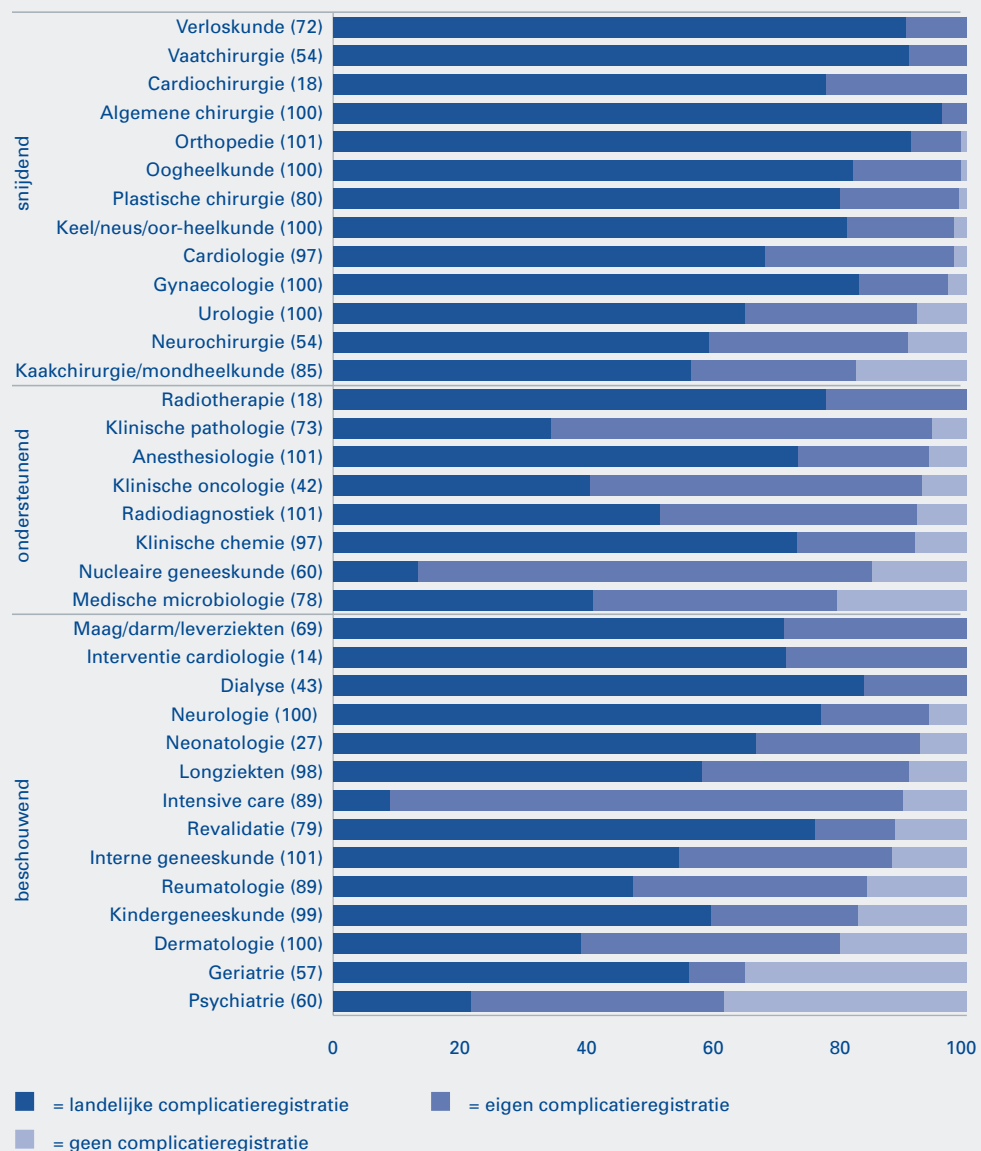


Figuur 6.2

Het gebruik van een complicatieregistratie hangt samen met het type ziekenhuis; de universitair medisch centra maakten net als voorgaand jaar het meest gebruik van een complicatieregistratie. Zij gebruikten hiervoor over het algemeen de landelijke standaard van de beroepsvereniging. De algemene ziekenhuizen respectievelijk SAZ (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen), OvA (Overige en Algemene Ziekenhuizen) en STZ (Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen) gebruikten in respectievelijk 88,7, 89,1 en 93,9 procent een complicatieregistratiesysteem. Het gebruik van een landelijk complicatieregistratiesysteem is bij categorale ziekenhuizen ten opzichte van vorig jaar, van 43,3 procent in 2007 naar 61,3 procent in 2008 toegenomen.

Figuur 6.3

Percentage complicatieregistraties per specialisme (verdeeld naar volgens een landelijke norm van de beroepsvereniging, eigen of geen complicatieregistratie). De specialismen zijn geordend naar snijdende, ondersteunende en beschouwende specialismen. Tussen haakjes is achter het specialisme aangegeven in hoeveel ziekenhuizen het specialisme aanwezig is



Figuur 6.3

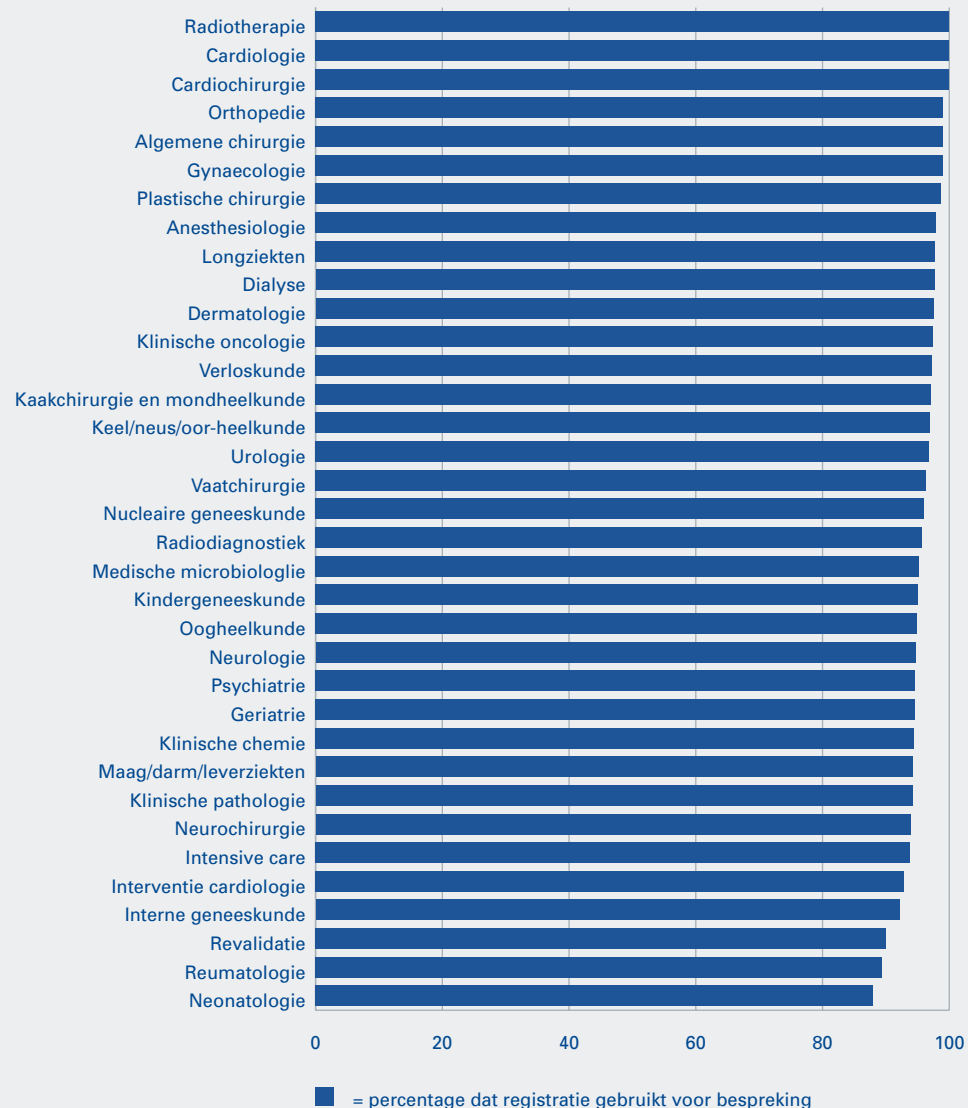
Het gebruik van een complicatieregistratiesysteem varieerde per specialisme. Bij verloskunde, vaatchirurgie, cardiochirurgie, algemene chirurgie, radiotherapie, maag/darm/leverziekten, interventiecardiologie en dialyse werd altijd gebruikgemaakt van een complicatieregistratiesysteem. Psychiatrie en geriatrie zijn de specialismen waar het minst gebruik werd gemaakt van een complicatieregistratiesysteem; 38 procent respectievelijk 35 procent van de psychiatrie- en geriatrieafdelingen rapporteerden geen complicatiesysteem te hanteren.

Het gebruik van complicatieregistratiesystemen is toegenomen ten opzichte van 2007, zowel snijdende als ondersteunende specialismen maken in 2008 meer gebruik van complicatieregistraties.

Niet alle specialismen zijn als zelfstandig specialisme in ieder ziekenhuis aanwezig. Enkele specialismen, zoals cardiochirurgie (in 18 ziekenhuizen) of radiotherapie (eveneens in 18 ziekenhuizen) zijn geconcentreerd in een beperkt aantal ziekenhuizen.

Figuur 6.4

Het gebruik van complicatieregistratie voor bespreking in teamverband als percentage van het totaal aanwezige complicatieregistraties per specialisme



Figuur 6.4

Gevraagd is wanneer een complicatieregistratiesysteem wordt gehanteerd of deze wordt gebruikt voor bespreking in het team (zie figuur 6.4). Deze bespreking zou ad hoc, op wekelijkse basis dan wel op maandelijkse basis, kunnen plaatsvinden (zie figuur 6.5).

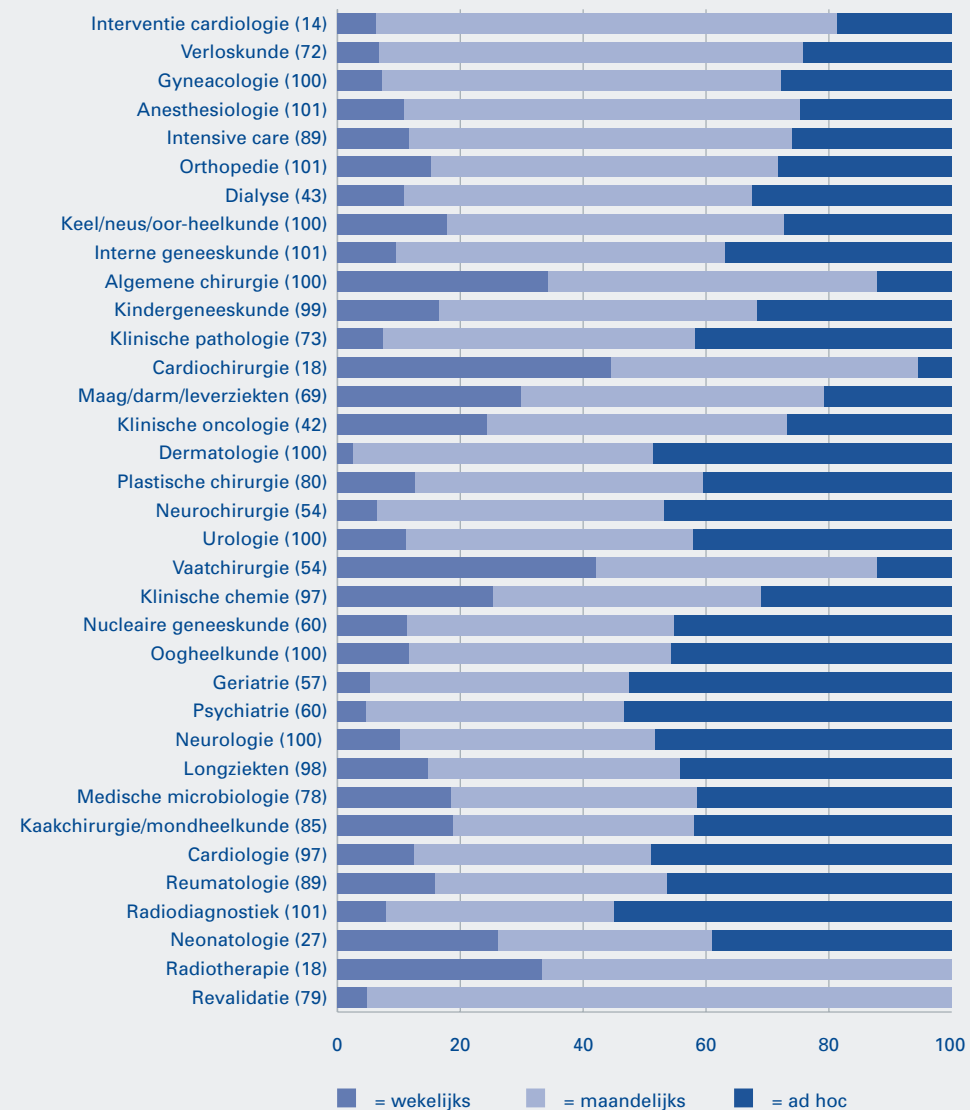
In figuur 6.4 is weergegeven of per specialisme gebruik werd gemaakt van de aanwezige registraties voor bespreking met het team. Bij alle specialismen werd door meer dan 85 procent van de ziekenhuizen de registratie gebruikt voor bespreking in het team.

Opmerkelijk zijn de specialismen cardiologie, geriatrie, verloskunde, nucleaire geneeskunde, medische microbiologie, klinische oncologie, vaatchirurgie, dialyse, interventie cardiologie, psychiatrie. Bij deze specialismen werd aangegeven dat de registratie voor teambespreking vaker werd gebruikt dan dat er feitelijk registratiesystemen zijn. Het kan zijn dat bij deze specialismen, die aan hebben gegeven geen vorm van complicatieregistratie te hebben, reactieve registratie plaatsvindt. Dat wil zeggen dat complicaties niet structureel worden besproken, maar alleen op het moment dat deze zich voordoen.

Bij de specialismen cardiochirurgie, cardiologie en radiotherapie geldt dat in alle ziekenhuizen de opgegeven registraties werden gebruikt voor bespreking in teamverband (ad hoc, wekelijks dan wel maandelijks).

Figuur 6.5

Frequentie van bespreking in teamverband (verdeeld naar ad hoc, wekelijks of maandelijks) als percentage van het gebruik van registraties voor bespreking in teamverband



Figuur 6.5

In figuur 6.5 wordt duidelijk dat registraties voornamelijk op ad hoc of maandelijks basis werden gebruikt voor bespreking in teamverband. Daarnaast is duidelijk geworden dat registraties in geringe mate op wekelijkse basis gebruikt leken te worden voor bespreking in teamverband.

Conclusies

- 1 Ten opzichte van 2007 zijn er meer complicatieregistraties in gebruik. Deze verbetering geldt vrijwel voor alle specialismen.
- 2 Gemiddeld zijn er 26,2 specialismen/ disciplines in een ziekenhuis. Gemiddeld 91,3 procent van de specialismen beschikt over een complicatieregistratiesysteem.
- 3 Het gebruik van een complicatiesysteem hangt samen met het type ziekenhuis. De universitair medisch centra maken het meest gebruik van een complicatieregistratie.
- 4 Het gebruik van een complicatieregistratie varieert per specialisme.
- 5 Bij alle specialismen wordt door meer dan 85 procent van de ziekenhuizen de registratie gebruikt voor bespreking in het team. De registraties lijken voornamelijk op ad hoc of maandelijkse basis te worden gebruikt voor bespreking in teamverband.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis gebruikt geen landelijke standaard voor de complicatieregistratie voor een specialisme waar 80 procent van de ziekenhuizen met dit specialisme dat wel doet (verloskunde, vaatchirurgie, algemene chirurgie, orthopedie, oogheelkunde, plastische chirurgie, keel/neus/oorheelkunde, gynaecologie en dialyse).
- 2 Het ziekenhuis gebruikt geen complicatieregistratie voor een specialisme waar 80 procent van de ziekenhuizen met dit specialisme wel een complicatieregistratie gebruikt (dit geldt voor alle specialismen behalve voor de specialismen: kaakchirurgie/mondheelkunde, medische microbiologie, dermatologie, geriatrie, psychiatrie).
- 3 Minder dan 80 procent van de specialismen/disciplines in het ziekenhuis heeft een complicatieregistratie en/of 40 procent heeft een complicatieregistratie volgens een landelijke standaard.

7 Pijn na operatie

Beschikbare indicatoren

- 1 Pijnmeting bij postoperatieve patiënten.
 - a Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkoeverafdeling.
 - b Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling.
- 2 Het percentage patiënten dat gedurende de eerste 72 uur na een operatie op enig moment ernstige pijn ervaart (pijnscore>7).

Relevante begrippen

Gestandaardiseerde pijnmetingen	De Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft de richtlijn postoperatieve pijnbehandeling opgesteld, waarin pijnmeting wordt aanbevolen om de pijnbehandeling te verbeteren ^[4] . Pijnmetingen leiden tot meer inzicht in de pijnervaring van patiënten en daardoor tot een meer adequate pijnbestrijding. Het is belangrijk dat de pijnmeting in verschillende situaties plaatsvindt.
Ernstige pijnscore	Een pijnscore boven de 7 op een schaal van 0 tot 10 (0 = geen pijn; 10 = ergst denkbare) is niet acceptabel. 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, 88 algemene ziekenhuizen/locaties en 4 categorale ziekenhuizen.

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

Resultaten

Rapportage problemen

Net als voorgaande jaren is de rapportage van gegevens voor pijn na operatie problematisch. De indruk bestaat dat het zelden nog mogelijk is om ziekenhuisbreed goed vergelijkbare, valide gegevens te rapporteren. Alle gerapporteerde gegevens en grafieken dienen met bedachtzaamheid beschouwd te worden. Aan het eind van het hoofdstuk wordt beschreven hoe er is omgegaan met steekproeven.

Registratiesysteem

Dit jaar is voor het eerst bij beide onderdelen van pijn na operatie gevraagd of het ziekenhuis over een registratiesysteem beschikte. Voor het onderdeel postoperatieve pijnmetingen antwoordden 96 ziekenhuizen ja, 3 nee en 1 gaf geen antwoord. Voor het percentage ernstige pijnscores antwoordden 93 ziekenhuizen ja, 6 nee en 1 gaf geen antwoord.

Naar aanleiding van de gegevens over 2007 is een onderzoek gestart om een betere indruk te krijgen van de organisatie rondom postoperatieve pijnbestrijding.

Dit kwalitatief onderzoek laat zien dat er verschillen zijn in de organisatie voor pijnbestrijding (zie kader). Het onderzoek wekt de suggestie dat de pijnmeting en registratie van de pijnmeting vaak problematisch zijn.

Organisatie van postoperatieve pijnbestrijding

De inspectie heeft naar aanleiding van de gegevens van pijn na operatie over 2007 een kwalitatief onderzoek^[5] uitgevoerd naar de organisatie van postoperatieve pijnbestrijding in vijf ziekenhuizen. Hierin komt naar voren dat de registratie van pijnscores een probleem is, zowel op de verkoever als verpleegafdeling:

- Verpleegkundigen zijn niet altijd gemotiveerd om de pijnmeting uit te voeren
- Als er wordt gemeten, wordt de meting niet altijd met een gevalideerde schaal uitgevoerd
- Als er wordt gemeten, lijkt dit vaak alleen bij een patiënt in rust te worden uitgevoerd (en niet bij bewegen of hoesten)
- Als er wordt gemeten, wordt dit niet altijd gerapporteerd

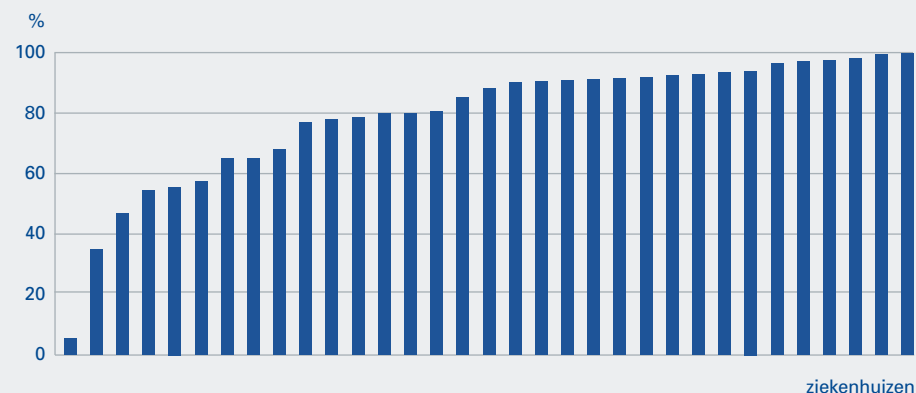
Aanbevelingen om de organisatie van de pijnbestrijding te verbeteren zijn:

- Structurele scholing
- Terugkoppeling van de resultaten van pijnmetingen aan de verpleegkundigen

[5] Albertzoon I.E. (2009) Postoperatieve Pijnbestrijding in Ziekenhuizen. Explorerend, kwalitatief onderzoek naar postoperatieve pijnbestrijding en beleid in vijf Nederlandse ziekenhuizen. Publicatie beschikbaar bij de IGZ.

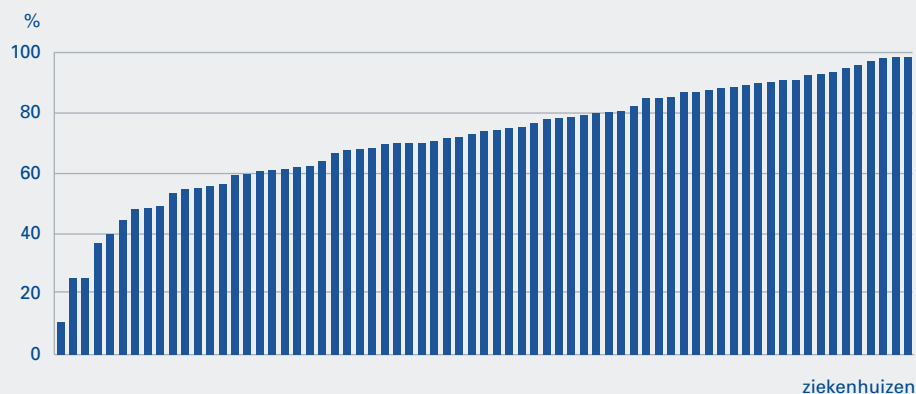
Figuur 7.1

Percentage pijnmetingen op de verkoever voor ziekenhuizen die een percentage onder 100 procent opgeven (n=33)



Figuur 7.2

Percentage uitgevoerde pijnmetingen op de verpleegafdeling voor ziekenhuizen die een percentage onder 100 procent opgeven (n=69)



Figuur 7.1

Van de 100 ziekenhuizen zijn 11 ziekenhuizen afgefallen in de analyse voor het percentage pijnmetingen op de verkoever. 8 ziekenhuizen gaven aan dat het percentage pijnmetingen niet bekend was. Uit de toelichtingen bleek dat 2 ziekenhuizen onvergelijkbare gegevens aangeleverd hadden. 1 ziekenhuis gaf waarden op die ver afweken van de verwachte waarden.

34 ziekenhuizen hebben een onbetrouwbare of onduidelijke steekproef uitgevoerd, maar zijn wel opgenomen in de analyse.

56 ziekenhuizen gaven op dat bij alle verkoeverpatiënten pijn was gemeten en geregistreerd. 100 procent gemeten en geregistreerd is onwaarschijnlijk op deze grote aantallen patiënten. Vermoedelijk was het exacte percentage onbekend. Dit duidt waarschijnlijk op een verkoeverbeleid waarbij de patiënt pas naar de afdeling mag als een pijnscore kleiner of gelijk aan vier is bereikt. Een score van 100 procent wordt daarom voor de verkoeverafdeling wel geaccepteerd. Van de 33 ziekenhuizen met een percentage onder 100 procent staat het percentage gemeten en geregistreerde pijnscores weergegeven in figuur 7.1. Het percentage gemeten en geregistreerde pijnmetingen op de verpleegafdeling varieerde van 35 tot 99,7 en was gemiddeld (inclusief alle 100 procent scores) 93,5.

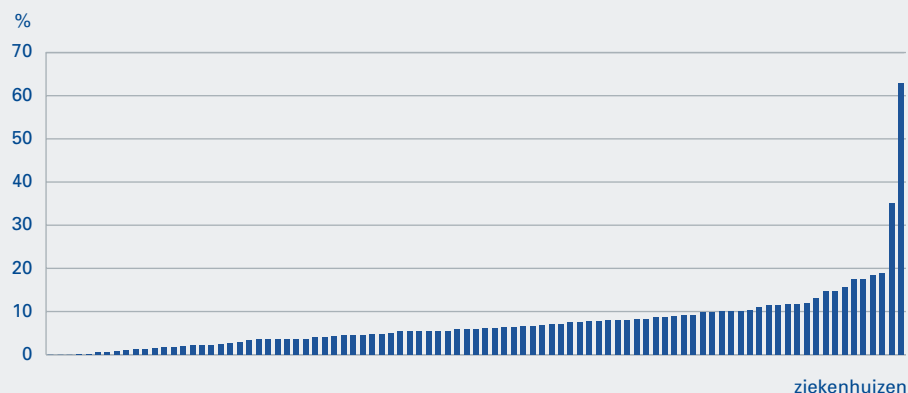
Figuur 7.2

Van de 100 ziekenhuizen zijn 31 ziekenhuizen afgefallen in de analyse voor het percentage pijnmetingen op de verpleegafdeling. 9 ziekenhuizen gaven aan dat het percentage pijnmetingen onbekend was. Uit de toelichtingen bleek dat 4 ziekenhuizen onvergelijkbare gegevens aangeleverd hadden. Van de overgebleven ziekenhuizen gaven 18 ziekenhuizen op dat bij alle patiënten op de verpleegafdeling pijn was gemeten. Dat 100 procent gemeten wordt op de verpleegafdelingen is onwaarschijnlijk op deze grote aantallen patiënten.

34 ziekenhuizen hebben een onbetrouwbare of onduidelijke steekproef uitgevoerd, maar zijn wel opgenomen in de analyse.

Het percentage pijnmetingen van de overgebleven 69 ziekenhuizen is weergegeven in figuur 7.2. Het percentage gemeten en geregistreerde pijnmetingen op de verpleegafdeling varieerde van 10,7 tot 98,6 en was gemiddeld 69,8.

Figuur 7.3

Percentage pijnmetingen met een pijnscore groter dan 7 (n=91)**Figuur 7.3**

Bij de analyse voor het percentage ernstige pijnmetingen vielen 9 van de 100 ziekenhuizen af. 5 ziekenhuizen zijn niet meegenomen in de analyse op basis van de toelichting (vaak een onjuiste selectie van patiënten). Vier ziekenhuizen gaven aan dat het percentage onbekend was.

41 ziekenhuizen hebben een onbetrouwbare of onduidelijke steekproef uitgevoerd, maar zijn wel opgenomen in de analyse.

De spreiding liep uiteen van 0 tot 63 procent. Uit de grafiek wordt duidelijk dat één ziekenhuis een uitschieter was met een percentage van 63 procent. De 91 ziekenhuizen hadden gemiddeld 5,6 procent patiënten met een pijnscore die op enig moment boven zeven was. In de berekening van het gemiddelde is de uitschieter niet meegenomen.

De gerapporteerde gegevens voor het percentage patiënten wat ernstige pijn leidt na een operatie liepen zeer uiteen en kwamen slecht overeen met wat er in de literatuur (zie kader) bekend was over het gemiddelde en de spreiding. Er lijkt een onder-rapportage te zijn. Voor de IGZ betekent dit dat met name de ziekenhuizen die zeer laag scoren (onder 5 procent) extra aandacht zullen krijgen.

In een review^[6] naar het percentage patiënten met ernstige pijn in ziekenhuizen wordt geconcludeerd dat ernstige pijn onder **gemiddeld 11 procent** van de patiënten voorkomt, met een 95 procent betrouwbaarheidsinterval van 8,4-13,4 procent. De studie verzamelde gegevens van pijnmetingen uit 123 studies met bijna 20.000 patiënten die een "major abdominal gynaecological surgery, major orthopaedic surgery, and any laparotomy or thoracotomy" ondergingen en hanteerde dezelfde definitie voor ernstige pijn als de indicator.

Steekproeven

Over 2008 is voor het eerst expliciet gevraagd of er een steekproef is uitgevoerd en wordt gevraagd deze te beschrijven. 35 ziekenhuizen gaven aan een steekproef te hebben uitgevoerd voor het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen. Voor het percentage patiënten met ernstige pijn (pijnscore groter dan 7) werden nog meer steekproeven uitgevoerd, namelijk 44. In tabel 7.1 staat weergegeven hoe de steekproeven beoordeeld zijn: goed uitgevoerd, onduidelijk beschreven of onvoldoende. Een voldoende steekproef hield in dat er beschreven was dat er gemeten was over een periode van minimaal drie maanden, met een kwart van de populatie en ook de

[6] Dolin, S. J., Cashman, J. N. & Bland, J. M. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *British Journal of Anaesthesia* 2002; 89(3): 409-423.

gevraagde in- en exclusie criteria werden gehanteerd. Deze subjectieve en strenge grenzen zijn gehanteerd als vuistregel, waaraan uiteindelijk geen consequenties zijn gehanteerd voor de analyse. Een onvoldoende omschrijving noemde geen periode, gemeten deel van de populatie en of de in- of exclusiecriteria waren gehanteerd. Een beschrijving werd als onduidelijk beoordeeld als één van de drie elementen niet genoemd waren.

Slechts zelden kon geconcludeerd worden dat een steekproef goed getrokken was. Voor het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen gold dat het merendeel van de steekproeven niet goed was uitgevoerd (19 van de 35). Voor het percentage ernstige pijnscores gold dat het merendeel van de beschrijvingen onduidelijk was (26 van de 44).

Tabel 7.1

Het aantal ziekenhuizen met een goed uitgevoerde, onduidelijke of onvoldoende steekproef

		Steekproef is:			Totaal
		Goed uitgevoerd	Onduidelijk beschreven	Onvoldoende	
Aantal ziekenhuizen met een steekproef voor:	Het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen	1	15	19	35
	Het percentage ernstige pijnscores	3	26	15	44

De inspectie stimuleert het gebruik van digitale registratiesystemen. Steekproeven kunnen daarom alleen worden gebruikt voor gegevensverzameling als er geen andere methoden zijn om de gegevens te verkrijgen en als deze methodologisch verantwoord zijn uitgevoerd. Dit is niet eenvoudig. Hoe groot de steekproef dient te zijn is afhankelijk van het totale aantal patiënten en hoe nauwkeurig men wil meten. Daar komt bij dat, hoe minder een fenomeen voorkomt men een steeds grotere steekproef moet uitvoeren om een betrouwbare schatting te krijgen. Ook treden vertekeningen eenvoudig op doordat er selecties worden gedaan in afdelingen, patiëntengroepen, meetmomenten of meetperiode.

Conclusies

- 1 Alle ziekenhuizen doen aan postoperatieve pijnmeting. Het verschilt per ziekenhuis hoe ver men is in de implementatie op de verkoeverafdeling en verpleegafdelingen.
- 2 Veel ziekenhuizen hebben geen of beperkt inzicht in de scores op (alle) pijnmetingen. De uitvoering en registratie van de metingen, net als de automatisering van de registratie lijken de grootste struikelblokken.
- 3 Er zijn veel steekproeven van verschillende omvang.
- 4 Er lijkt een grote onderrapportage te bestaan van het percentage postoperatieve patiënten met ernstige pijn.
- 5 De inspectie vraagt de betrokken beroepsgroepen een nadere specificatie van de te volgen patiëntengroepen te geven.

Reactie inspectie

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

- 1 Het percentage postoperatieve pijnmetingen is onbekend.
- 2 Het percentage pijnscores boven de zeven is onbekend.
- 3 Het ziekenhuis geeft onvoldoende gegevens.
- 4 Het ziekenhuis voert een onduidelijke of onbetrouwbare steekproef uit.
- 5 Het ziekenhuis heeft geen registratiesysteem voor percentage pijnmetingen en/of het percentage ernstige pijnscores.
- 6 Het ziekenhuis geeft aan dat 100 procent van de postoperatieve patiënten op de verkoever gemeten en geregistreerd wordt.
- 7 Het ziekenhuis geeft aan dat meer dan 25 procent van de patiënten in de eerste 72 uur na de operatie een pijnscore hoger dan 7 heeft.
- 8 Het ziekenhuis geeft aan dat minder dan 5 procent van de patiënten in de eerste 72 uur na de operatie een pijnscore hoger dan 7 heeft.

8 Volume van risicovolle interventies

Beschikbare indicatoren

- 1 Volume van operaties aan een aneurysma van de abdominale aorta.
 - a Aantal patiënten per ziekenhuis dat aan een aneurysma van de abdominale aorta (AAA) is geopereerd.
- 2 Volume van oesophaguscardiaresecties.
 - a 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) (doorgaans) 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

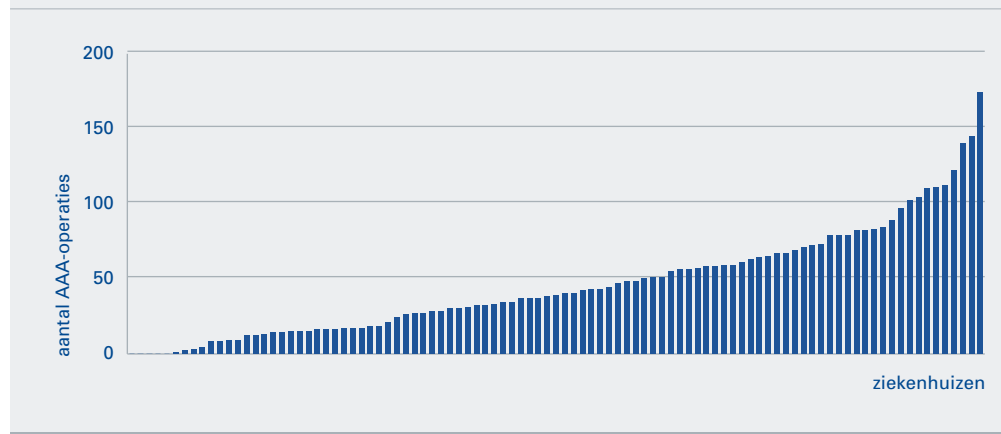
De gegevens over de AAA-operatie hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen/locaties.

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

Resultaten

Figuur 8.1

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



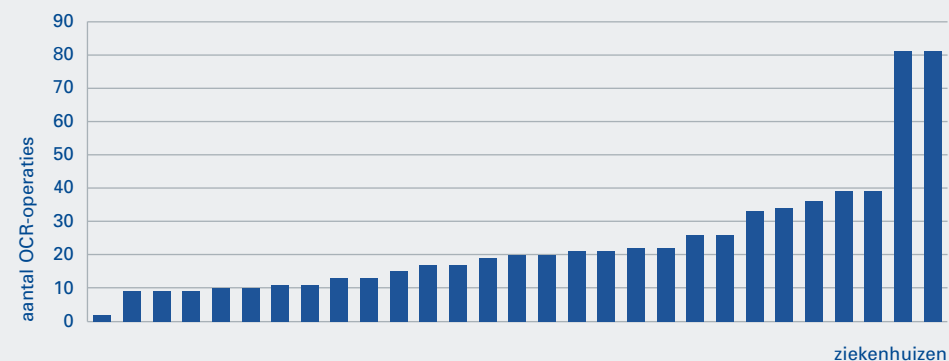
Figuur 8.1

In 92 van de 97 ziekenhuizen zijn in totaal 4.465 AAA-operaties uitgevoerd, 10 meer dan in 2007. In deze ziekenhuizen varieerde het aantal AAA-operaties van 1 tot 174 (met een gemiddelde van 46,0 en mediaan van 39,0). Twee ziekenhuizen gaven in 2008 hetzelfde aantal AAA-operaties op als in 2007. Vijf ziekenhuizen gaven aan deze operatie niet uitgevoerd te hebben.

In de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het aneurysma van de abdominale aorta' (2009) adviseert de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie een minimum aantal electieve AAA-operaties van 15 per jaar per ziekenhuis. In 79 ziekenhuizen werden ten minste 15 AAA-operaties verricht en in 13 ziekenhuizen zijn minder dan 15 AAA-operaties verricht. In 2007 waren dit respectievelijk 80 en 10 ziekenhuizen. Van de 13 ziekenhuizen die in 2008 minder dan 15 AAA-operaties uitvoerden, voerden er 6 ook in de 4 jaar daarvoor gemiddeld minder dan 15 per jaar uit. Vier van de 10 ziekenhuizen die gemiddeld minder dan 15 AAA-operaties uitvoerden in de periode 2004-2007, voerden in 2008 15 of meer operaties uit.

Figuur 8.2

Aantal patiënten met een OCR per ziekenhuis (n=29)



Figuur 8.2

Van de 98 ziekenhuizen voerden 29 in totaal 686 OCR-operaties uit. Het aantal OCR-operaties per ziekenhuis varieerde van 2 tot 81 (met een gemiddelde van 20,0 en mediaan van 23,7). Deze operatie werd door 69 ziekenhuizen niet uitgevoerd; 46 ziekenhuizen verwezen in totaal 406 patiënten naar gespecialiseerde centra en 3 ziekenhuizen gaven aan geen patiënten te hebben verwezen. Negenenveertig ziekenhuizen gaven aan hun patiënten naar 24 verschillende gespecialiseerde centra te sturen; er werd 37 keer naar een universitair medische centrum verwezen, 18 keer naar grote algemene ziekenhuizen en 12 keer naar kleine algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen of het buitenland.

In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom is gesteld dat een ziekenhuis deze ingreep ten minste 10 a 20 maal per jaar (geïndiceerd) dient uit te voeren. De inspectie heeft de ondergrens van 10 ingrepen per jaar overgenomen. Van de 29 ziekenhuizen die OCR-operatie uitvoeren, verrichtten in 2008 25 ziekenhuizen 10 of meer OCR-operaties, 4 ziekenhuizen voerden deze operatie minder dan 10 keer uit. Van deze laatste 4 ziekenhuizen voerden 3 ziekenhuizen in de periode 2004-2007 gemiddeld minder dan 10 operaties per jaar uit; hiervan gaf 1 ziekenhuis aan medio 2008 te zijn gestopt met het uitvoeren van OCR-operaties. Van de 8 ziekenhuizen met minder dan 10 OCR-operaties in 2008 verrichtten er 5 ook in de 4 jaar daarvoor gemiddeld minder dan 10 per jaar.

Handhavingsonderzoek

Eind 2006 is de inspectie een onderzoek gestart naar ziekenhuizen die in de periode 2003-2006 structureel minder dan 10 OCR per jaar uitvoerden. Veertien ziekenhuizen zijn naar aanleiding van dit onderzoek verzocht met behulp van samenwerkingsafspraken aannemelijk te maken in de toekomst meer OCR uit te voeren of te stoppen met het uitvoeren van deze operatie. De 3 ziekenhuizen die aannemelijk konden maken verantwoord door te kunnen gaan met het uitvoeren van OCR-operaties voerden in 2008 respectievelijk 10, 11 en 17 OCR-operaties uit. De 11 ziekenhuizen die aangaven te stoppen voerden in 2008 geen OCR-operaties uit.

Verificatieonderzoek

In vervolg op het handhavingsonderzoek heeft begin 2008 bij 10 ziekenhuizen een onderzoek plaatsgevonden naar het opgegeven aantal OCR in vergelijking tot het aantal OCR-operatieverslagen. Dit betrof alle ziekenhuizen die in 2006 10 of 11 OCR uitvoerden en de ziekenhuizen die in 2006 meer dan 11, maar over de periode 2003-2006 minder dan 40 OCR uitvoerden. Aan de hand van de geblindeerde beoordeling van de opgevraagde geanonimiseerde operatieverslagen heeft de inspectie het daadwerkelijke aantal OCR ingrepen vastgesteld dat in 2005 en 2006 in deze 10 zieken-

huizen is uitgevoerd. Na het beoordelen van alle verslagen werd per ziekenhuis vastgesteld hoeveel OCR per jaar waren uitgevoerd. Daar de richtlijn in de loop van 2005 definitief is geworden, werd besloten alleen op basis van de resultaten van 2006 eventuele vervolgcacties te starten. Naar aanleiding van de resultaten van het verificatieonderzoek vroeg de inspectie 4 ziekenhuizen op korte termijn aannemelijk te maken in de toekomst aan de richtlijn te kunnen voldoen. Daarnaast kregen 2 ziekenhuizen het verzoek te stoppen met het uitvoeren van OCR-operaties, aangezien zij structureel minder dan 10 OCR-operaties uitvoerden en geen of te laat actie ondernamen om in de toekomst aan de richtlijn te kunnen voldoen (bijv. door middel van samenwerkingsafspraken).

Conclusies

- 1 In 2008 zijn door 92 ziekenhuizen 4.465 AAA-operaties uitgevoerd, 10 meer dan in 2007.
- 2 Het merendeel van de ziekenhuizen (95 procent) in Nederland heeft AAA-operaties in het zorgpakket opgenomen. Ruim 85 procent hiervan verricht deze ingreep tenminste 15 keer per jaar, wat volgens de wetenschappelijke vereniging voldoende is om de benodigde ervaring te behouden.
- 3 Bij de OCR is sprake van een gedeeltelijke concentratie van zorg. In ruim 70 procent van de Nederlandse ziekenhuizen wordt deze operatie niet uitgevoerd; 70 procent van deze ziekenhuizen geeft aan naar welke ziekenhuizen 406 patiënten zijn verwezen.
- 4 Ruim 86 procent van de ziekenhuizen waar OCR-operaties worden uitgevoerd voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde richtlijn van 10 operaties per jaar; dit is met 30 procent een sterke stijging ten opzichte van 2007. Deze stijging is grotendeels te verklaren door de acties die zijn ondernomen door ziekenhuizen naar aanleiding van de onderzoeken verricht door de inspectie in de afgelopen jaren (handhavings- en verificatieonderzoek).
- 5 Begin 2008 hebben 4 ziekenhuizen een schrijven van de inspectie ontvangen met het verzoek aannemelijk te maken in de toekomst wel aan de volumenorm te kunnen voldoen; 2 ziekenhuizen werden verzocht te stoppen met het uitvoeren van de OCR-operaties.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft aan wel AAA-operaties te verrichten, maar minder dan 15 in het verslagjaar.
- 2 Het ziekenhuis voert structureel minder dan 15 AAA per jaar uit (minder dan 60 operaties in 2004-2007).
- 3 Het ziekenhuis gaf in 2007 en 2008 hetzelfde aantal AAA-operaties op (met uitzondering van de ziekenhuizen die geen AAA-operaties uitvoeren).
- 4 Het ziekenhuis heeft in 2008 minder dan 10 OCR-operaties uitgevoerd en heeft (nog) niet aangegeven te stoppen of aannemelijk gemaakt in de toekomst 10 of meer OCR uit te voeren d.m.v. regionale afspraken.
- 5 Het ziekenhuis voert structureel minder dan 10 OCR per jaar uit (minder dan 40 operaties in 2004-2007).

9 Cholecystectomie

Beschikbare indicatoren

- 1 Galwegletsel na een cholecystectomie.
 - a Percentage patiënten met galwegletsel vastgesteld binnen 30 dagen na de ingreep.

Relevante begrippen

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

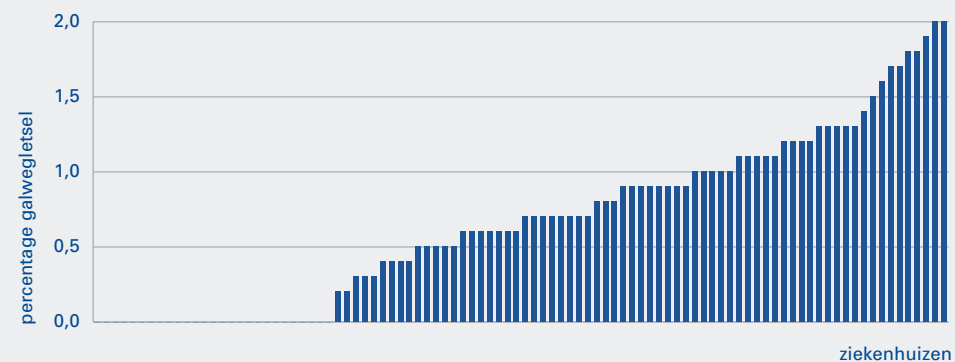
Ziekenhuisselectie

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

Resultaten

Figuur 9.1

Percentage patiënten met galwegletsel na een cholecystectomie (n=96)



Figuur 9.1

Van de 97 ziekenhuizen leverden 96 (99 procent) gegevens over het percentage patiënten met galwegletsel; bij 1 ziekenhuis zijn de gegevens afgekeurd in verband met een tegenstrijdigheid in ingevulde gegevens en de toelichting van het ziekenhuis. In totaal zijn 23.805 cholecystectomieën uitgevoerd en het aantal patiënten met een cholecystectomie per ziekenhuis varieerde van 77 tot 645 patiënten.

In 96 ziekenhuizen werden 158 patiënten met galwegletsel gemeld en het percentage galwegletsel varieerde van 0 tot 2 procent met een gemiddelde van 0,7 procent (mediaan 0,7). Het is bekend dat het percentage beïnvloed wordt door de inspanning van de behandelend arts om ook kleinere galwegletsels te vinden; 27 ziekenhuizen meldden geen enkel geval gevonden te hebben. De spreiding in het aantal galwegletsels per ziekenhuis liep van 0 tot 7 patiënten.

Conclusies

- 1 Op één na leveren alle ziekenhuizen (99 procent) juiste informatie aan over galwegletsel na een cholecystectomie.
- 2 Het percentage patiënten met galwegletsel is gemiddeld 0,7 procent (158 van de 23.805 patiënten), maar varieert sterk.
- 3 Omdat het percentage beïnvloed wordt door de mate van inspanning om ook de kleine letsels te vinden, is het nut voor risicoselectie beperkt en zal deze indicator in 2009 vervallen.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om (juiste) gegevens over het percentage patiënten met galwegletsel na een cholecystectomie te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis heeft meer dan 2,0 procent patiënten met galwegletsel na cholecystectomie.
- 3 Het ziekenhuis meldt geen enkele patiënt met galwegletsel na cholecystectomie te hebben gehad.
- 4 Het ziekenhuis gaf in 2007 en 2008 hetzelfde aantal cholecystectomieën op.
- 5 Het ziekenhuis voerde in 2008 20 procent meer of 10 procent minder cholecystectomieën uit dan in 2007.

10 Ongeplande heroperaties

Beschikbare indicatoren

- 1 Ongepland heroperaties na een colorectale operatie.
 - a Percentage ongeplande heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie bij patiënten van 18 jaar en ouder (exclusief blindedarm operaties).
- 2 Deelname aan de Dutch Colorectal Audit.
 - a Percentage chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom gelegen in het colon of rectum waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de Dutch Colorectal Audit. Hierbij dienen zowel resecties van primaire carcinomen als recidieven te worden meegeteld.

Relevante begrippen

Ongeplande heroperatie	Operatie die wordt verricht, omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.
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.

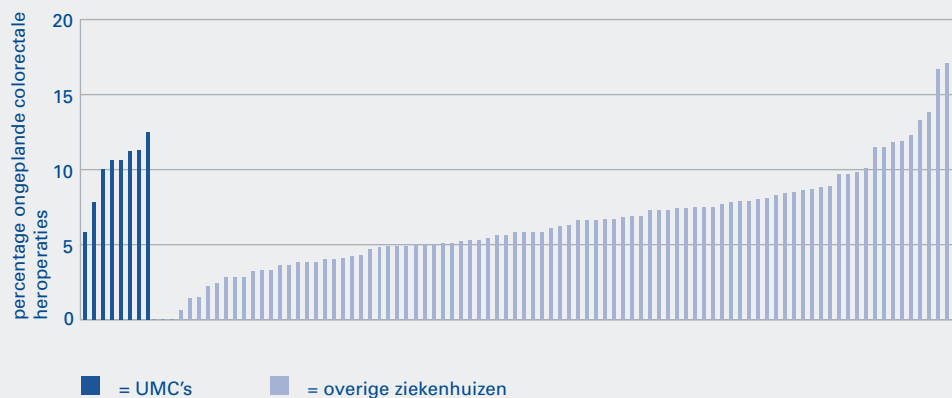
Ziekenhuisselectie

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

Resultaten

Figuur 10.1

Percentage ongeplande colorectale heroperaties van het totaal aantal colorectale operaties voor universitair medische centra en overige ziekenhuizen (n=97)



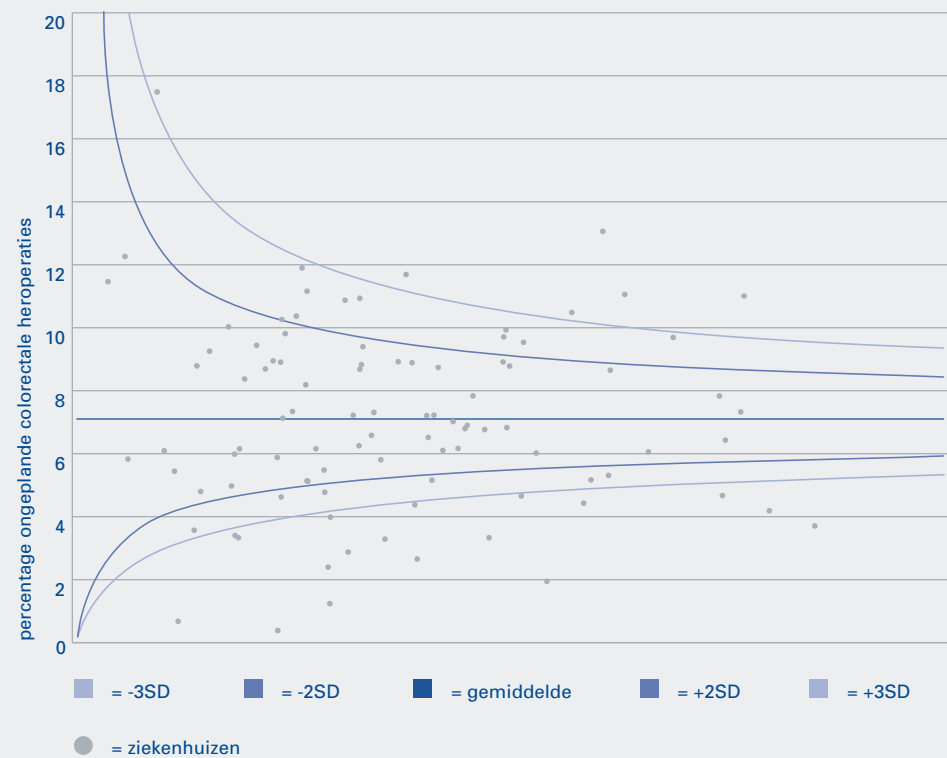
Figuur 10.1

Van de 98 ziekenhuizen die colorectale operaties uitvoerden gaven 97 ziekenhuizen betrouwbare gegevens op. Eén ziekenhuis rapporteerde een onjuiste selectie patiënten en is niet meegenomen in de analyse. Het gemiddelde percentage voor alle 97 ziekenhuizen was voor 2008 6,6 procent. Dit is nauwelijks veranderd ten opzichte van het gemiddelde percentage in 2007 (7,1 procent). Het percentage varieerde van 0 tot 17,1 procent. De 97 ziekenhuizen gaven voor 2008 17.645 colorectale operaties op en 1.156 ongeplande colorectale heroperaties. Het totaal aantal opgegeven colorectale operaties was in 2008 lager dan in 2007. Voor 2007 werden 19.604 colorectale operaties gerapporteerd voor 94 ziekenhuizen.

Universitair medische centra hadden gemiddeld een hoger percentage ongeplande colorectale heroperaties (10,0 procent) dan de overige ziekenhuizen (6,4 procent) ($p < .03$). In figuur 10.1 zijn daarom de ziekenhuizen gesorteerd op universitair medische centrum of overig ziekenhuis voor het percentage ongeplande colorectale heroperaties.

Figuur 10.2

Funnelplot voor het gemiddelde percentage ongeplande colorectale heroperaties voor ziekenhuizen gedurende de afgelopen drie jaar (n=97)



Figuur 10.2

Dit jaar zijn voor het eerst de resultaten over drie jaar bekend. Figuur 10.2 laat een funnelplot zien waarbij voor 97 ziekenhuizen het gemiddelde percentage ongeplande heroperaties voor het totaal aantal colorectale operaties van 2006, 2007 en 2008 is weergegeven. Indien er voor een jaar gegevens ontbreken is dit jaar niet meegenomen. De middelste horizontale lijn geeft het gemiddelde (7 procent) van alle ziekenhuizen over drie jaar weer. Naarmate het aantal colorectale operaties toeneemt wordt verwacht dat het percentage ongeplande heroperaties voor het ziekenhuis dichter bij het landelijk gemiddelde komt te liggen. Dit wordt aangegeven door de lijnen voor twee- of driemaal standaard deviatie (2SD of 3SD) die als een trechter (funnel) smaller worden.

Ziekenhuizen die buiten de verwachte spreiding vallen (buiten de 2SD of 3SD lijnen) scoorden hoger of lager dan verwacht. Voor kleine aantallen colorectale operaties (<300) geldt echter dat de spreiding zo groot wordt dat ziekenhuizen bijna altijd binnen de marges scoren. Voor de inspectie is een laag aantal colorectale operaties eerder reden om extra aandacht aan het ziekenhuis te besteden. Een laag volume colorectale operaties kan er voor zorgen dat chirurgen onvoldoende oefening houden met de operatie.

Conclusies

- 1 Vrijwel alle ziekenhuizen leverden gegevens over ongeplande heroperaties.
- 2 Het gemiddelde voor ongeplande colorectale heroperaties (6,6) was nauwelijks veranderd ten op zichte van vorig jaar (7,1 procent). Ook de spreiding was nog groot (van 0 tot 17,1 procent).
- 3 Universitair medische centra hadden gemiddeld een hoger percentage ongeplande colorectale heroperaties (10,0 procent) dan de overige ziekenhuizen (6,4 procent).
- 4 De indicator colorectale operaties heeft voor 2009 als toevoeging een onderdeel over deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) gekregen.

Reactie inspectie

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

Voor aangeleverde gegevens

- 1 Het ziekenhuis was niet in staat om gegevens over het percentage ongeplande heroperaties te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis had exact dezelfde getallen voor colorectale operaties opgegeven als in 2007.
- 3 Het aantal colorectale operaties is tussen 2007 en 2008 aanzienlijk toegenomen.
- 4 Het ziekenhuis had minder dan 2,8 procent ongeplande heroperaties na een colorectale operatie uitgevoerd (p10).
- 5 Het verschil in percentage ongeplande heroperaties na een colorectale ingreep tussen 2007 en 2008 was 5 of meer.
- 6 Er is al twee jaar een toename in het aantal colorectale operaties van meer dan 20 procent per jaar.

Voor zorgkwaliteit

- 1 Het ziekenhuis had meer dan 11,3 procent ongeplande heroperaties na een colorectale operatie uitgevoerd (p90).
- 2 Het aantal colorectale operaties is tussen 2007 en 2008 aanzienlijk afgenomen.
- 3 Er is al twee jaar een afname in het aantal colorectale operaties van meer dan 20 procent per jaar.
- 4 Er is al twee jaar een toename in het percentage colorectale heroperaties van meer dan 20 procent per jaar.
- 5 Er is al twee jaar een afname in het percentage colorectale heroperaties van meer dan 20 procent per jaar.

11 Afgezegde operaties

Beschikbare indicatoren

- 1 Afgezegde operaties.
 - a Percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor het geplande tijdstip van de electieve operatie.

Relevante begrippen

Electieve operatie	Geplande ingreep die niet plaats vindt onder spoedeisende omstandigheden en die opgenomen is in het reguliere OK- planningsproces.
Afgezegde operatie	Operatie, afgezegd binnen 24 uur voor het geplande en aan de patiënt meegedeelde tijdstip.

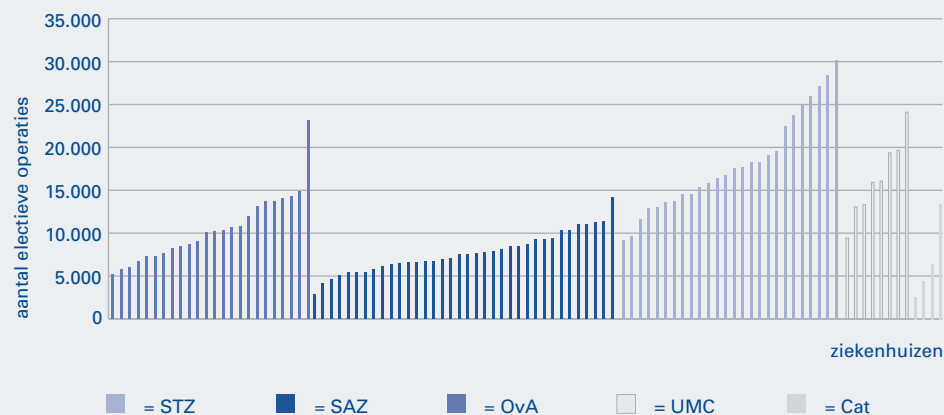
Ziekenhuisselectie

De gegevens over afgezegde operaties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 4 categorale ziekenhuizen en 90 algemene ziekenhuizen/locaties. Eén ziekenhuis kon alleen de cijfers op instellingsniveau aanleveren en niet op locatieniveau.

Resultaten

Figuur 11.1

Aantal electieve operaties verdeeld naar categorieën ziekenhuizen (n=98)



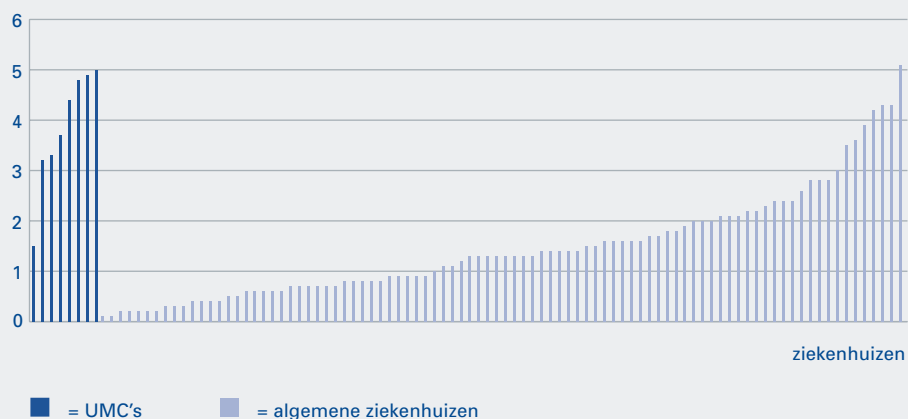
Algemeen STZ: Stichting Topklinische Ziekenhuizen

Algemeen SAZ: Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen

Algemeen OvA: Overige Algemene Ziekenhuizen

Figuur 11.2

Percentage afgezegde operaties verdeeld naar universitair medische centra en algemene ziekenhuizen (n= 98)



Van de 102 ziekenhuizen gaven 98 (96 procent) aan dat het aantal afgezegde operaties bekend was. De overige vier ziekenhuizen zijn niet meegenomen in de analyse om de volgende redenen. Eén ziekenhuis had alleen op instellingsniveau gegevens over afgezegde operaties en niet op locatie niveau. Drie ziekenhuizen hadden onbetrouwbare gegevens aangeleverd omdat deze gebaseerd waren op een schatting, dan wel onvolledig of onjuist waren.

Figuur 11.1 en 11.2

In 2008 is het onderscheid tussen door de patiënt en het ziekenhuis afgezegde operaties vervallen. Het totaal aantal uitgevoerde electieve operaties voor 98 ziekenhuizen was 1.156.662 in 2008, dit varieerde van 2.570 tot 30.185, met een gemiddelde van 11.803 operaties per ziekenhuis. Het percentage afgezegde operaties varieerde van 0,1 procent tot 5,1 procent met een gemiddelde van 1,76 procent en een mediaan van 1,35 procent. In 2008 zijn in totaal 20.318 operaties afgezegd. Het aantal afgezegde operaties varieerde van 8 tot 1.149 met een gemiddelde van 207 en een mediaan van 134.

Percentage afgezegde operaties

Het gemiddelde percentage afgezegde operaties, gemiddeld aantal electieve operaties en het aantal ziekenhuizen is voor elke groep ziekenhuizen weergegeven in tabel 11.1. Met een variantie analyse zijn vier groepen ziekenhuizen (niversitair medische centra, Algemeen STZ, Algemeen SAZ en Algemeen OvA) vergeleken op het percentage afgezegde operaties. Kanttekening is wel dat er voorzichtig met de interpretaties omgesprongen moet worden, bijvoorbeeld omdat de groep universitair medische centra klein is (n=8). De categorale ziekenhuizen zijn niet meegenomen omdat deze groep in ieder geval te klein is (n=4). De groepen ziekenhuizen verschilden van elkaar voor het percentage afzeggingen ($p < .001$). De universitair medische centra verschilden van de andere drie groepen met het hoogste percentage (3,9 procent) ($p < .001$). Verder verschilden de groepen niet van elkaar behalve dat de Algemene STZ ziekenhuizen relatief meer operaties afzegden (2,0 procent) dan Algemene SAZ ziekenhuizen (1,1 procent) ($p < .02$).

Tabel 11.1

Het gemiddelde percentage afgezegde operaties, gemiddeld aantal afgezegde operaties en het aantal ziekenhuizen per groep ziekenhuizen

	<i>Gemiddelde percentage afgezegde operaties</i>	<i>Gemiddeld aantal electieve operaties</i>	<i>Aantal ziekenhuizen</i>
Universitair medische centra	3,9	16.369	8
Algemeen STZ ^[1]	2,0	18.064	26
Algemeen SAZ ^[2]	1,1	7.713	36
Algemeen OvA ^[3]	1,3	10.475	24
Categoriaal	2,1	6.746	4

[1] Algemeen STZ: Stichting Topklinische Ziekenhuizen

[2] Algemeen SAZ: Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen

[3] Algemeen OvA: Overige Algemene Ziekenhuizen

Aantal electieve operaties

Ook voor het gemiddeld aantal electieve operaties zijn de vier groepen ziekenhuizen vergeleken met een variantie analyse. Zoals verwacht lijkt hier een tweedeling te bestaan: universitair medische centra en STZ ziekenhuizen voerden meer ($p < .001$) electieve operaties uit (Gemiddeld 16.369 en 18.064) dan de Algemene SAZ en Algemeen Overige ziekenhuizen (Gemiddeld 7.713 en 10.475). Onderling verschilden de STZ en universitair medische centra niet op aantal electieve operaties, dit gold ook voor de Algemene SAZ en Algemeen overige ziekenhuizen.

Vergelijking met 2007

Een vergelijking van het percentage afgezegde operaties met de gegevens van vorig jaar is niet goed mogelijk aangezien er voor 2007 nog onderscheid werd gemaakt tussen patiënt en ziekenhuis afgezegde operaties. Het samenvoegen van deze percentages van 2007 leidt ook niet tot een vergelijkbaar percentage omdat veel ziekenhuizen nog een rest categorie voor afgezegde operaties hanteren. Dat zou suggereren dat het percentage over 2008 hoger zou liggen, er zou immers een derde categorie afzeggingen zijn meegeteld. Het gemiddelde over 2008 (1,8 procent) ligt echter lager dan het gemiddelde over 2007 (2,0 procent). Het zou kunnen dat dit duidt op een verbetering in de planning van ziekenhuizen, of dat de restcategorie niet overal is opgenomen in het percentage.

Het totaal aantal electieve operaties is wel vergelijkbaar met vorig jaar. Twee ziekenhuizen gaven op dat zij in 2008 ruim de helft minder aan electieve operaties hebben uitgevoerd, vergeleken met 2007. Vier ziekenhuizen gaven over 2008 ruim anderhalf keer zoveel electieve operaties op. De meeste ziekenhuizen (± 80 procent) gaven een vergelijkbaar aantal electieve operaties op vergeleken met 2007 (niet meer dan een kwart toe- of afname).

Conclusies

- 1 Vrijwel alle ziekenhuizen (96 procent) kunnen (betrouwbare) gegevens aanleveren over afgezegde operaties.
- 2 De ziekenhuizen verrichtten een totaal van 1.156.662 electieve operaties in 2008 (n=98). Hiervan zijn 20.318 operaties afgezegd.
- 3 Het percentage afgezegde operaties varieert van 0,1 procent tot 5,1 procent. In de ziekenhuizen wordt gemiddeld 1,76 procent van de electieve operaties afgezegd.
- 4 Het aantal electieve operaties is gemiddeld 11.803. Universitair medische centra en Algemene STZ ziekenhuizen voeren significant meer electieve operaties uit (gemiddeld 16.369 en 18.064) dan de Algemene SAZ en Algemeen Overige ziekenhuizen (gemiddeld 7.713 en 10.475).
- 5 Het onderscheid tussen afgezegde operaties door de patiënt en door het ziekenhuis is vervallen voor de basisset van 2008.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen (betrouwbare) gegevens over het percentage afgezegde operaties.
- 2 Het percentage afgezegde operaties is kleiner dan 0,4 procent (p10) of groter dan 3,6 procent (p90).
- 3 Het aantal electieve operaties is ten opzichte van vorig jaar (2007) afgenomen met meer dan de helft.
- 4 Het aantal electieve operaties is ten opzichte van vorig jaar (2007) toegenomen met meer dan de helft.
- 5 De verhouding tussen het huidige percentage afgezegde operaties ten opzichte van het (gezamenlijk) percentage van vorig jaar is kleiner dan een kwart.
- 6 De verhouding tussen het huidige percentage afgezegde operaties ten opzichte van het (gezamenlijk) percentage van vorig jaar is meer dan twee keer zo groot.

12 Intensive Care

Beschikbare indicatoren

- 1 Niveau-indeling van de Intensive Care (IC), variërend van niveau 1 (basis IC) tot niveau 3 (IC-afdeling die is toegerust voor complexe patiënten).
- 2 Bevestiging van niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie.
- 3 Totaal aantal geregistreerde fte intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling.
- 4 Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling.
 - a Aantal beademingsuren voor volwassenen (niet-chirurgisch, postoperatief en cardiochirurgisch), geregistreerd per urencategorie: korter dan 72 uren; tussen 72 – 120 uren; langer dan 120 uren.
 - b Aantal beademingsuren voor kinderen jonger dan 16 jaar, geregistreerd per urencategorie: korter dan 72 uren; tussen 72 – 120 uren; langer dan 120 uren.
- 5 NICE deelname en aanlevering van data voor de database van de stichting NICE.

Relevante begrippen

IC niveau 1,2,3 ^[7]	Een niveau 1, 2 of 3 IC-afdeling is een organisatorische eenheid waar intensieve behandeling en zorg wordt geleverd die voldoet aan de personele, kwaliteits-, bouwkundige- en materiële- eisen zoals gesteld in dit visitatiekader. De eindverantwoordelijkheid berust bij het medisch en verpleegkundig afdelingshoofd.
IC niveau 1 ^[7]	Een patiënt die op grond van de gebruikelijke criteria voor opname op Nederlandse IC-afdelingen baat heeft bij opname op een IC-afdeling, en waarbij opname op een niveau 2 of 3 IC-afdeling niet noodzakelijk dan wel niet te verwachten is en de noodzakelijke behandeling en/of zorg te intensief is voor een normale verpleegafdeling. IC-patiënten met een (te verwachten) langere behandelduur dan 72 uur dienen bij voorkeur niet op een niveau 1 IC-afdeling behandeld te worden.
IC niveau 3 ^[7]	Een niveau 3 IC is een (gedeelte van) een IC-afdeling met een academische en/of supraregionale functie. Het gaat hier meestal om specifieke functies als IC-behandeling van gecompliceerde thorax-, neuro-, en transplantatiechirurgie dan wel om IC-behandeling van traumapatiënten of patiënten met (zeldzame) gecompliceerde aandoeningen.
Geregistreerde intensivist	Medisch specialist die na zijn/haar primaire specialistenopleiding een extra opleiding in het aandachtsgebied intensive care geneeskunde heeft gevolgd.
FTE intensivist	De werktijd die een intensivist aan de IC besteedt als percentage van de werktijd van een medisch specialist met een volledige werkweek.

[7] Bron:
http://www.nvic.nl/nationale_visitatiecommissie_ic.php.

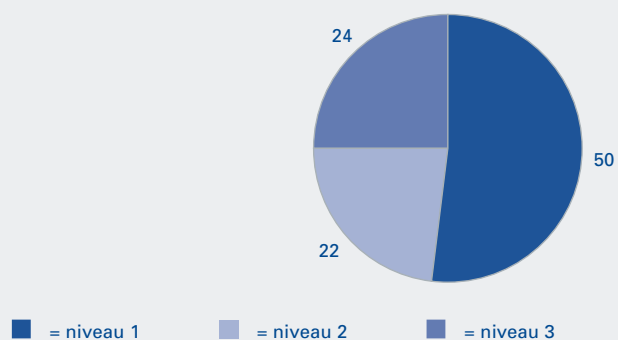
Ziekenhuisselectie

De gegevens over intensive care hebben betrekking op 97 ziekenhuizen en/of locaties, waarvan 8 universitair medische centra, en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Figuur 12.1

Niveau van de IC volgens opgave van het ziekenhuis (n=96)



Figuur 12.1

Van de 96 ziekenhuizen en/of locaties met een IC-afdeling hadden 24 volgens de eigen opgave een IC niveau 3 (in 2007 23 ziekenhuizen), 22 een IC niveau 2 (in 2007 23 ziekenhuizen) en 50 een IC niveau 1 (in 2007 52 ziekenhuizen). De niveau-indeling vertoont een kleine verschuiving ten opzichte van de opgave in 2007. In 2008 hadden 2 ziekenhuizen aangegeven te beschikken over een niveau 3 IC waarbij in het hieraan voorafgaande jaar niveau 2 was opgegeven; voor 1 ander ziekenhuis gold dit vice versa (zie tabel 12.1).

Tabel 12.1

Weergave van niveau verandering opgegeven door de ziekenhuizen

Niveau verandering	Ziekenhuis
1 naar geen IC	St. Maartenskliniek, locatie Nijmegen Talma Sionsberg, Dokkum Ijsselmeerziekenhuizen locatie Zuiderzeeziekenhuis, Lelystad
1 naar 2	Flevoziekenhuis, Almere Stg. St. Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam* Waterlandziekenhuis, Purmerend*
2 naar 1	Stg. Interconfessioneel Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp Rivas Zorggroep Beatrixziekenhuis Gorinchem Ijsselland Ziekenhuis Capelle a/d IJssel
2 naar 3	Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede* Stg. Medisch Centrum Alkmaar*
3 naar 2	Ziekenhuis MCL Leeuwarden

* niet bevestigd middels visitatie

Voortkomende uit een door de inspectie verricht onderzoek naar kwaliteit van zorg op niveau 1 IC-afdelingen (zie kader) geldt dat 3 ziekenhuizen hadden aangegeven niet meer over een intensive care afdeling te beschikken volgens de CBO richtlijn. De inspectie was met deze ziekenhuizen overeengekomen dat zij, gezien het niveau van zorg wat verleend wordt, niet voldoen aan de criteria voor een IC niveau 1. Daarnaast zijn 3 ziekenhuizen van niveau 1 naar niveau 2 gegaan. In onderstaande tabel zijn de belangrijkste verschuivingen van IC niveau aangegeven. Daarnaast worden wijzigingen van opgegeven aantallen mede veroorzaakt door fusies van ziekenhuizen, naast het feit dat dit het eerste jaar is dat ziekenhuizen op locatieniveau registreren. Eén locatie had geen IC niveau opgegeven.

De opgave van niveau indeling door de ziekenhuizen correspondeert met de hiervoor geldende afspraken beschreven in de CBO richtlijn *Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland (2006)*. Dit houdt in dat de afdelingen beschikken over voldoende fte intensivisten en/of beademingsdagen conform het bijbehorende niveau.

Niveau 1: geen minimum

Niveau 2: minimaal 1250 dagen

Niveau 3: minimaal 1500 dagen

In december 2008 is het inspectierapport verschenen 'IC-afdelingen van niveau 1: "op weg naar verantwoorde zorg". Dat rapport beschrijft de resultaten van onderzoek, naar de kwaliteit van intensive care niveau 1 afdelingen. Het onderzoek toonde aan dat nog niet alle niveau 1 intensive care afdelingen in de Nederlandse ziekenhuizen voldeden aan de normen voor verantwoorde zorg. Het onderzoek spitste zich toe op 4 kernpunten:

- 1 aanwezigheid van een intensivist
- 2 continuïteit van zorg buiten kantooruren
- 3 schriftelijk vastgelegd zorgzwaartebeleidsplan
- 4 schriftelijk vastgelegde regionale afspraken

Na een follow-up onderzoek (periode januari – juni 2009) waarbij alle intensive care afdelingen van niveau 1 werden bezocht, kon worden vastgesteld dat vrijwel alle ziekenhuizen met een IC niveau 1 voldoen aan de voorwaarden van verantwoorde zorg, te weten aanwezigheid van een intensivist, de zorgcontinuïteit, het beschikken over een zorgbeleidsplan en afspraken t.a.v. regionale samenwerking. Twee ziekenhuizen voldeden daaraan nog niet geheel. Met die ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt wanneer zij daar wel aan zouden voldoen.

Concreet betekent dit dat de huidige situatie inmiddels zo is, dat alle ziekenhuizen aan de gestelde voorwaarden voldoen.

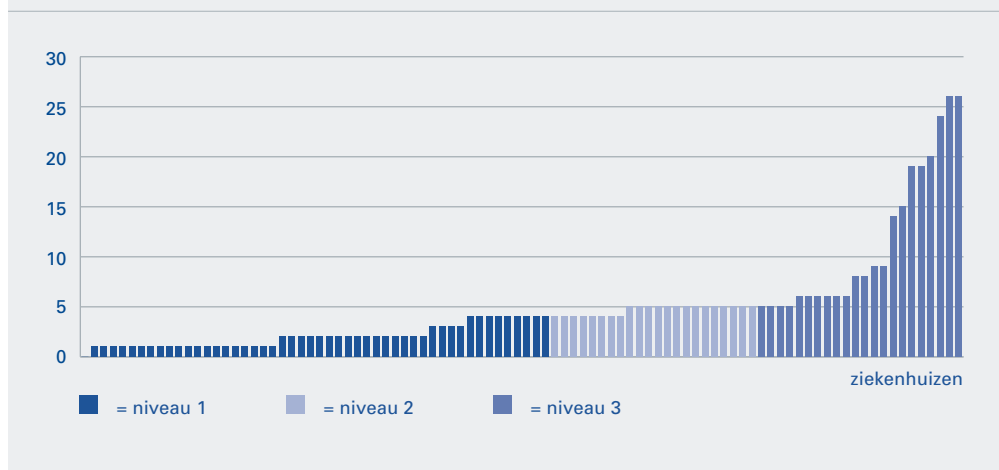
In 2010 zal een onderzoek worden gedaan naar de kwaliteit van zorg bij intensive care afdelingen niveau 2 en niveau 3. De voorbereidingen voor dit onderzoek zijn inmiddels getroffen.

Tabel 12.2

Bevestiging van het IC niveau na visitatie (n=96)

	<i>Niveau bevestigd</i>	<i>Niveau niet bevestigd</i>	<i>Niet gevisiteerd</i>	<i>Geen antwoord</i>	<i>Totaal</i>
Niveau 1	33	5	12	0	50
Niveau 2	13	2	7	0	22
Niveau 3	16	3	4	1	24
Totaal	62	10	23	1	96

Figuur 12.2

Formatie geregistreerde intensivisten naar het opgegeven niveau van de IC (n=96)**Tabel 12.2**

Tabel 12.2 geeft een overzicht van het aantal ziekenhuizen waarbij het opgegeven IC niveau al of niet was bevestigd bij visitatie door de beroepsgroep. Van de 96 ziekenhuizen had 1 niveau 3 IC-ziekenhuis dit deel van de indicator niet beantwoord. Bij 72 gevisiteerde afdelingen (75 procent) was het niveau op 62 afdelingen (86 procent) bevestigd. Op 23 IC-afdelingen (24 procent) had geen visitatie plaatsgevonden. De locatie die geen IC niveau heeft opgegeven, had niet gerepsondeerd op deze indicator.

Figuur 12.2

In de 96 ziekenhuizen die gegevens publiceren over het aantal fte geregistreerde intensivisten waren in totaal 455 fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de intensive care afdelingen. Dat is 15 fte meer dan in 2007. Het aantal fte geregistreerde intensivisten per ziekenhuis varieerde van 0 tot 26. De ondergrens van 0 is inmiddels achterhaald en ligt ongeveer op 0,5 fte. Dit hangt samen met afspraken die de inspectie in 2008 maakte met de ziekenhuizen over de aanwezigheid van tenminste 1 intensivist op een IC afdeling. De ziekenhuizen die hebben aangegeven niet over een intensivist te beschikken, beschikken daar inmiddels wel over: één ziekenhuis is gefuseerd, waarmee de formatie gedekt is; het andere ziekenhuis heeft middels een toelatings-overeenkomst de formatie geborgd.

Het gemiddeld aantal fte bedroeg 4,9. Dat is 0,4 fte meer dan vorig jaar. Op niveau 1 IC-afdelingen zijn (na correctie van de inmiddels achterhaalde 0 fte) gemiddeld 2 fte (spreiding 0,5 – 5) geregistreerde intensivisten beschikbaar; op niveau 2 IC-afdelingen 4,5 fte (spreiding 3 – 8) en op niveau 3 IC-afdelingen 11 fte (spreiding 5 – 26). 67 ziekenhuizen (68 procent) gaven aan dat met de opgegeven formatie een 7x24 uren exclusieve beschikbaarheid voor de IC wordt bereikt. In 26 ziekenhuizen (27 procent) was dat echter niet het geval (aantal fte tussen 0-4). Dit zijn allen niveau 1 IC-afdelingen.

Registratiesystemen

In 92 ziekenhuizen had men de beschikking over een registratiesysteem voor het registreren van beademingsuren en/of dagen.

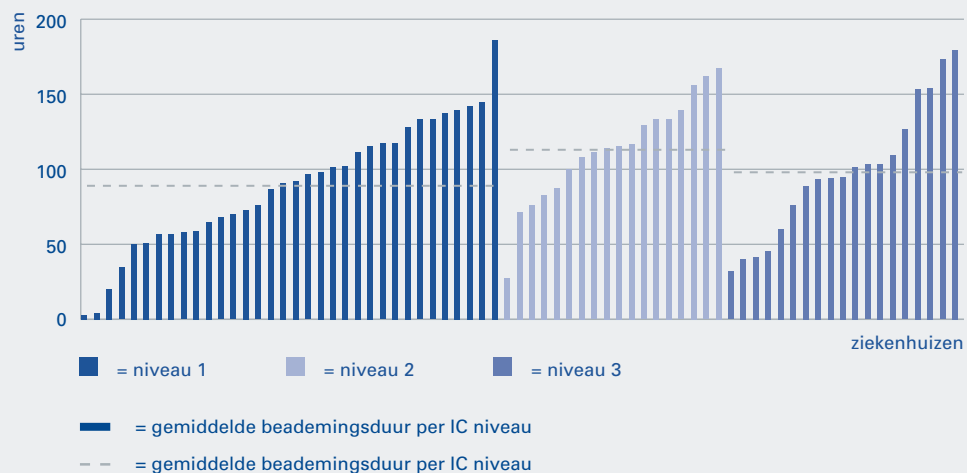
Er zijn 74 ziekenhuizen die deelnamen aan de NICE registratie en tenminste de gegevens van de Minimale Data Set aanleverden. Twee ziekenhuizen gaven wel deelname aan NICE op, maar leverden vervolgens geen gegevens aan.

Iets minder dan de helft van de ziekenhuizen (n= 46) registreerden naast de Minimale Dataset ook de extra gegevens voor de kwaliteitsindicatoren van de NVIC. Twee ziekenhuizen gaven aan wel deel te nemen aan de kwaliteitsindicatoren, maar de gegevens hiervoor niet via de NICE te registreren.

Bijna alle ziekenhuizen (94 procent) hadden data verzameld van het hele cohort IC patiënten en hebben derhalve geen steekproef genomen.

Figuur 12.3

Gemiddelde beademingsduur bij volwassen patiënten (niet cardiochirurgisch) weergegeven in uren verdeeld naar IC niveau (n=72)



Figuur 12.3

In figuur 12.4 is de gemiddelde beademingsduur weergegeven. De gemiddelde beademingsduur, ongeacht IC niveau, was 97 uur. Niveau 1 IC-afdelingen hadden gemiddeld 20 procent meer kortdurende beademingen (korter dan 72 uur) dan niveau 3 IC-afdelingen.

Deze indicator is voor 2008 gewijzigd. In plaats van registratie van beademingsdagen, worden beademingsuren geregistreerd. In 16 ziekenhuizen bleek de registratie van beademingsuren (nog) niet mogelijk en werd het aantal beademingsdagen genoteerd. In deze figuur zijn cardiochirurgische patiënten en kinderen niet weergegeven. Hierdoor zijn dezelfde patiëntengroepen die op verschillende IC niveaus zijn behandeld te vergelijken.

Voor de ziekenhuizen die beademingsdagen hebben aangeleverd, gold zowel een gemiddelde als mediane beademingsduur van ongeveer 5 dagen. Daarmee was de beademingsduur in ziekenhuizen met een dagenregistratie gemiddeld een halve dag langer dan in ziekenhuizen met een urenregistratie.

Tabel 12.3

Gemiddelde beademingsduur

	<i>Patiënten</i>	<i>Beademings- uren</i>	<i>Gemiddelde beademingsduur per patiënt (spreiding)</i>
Totaal	40.425	3.440.011	97 (3-186)
Niet chirurgisch	14.880	1.671.610	103,6 (3-230)
Chirurgisch	9.877	863.968	87,4 (3-180)
Cardiochirurgisch	13.788	442.221	38,8 (19-108)
Kinderen totaal	3.600	380.673	37,4 (0,1-264)
Kinderen PICU	3.508	379.209	123 (62-202)
Kinderen op een IC voor volwassenen	92	1.464	22 (1-264)

Tabel 12.3

Tabel 12.3 geeft een overzicht van de patiëntenaantallen, beademingsuren en gemiddelde beademingsduur per patiënt voor de volgende categorieën: niet chirurgisch, chirurgisch, cardiochirurgisch en kinderen. In 86 ziekenhuizen kon de gemiddelde beademingsduur worden berekend; 2 ziekenhuizen konden in hun registratie (nog) geen onderscheid maken in beademingsdagen voor patiënten met een chirurgische of niet-chirurgische indicatie. Deze ziekenhuizen zijn niet meegenomen in de subgroepanalyse, maar zijn alleen in de totaal analyse meegenomen. Zes ziekenhuizen hebben óf alleen patiëntenaantallen óf alleen beademingsuren ingevuld. Van deze ziekenhuizen kon derhalve geen gemiddelde beademingsduur worden berekend. Vier ziekenhuizen hebben geen gegevens aangeleverd. Er zijn 71 ziekenhuizen die alleen beademingsuren hebben aangeleverd; 15 ziekenhuizen hebben alleen beademingsdagen aangeleverd; 1 ziekenhuis heeft beademingsuren aangeleverd voor cardiochirurgie en heeft voor de overige patiëntencategorieën beademingsdagen aangeleverd. Ruim 50 procent van de patiënten werd korter dan 72 uur (56 procent) beademd op de intensive care en 22 procent wordt langer dan 120 uur beademd.

Het totale aantal beademingsuren bedroeg ruim 3.400.000. Gezien het feit dat dit het eerste jaar is dat de IC indicator vraagt naar beademingsuren en niet naar dagen, kan alleen bij benadering een vergelijk getrokken worden met de aantallen in 2007. Bij benadering komt dit overeen met ruim 175.000 beademingsdagen tegenover ruim 230.000 beademingsdagen in 2007.

Het gemiddeld aantal beademingsuren is 47.777 (spreiding 294 – 256.562).

Van de volwassen patiënten die geen hartoperatie ondergingen, had 60 procent een niet chirurgische indicatie en 40 procent een algemeen chirurgische indicatie. De gemiddelde beademingsduur voor deze patiënten was respectievelijk 103 (mediaan 108) en 87 (mediaan 87) uren.

De gemiddelde beademingsduur voor cardiochirurgische patiënten was 38 uur. Eén niveau 2 IC afdeling vormde hierop een uitzondering met 108 beademingsuren bij cardiochirurgische patiënten.

De groep beademde patiënten jonger dan 16 jaar registreerde een gemiddelde beademingsduur van 37 uren. De academische ziekenhuizen vallen onder de regeling Pediatrische Intensive Care Unit (PICU). Van de 8 academische ziekenhuizen hadden 7 ziekenhuizen betrouwbare gegevens aangeleverd. De PICU registratie leverde een gemiddeld aantal kinderen op van 123 uur (mediane beademingsduur is 113). Gemiddeld werden 3 kinderen geregistreerd op een IC voor volwassenen die 22 uur werden beademd (mediane beademingsduur is 3,5).

Niveau 1 ziekenhuizen

Tabel 12.4

Gemiddelde beademingsduur voor niveau 1 IC-afdelingen

	<i>Patiënten</i>	<i>Beademings- uren</i>	<i>Gemiddelde beademingsduur per patiënt (spreiding)</i>
Totaal	5.747	459.466	89 (3-186)
Niet chirurgisch	3.521	308.939	85 (3-230)
Chirurgisch	1.784	127.064	73 (3-154)

Tabel 12.4

Tabel 12. 4 geeft een overzicht van de patiëntenaantallen, beademingsdagen en gemiddelde beademingsduur, onderverdeeld in de patiëntencategorieën: niet chirurgisch en chirurgisch voor de ziekenhuizen met een niveau 1 IC afdeling. De 4 ziekenhuizen die noch patiëntenaantallen noch beademingscijfers hadden opgegeven, hadden alle een IC niveau 1 afdeling.

Het totale aantal beademingsuren is bijna 460.000, wat geschat kan worden op ongeveer 19.000 beademingsdagen. Tezamen met de opgegeven 5.950 beademingsdagen kan het totale aantal beademingsdagen worden geschat op 25.000. Dit was 11.000 dagen minder dan in 2007. 66 procent van de beademingen was korter dan 72 uur. Ruim 20 procent van de patiënten werd langer dan 120 uur beademd. Er waren 21 ziekenhuizen met een gemiddelde beademingsduur van meer dan 120 uur.

Het gemiddeld aantal beademingsuren was 13.513 met een spreiding van 294 tot 40.248 per ziekenhuis (mediaan is 10.698).

Bij de volwassen patiënten had 68 procent een niet-chirurgische indicatie en 34 procent een algemeen chirurgische indicatie. De gemiddelde beademingsduur was voor de chirurgische patiënten ongeveer een halve dag korter dan voor de niet-chirurgische patiënten.

Er zijn 14 niveau 1 IC-afdelingen waar kinderen waren opgenomen. Van deze ziekenhuizen hadden 13 IC-afdelingen beademingsuren opgegeven. Er waren 33 kinderen opgenomen met in totaal 290 beademingsuren. De gemiddelde beademingsduur bedroeg 9 uur (spreiding 0,2-36). De mediane beademingsduur bedroeg 3 uur. Deze scheve verdeling werd veroorzaakt door 2 ziekenhuizen die 24 respectievelijk 36 uur hadden geregistreerd. Alle kinderen zijn korter dan 72 uur beademd.

Er worden volgens de richtlijn geen cardiochirurgische patiënten behandeld op een IC niveau 1. Er was 1 ziekenhuis dat meldde 1 cardiochirurgische patiënt te hebben behandeld.

Niveau 2 ziekenhuizen

Tabel 12.5

Gemiddelde beademingsduur voor niveau 2 IC-afdelingen

	<i>Patiënten</i>	<i>Beademings- uren</i>	<i>Gemiddelde beademingsduur per patiënt (spreiding)</i>
Totaal	7.078	691.160	113 (27-167)
Niet chirurgisch	3.406	425.659	128 (72-184)
Chirurgisch	1.896	211.465	116 (66-172)

Tabel 12.5

Tabel 12.5 toont een overzicht met gegevens voor niveau 2 ziekenhuizen. Het gemiddeld aantal beademingsuren voor IC niveau 2 was 38.397; de mediaan was 35.582 met een spreiding van 17.347 tot 65.208. Ruim 50 procent van de patiënten lag korter dan 72 uur op de IC afdeling en 30 procent van de patiënten lag langer dan 120 uur op een IC niveau 2 afdeling.

Voor zover een vergelijk met het voorgaande jaar gemaakt kan worden, kan worden gesteld dat de huidige cijfers overeenkomen met de cijfers uit 2007.

De gemiddelde beademingsduur bij de niet chirurgische en chirurgische patiëntengroep leek ongeveer even hoog te liggen.

Er zijn een aantal cardiochirurgische centra op niveau 2 IC-afdelingen. Er waren 4 niveau 2 ziekenhuizen die gezamenlijk 1.740 cardiochirurgische patiënten hebben behandeld. Het totaal aantal beademingsuren bedroeg 53.297. De gemiddelde beademingsduur was 51 uur met een spreiding van 27 tot 107 uur (mediaan is 34 uur).

Er waren 11 ziekenhuizen die 1 tot 8 kinderen gemiddeld 15 uur hadden beademd. Het totaal aantal beademingsuren bedroeg 739. Van deze ziekenhuizen hadden 10 IC-afdelingen beademingsuren opgegeven. Er was geen niveau 2 ziekenhuis waarbij kinderen langer dan 72 uur op de IC afdeling verbleven. De mediane beademingsduur was 3 uur (spreiding 1 – 58). Het verschil tussen het gemiddelde en de mediaan werd veroorzaakt door 1 ziekenhuis dat ruim 58 uur heeft geregistreerd.

Niveau 3 ziekenhuizen

Tabel 12.6

Gemiddelde beademingsduur voor niveau 3 IC-afdelingen

	<i>Patiënten</i>	<i>Beademings- uren</i>	<i>Gemiddelde beademingsduur per patiënt (spreiding)</i>
Totaal	27.550	2.285.102	98 (31-179)
Niet chirurgisch	7.856	931.145	122 (48-197)
Chirurgisch	6.154	524.035	95 (44-180)
Cardiochirurgisch	12.043	388.684	34 (19-66)
Kinderen	3.528	379.553	77 (2,6-264)

Tabel 12.6

Tabel 12.6 geeft een overzicht van de resultaten voor niveau 3 ziekenhuizen. Het gemiddeld aantal beademingsuren voor IC niveau 3 bedroeg 120.268 (spreiding 23.883 tot 256.562 met een mediane duur van 92.996). 40 procent van de patiënten lag korter dan 72 uur op de IC afdeling; 20 procent van de patiënten was langer dan 120 uur opgenomen. In vergelijking met de niveaus 1 en 2 bleek dat niveau 1 IC afdelingen gemiddeld 20 procent meer kortdurende opnames (kleiner dan 72 uur) verzorgden dan niveau 3 IC-afdelingen. De langduriger opnames (langer dan 120 uur) vonden plaats tussen de 20 en 30 procent bij alle IC-afdelingen, ongeacht niveau indeling. De gemiddelde beademingsduur lag voor de niveau 3 IC-afdelingen rond de 98 uur; dit is iets lager dan bij niveau 2 IC-afdelingen (113 uur) en iets hoger dan bij niveau 1 afdelingen (89 uur).

Het gemiddeld aantal cardiochirurgische IC patiënten bedroeg 926 (spreiding 27 tot 1.687) met een gemiddeld aantal beademingsuren van 29.898 (spreiding 680 tot 60.288). De gemiddelde beademingsduur was 34 uur.

De meeste cardiochirurgische patiënten (93 procent) werden kortdurend (minder dan 72 uur) beademd; 5 procent van het totaal aantal cardiochirurgische patiënten (n=617) werden langer dan 120 uur beademd op een niveau 3 IC afdeling.

De meeste kinderen worden in niveau 3 ziekenhuizen behandeld. Er waren 18 ziekenhuizen die kinderen hadden behandeld waarvan 14 ziekenhuizen beademingsuren hadden geregistreerd. Deze 14 ziekenhuizen hadden gemiddeld 252 kinderen (spreiding 1 – 721) behandeld met in totaal 379.553 beademingsuren. Het gemiddeld aantal beademingsuren bedroeg 31.629 (spreiding 6 – 128.650). De mediane beademingsduur was 103 uur en lag dicht bij het gemiddelde van 96 uur. De spreiding was fors en werd hoofdzakelijk veroorzaakt door een ziekenhuis dat 1 kind gedurende 264 uur heeft beademd.

Conclusies

- 1 Enkele verschuivingen van IC niveau hebben plaatsgevonden. De verschuivingen met promotie (van 1 naar 2 en van 2 naar 3) zijn merendeels (nog) niet bevestigd middels visitatie.
- 2 Bij 72 gevisiteerde afdelingen (75 procent) is het niveau op 62 afdelingen (86 procent) bevestigd. Op 23 IC-afdelingen (24 procent) heeft geen visitatie plaatsgevonden.
- 3 Op niveau 1 IC-afdelingen zijn, gemiddeld 2 fte geregistreerde intensivisten beschikbaar; op niveau 2 IC-afdelingen 4,5 fte en op niveau 3 IC-afdelingen 11 fte. Steeds meer IC-afdelingen hebben een intensivistenbezetting die overeenstemt met de gestelde eisen in de richtlijn.
- 4 Er zijn 16 ziekenhuizen die geen beademingsuren konden aanleveren, maar alleen beademingsdagen.
- 5 Registratie van beademingsdagen is een overschatting van de beademingsduur.
- 6 Het verschil tussen de gemiddelde beademingsuren per niveau 1, 2 en 3 IC is gering. Niveau 1 IC-afdelingen hebben gemiddeld 20 procent meer kortdurende beademingen dan niveau 3 IC-afdelingen.
- 7 Er zijn 26 niveau 1 ziekenhuizen waarbij de gemiddelde beademingsduur langer is dan 72 uur of meer dan 3 dagen.
- 8 Ruim 50 procent van de patiënten verblijft korter dan 72 uur (of 1 tot 3 dagen) op de intensive care en in ruim 20 procent langer dan 120 uur (of 6 of meer dagen).
- 9 Driekwart van de IC-afdelingen neem deel aan de NICE registratie. Vrijwel alle IC-afdelingen die hieraan deelnemen registreren een minimale data set.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis is niet gevisiteerd of het opgegeven niveau is bij visitatie niet bevestigd.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen registratiesysteem voor beademingsuren.
- 3 Het ziekenhuis registreert beademingsdagen in plaats van beademingsuren.
- 4 Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over de beademingsduur.
- 5 De gemiddelde beademingsduur voor de niet chirurgische en chirurgische patiëntengroep is >147 uren (p90), óf
- 6 De gemiddelde beademingsduur voor de niet chirurgische en chirurgische patiëntengroep is > 8 dagen (p90).
- 7 De gemiddelde beademingsduur voor de cardiochirurgische patiëntengroep is > 70 uren (p90).
- 8 Het ziekenhuis valt niet onder de PICU regeling, maar heeft een gemiddelde beademingsduur voor de kinderen > 24 uur (p90).
- 9 Het ziekenhuis valt onder de PICU regeling en heeft een gemiddelde beademingsduur voor de kinderen > 201 uur.
- 10 Een cardiochirurgisch centrum heeft < 500 patiënten.

13 Zwangerschap

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage uitgevoerde bevallingen met een keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage (VOKS-percentage).
 - a Aanwezigheid van een perinatologisch centrum in relatie tot de beschikking over een WBMV-vergunning.
 - b Totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.
 - c VOKS-percentage voor primaire sectio's 2008.
 - d VOKS-percentage voor secundaire sectio's 2008.

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).
WBMV-vergunning	Een vergunning om de naam perinatologische zorg te verlenen. Het betreft een regeling onder de Wet op de bijzondere medische voorzieningen (WBMV). Ziekenhuizen mogen geen perinatologische zorg verlenen zonder vergunning.
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 Kwaliteit Spiegeling.
VOKS-percentage	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-percentage P90 wil zeggen dat 90 procent van alle gynaecologenpraktijken bij eenzelfde populatiesamenstelling minder keizersneden uitvoeren.

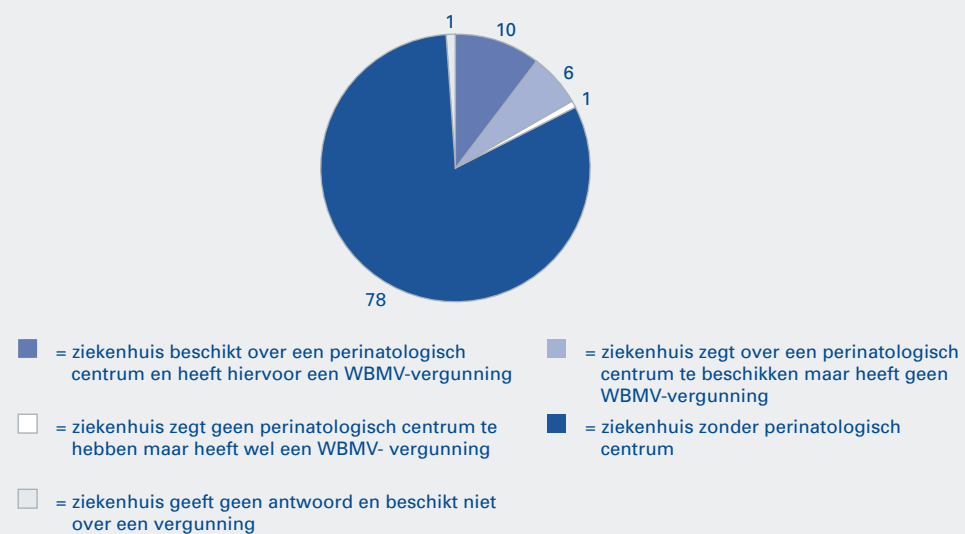
Ziekenhuisselectie

De gegevens hebben betrekking op 96 ziekenhuizen en/of locaties waarvan 8 universitair medische centra.

Resultaten

Figuur 13.1

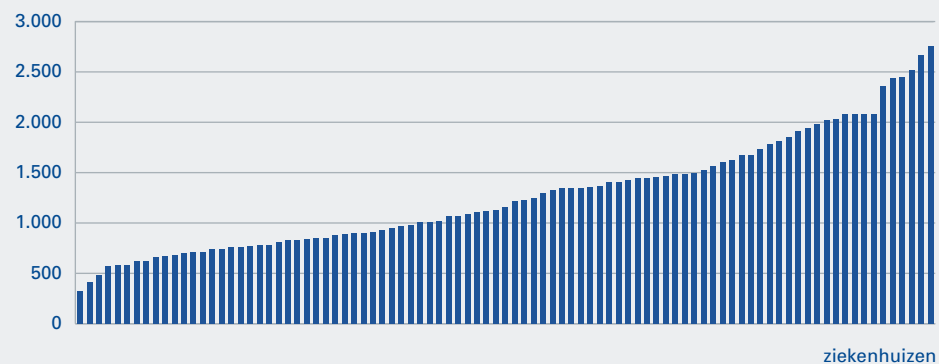
Perinatologisch centrum (n=96)



Figuur 13.1

Van de 96 ziekenhuizen hebben 16 ziekenhuizen aangegeven dat ze in het verslagjaar beschikten over een Perinatologisch centrum. In Nederland hadden 11 ziekenhuizen een vergunning als Perinatologisch centrum onder de Wet op bijzondere medische voorzieningen (WBMV). Van deze 11 ziekenhuizen met vergunning beschikten 10 ziekenhuizen over een Perinatologisch centrum, 1 ziekenhuis met vergunning heeft aangegeven niet over een dergelijk centrum te beschikken. Het is niet bekend wat de aanduiding van Perinatologisch centrum in de 6 andere ziekenhuizen zonder vergunning betekent.

Figuur 13.2

Aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog**Figuur 13.2**

Van de 96 ziekenhuizen met een verloskunde afdeling, is van 91 ziekenhuizen het totaal aantal bevallingen onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog bekend. In 2008 waren dit 115.508 bevallingen, ruim 5.000 bevallingen meer dan in 2007 in dezelfde ziekenhuizen. In 2008 zijn volgens het CBS, 184.643 kinderen levend geboren^[8]. Het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog was tenminste 62,6 procent van het aantal levend geboren in Nederland. Gemiddeld vonden per ziekenhuis 1.269 bevallingen per jaar plaats met een variatie van minimaal 318 bevallingen tot maximaal 2.755. In 3 ziekenhuizen vonden minder dan 500 bevallingen per jaar plaats.

In zes ziekenhuizen was het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog met meer dan 20 procent toegenomen. Eén ziekenhuis had in 2008 een toename van 90 procent van het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog. Een mogelijk verklaring kan zijn dat het ziekenhuis in dat jaar bezig was met een samenwerkingsverband met omliggende ziekenhuizen of een fusie. Belangrijk in dit geval is op welke wijze het ziekenhuis met de toegenomen patiëntenstroom is omgegaan en op welke wijze de kwaliteit van zorg gewaarborgd bleef en blijft.

In 1 ziekenhuis was een daling van meer dan 20 procent te zien van het totaal aantal bevallingen.

De VOKS- registratie is een hulpmiddel voor de gynaecoloog om te evalueren of de beslissing tot het verrichten van een keizersnee gesteund zou worden door andere gynaecologen. Bij een percentielscore van 90 betekent dit dat 90 procent van de praktijken minder keizersnedes zouden hebben uitgevoerd bij eenzelfde populatie. In het verslagjaar 2007 is gekozen om de VOKS-percentielen niet weer te geven vanwege een aanlevering van onjuiste gegevens. Daarom stuurde de stichting Perinatale Registratie bij de verzending van de VOKS-rapportage aan de gynaecologen een specifieke instructie om de juiste gegevens voor de indicatoren uit het programma te verkrijgen. Desondanks bleek ook dit jaar dat het voor ziekenhuizen nog onvoldoende duidelijk welk gegeven in het VOKS-rapport het in de indicatoren gevraagde VOKS-percentiel is. Besloten is de VOKS-percentielen voor 2008 opnieuw per brief bij de ziekenhuizen op te vragen.

[8] CBS: totaal aantal levend geboren 2008: 184.634.

Conclusies

- 1 Tien ziekenhuizen beschikten in 2008 over een perinatologische afdeling en een WBMV-vergunning. Eén ziekenhuis beschikte over een WBMV-vergunning maar gaf aan geen Perinatologisch centrum te hebben. Zes ziekenhuizen gaven aan te beschikken over een Perinatologisch centrum maar misten de daarbij horende vergunning.
- 2 Van 91 ziekenhuizen is het totaal aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog bekend. Totaal hebben hier 115.508 bevallingen onder leiding van een gynaecoloog plaatsgevonden met een gemiddelde van 1.269 bevallingen per ziekenhuis. Het aantal bevallingen varieert van 318 tot 2.755. In drie ziekenhuizen vonden minder dan 500 bevallingen plaats.
- 3 In zes ziekenhuis was het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog toegenomen met meer dan 20 procent. In 1 ziekenhuis was het aantal bevallingen gedaald met meer dan 20 procent.
- 4 De VOKS-percentielen bleken bij verificatie door de stichting Perinatale Registratie in veel ziekenhuizen onjuist. Omdat de inspectie niet weet in welke ziekenhuizen de opgave foutief waren, heeft zij deze gegevens in alle ziekenhuizen opnieuw opgevraagd
- 5 Juiste interpretatie van het percentiel is van belang voor inzicht en sturing op de kwaliteit van zorg.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis gaf aan een Perinatologisch centrum te zijn, maar beschikte niet over een vergunning.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen cijfers over het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog aangeleverd.
- 3 Het ziekenhuis had minder dan 500 bevallingen onder leiding van een gynaecoloog.
- 4 Het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog is gedaald of toegenomen met meer dan 20 procent.

14 Diabetes mellitus

Beschikbare indicatoren

- 1 Gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetespatiënten.
 - a Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij diabetespatiënten.
 - b Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per diabetespatiënt per jaar.
- 2 Oogheelkundige controle bij diabetes.
 - a Percentage diabetespatiënten die een fundusscopie of fundusfotografie hebben ondergaan.

Relevante begrippen

HbA1c	Een maat voor de gemiddelde bloedglucose- spiegel gedurende 2 tot 3 maanden. Dit geeft aan hoe goed bij een individuele patiënt de diabetes onder controle is. Door de bloedglucose- spiegel 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 van patiënten met diabetes type I en II gedeeld door het aantal HbA1c-bepalingen bij patiënten met diabetes type I en II. Een hoog gemiddelde kan betekenen dat er relatief veel 'moeilijke' diabetespatiënten zijn, het kan ook een aanwijzing zijn dat winst te boeken is voor een effectievere diabetesbehandeling.
Laboratorium-referentie	De waarde die het laboratorium hanteert als normaalwaarde. De referentiewaarde betreft de HbA1c-waarde die bij mensen zonder diabetes wordt gemeten en het laboratorium als uitgangspunt neemt. Hoe kleiner het verschil is tussen de ondergrens en bovengrens van de laboratoriumreferentiewaarde hoe zuiverder de meting is.
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.

Ziekenhuisselectie

De gegevens van diabetes mellitus hebben betrekking op 97 ziekenhuizen en/of locaties waarvan 8 universitair medisch centra.

Resultaten

In verslagjaar 2008 zijn een aantal veranderingen doorgevoerd ten opzichte van het voorgaande jaar. De specifieke vraag naar geïntegreerde diabetes zorg is verdwenen en de vraag naar gehanteerde laboratoriumreferenties is aangepast. Over verslagjaar 2008 worden de onder- en bovengrens van de laboratoriumreferentie gevraagd.

Gegevens

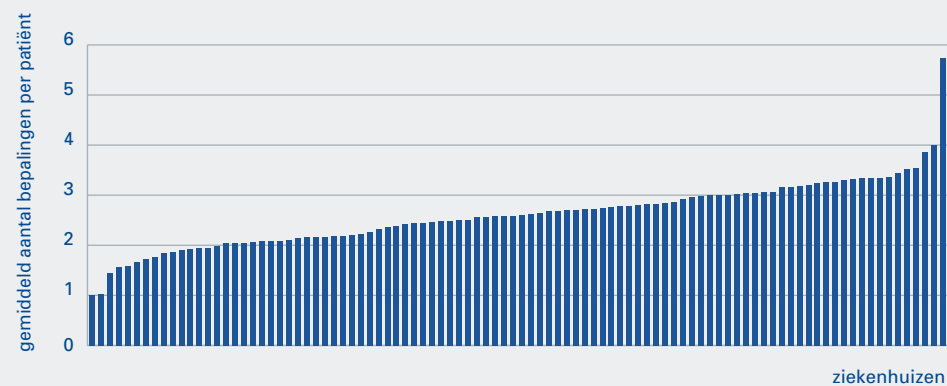
De indicator diabetes bestaat uit twee subindicatoren 14.1 en 14.2 (zie vorige pagina). Indicator 14.1 vraagt naar de gemiddelde HbA1c-waarde en indicator 14.2 vraagt naar de oogheelkundige controle bij diabetes.

De mate waarin een ziekenhuis het registratiesysteem gebruikt voor het rapporteren van gegevens aan de inspectie, verschilt per subindicator. Voor het eerste gedeelte van de indicator (14.1) gaven 95 van de 97 ziekenhuizen aan dat de gegevens waren verkregen vanuit een registratiesysteem waar het ziekenhuis over beschikt. De gegevens voor indicator 14.2 zijn minder vaak vanuit het registratiesysteem gehaald. 82 ziekenhuizen gaven aan voor de tweede subindicator een registratiesysteem te gebruiken. Het gebruik van steekproefgegevens verschilt eveneens per subindicator. Mogelijk is er een verband tussen het gebruiken van steekproef gegevens en het niet kunnen extraheren van gegevens uit een registratiesysteem.

Het merendeel van de ziekenhuizen heeft gegevens aangeleverd van alle patiënten. Slechts 5 ziekenhuizen gaven aan steekproefgegevens te rapporteren voor de eerste subindicator (14.1) Van drie ziekenhuizen is onbekend of ze steekproefgegevens hebben aangeleverd. Bij subindicator 14.2 maakte de ziekenhuizen vaker gebruik van steekproefgegevens. 22 ziekenhuizen gaven aan steekproef gegevens te hebben gerapporteerd.

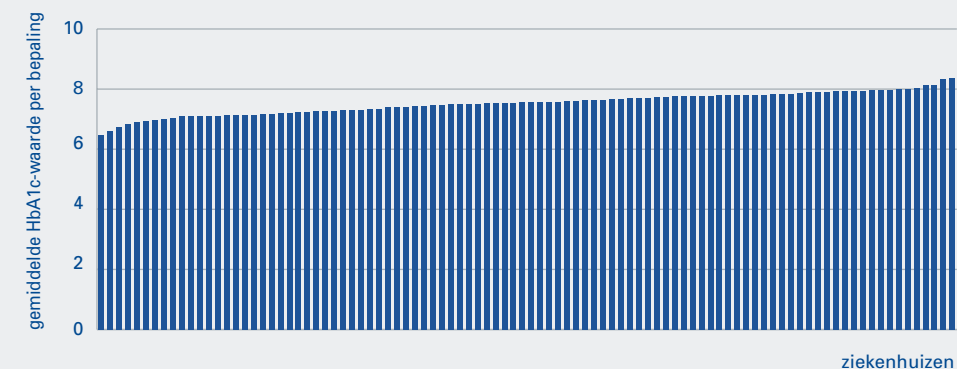
Figuur 14.1

Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen in 2008 bij diabetespatiënten (n=96)



Figuur 14.2

Gemiddelde HbA1c-waarde in 2008 per bepaling van diabetespatiënten (n=96)



Figuur 14.1 en 14.2

Van de 97 ziekenhuizen die zorg verlenen zijn de gegevens van 2 ziekenhuizen niet meegenomen in de analyse en figuren. Deze ziekenhuizen hebben geen gegevens aangeleverd. In beide figuren zijn gegevens weergegeven van 96 ziekenhuizen, dit komt doordat één ziekenhuis geen gegevens heeft aangeleverd voor het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt oftewel subindicator 14.1 en een ander ziekenhuis geen gegevens heeft aangeleverd voor de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling, subindicator 14.2.

In 2008 was bij 187.922 diabetes patiënten de HbA1c-waarde gemeten. Het aantal gemeten patiënten in 2008 verschilde per ziekenhuis, variërend van 377 tot 7.522 diabetespatiënten.

Gemiddeld ondergingen diabetes patiënten 2,6 HbA1c- bepalingen in 2008, met een spreiding van 1,0 tot 5,7. Tussen universitaire medische centra en ziekenhuizen is op basis van de gegevens die ziekenhuizen hebben aangeleverd geen verschil te zien in het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt. Ook lijkt er geen verschil te bestaan tussen de ziekenhuizen die hebben gerapporteerd over de gehele populatie en ziekenhuizen die gerapporteerd hebben op basis van steekproefgegevens.

De gemiddelde waarde per HbA1c-bepaling was 7,5 met een spreiding van 6,5 tot 8,4. Net als bij het gemiddelde aantal bepalingen per patiënt bestaat er op basis van de door de ziekenhuizen aangeleverde data geen verschil tussen ziekenhuizen en universitaire medische centra en geen verschil tussen ziekenhuizen die rapporteren over de gehele populatie of over een steekproef.

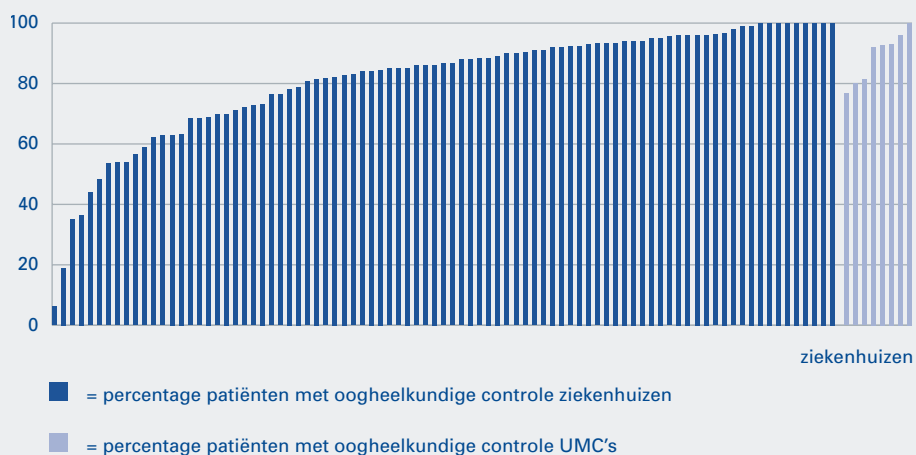
Laboratoriumreferentiewaarde

Voor het eerst konden de ziekenhuizen dit jaar de ondergrens en bovengrens van de laboratoriumreferentie aangeven. Slechts 2 ziekenhuizen hebben beide grenzen niet aangeleverd. Een aantal ziekenhuizen hebben alleen de boven- of de ondergrens aangegeven. Van 87 ziekenhuizen is zowel de onder- als de bovengrens bekend. Van 88 ziekenhuizen is de ondergrens van de laboratoriumreferentie bekend. De ondergrens was gemiddeld 4,1 en varieert van 3,0 tot 6,0. De bovengrens is bekend van 94 ziekenhuizen en varieert van 5,5 tot 8,5.

Hoe kleiner het verschil tussen de onder- en bovengrens van de referentiewaarde, hoe zuiverder de meting is. Van de 87 ziekenhuizen waar beide grenzen van bekend zijn, was het gemiddelde verschil tussen deze grenzen 2,1 met een variatie van 1,0 tot 4,0. Overigens heeft maar 1 ziekenhuis een verschil tussen de ondergrens en bovengrens van 4,0.

Figuur 14.3

Percentage van diabetespatiënten, die binnen het onderzoeksjaar een fundusscopie of -fotografie hebben ondergaan (n=95)



Figuur 14.3

Van 95 ziekenhuizen is het percentage patiënten met een fundusscopie of fundusfotografie bekend. Gegevens van 2 ziekenhuizen zijn niet meegenomen in de analyse en grafieken omdat de gegevens zijn gebaseerd op een schatting en gebruik is gemaakt van een onjuiste selectie van patiënten.

In totaal hebben in 2008, 114.822 patiënten met diabetes een fundusscopie of fundusfotografie ondergaan van de in totaal 140.954 diabetespatiënten. Gemiddeld kreeg 81,5 procent van de diabetespatiënten een fundusscopie of fundusfotografie dit percentage varieert van 6,2 tot 100 procent.

In tegenstelling tot het eerste gedeelte van de indicator lijkt er nu wel een verschil te bestaan tussen ziekenhuizen en universitair medische centra.

Het percentage patiënten met een fundusscopie of een fundusfotografie lag hoger in universitair medische centra dan in ziekenhuizen. Gemiddeld kreeg 89,0 procent van de diabetespatiënten in een universitair medisch centrum een fundusscopie- of fotografie, met een spreiding van 76,7 tot 100 procent. In ziekenhuizen lag dit percentage iets lager, daar kreeg gemiddeld 81,3 procent van de diabetespatiënten een fundusscopie- of fotografie. Het betreft een spreiding van 6,2 tot 100 procent.

Het verschil in percentage patiënten die een fundusscopie of -fotografie ondergaan verschilde eveneens tussen instellingen die rapporteren over de gehele populatie en instellingen die rapporteren over een steekproef. In instellingen die gegevens van de gehele populatie hebben gerapporteerd ondergaat 80,8 procent van de patiënten een fundusscopie of -fotografie tegenover gemiddeld 88,6 procent van de patiënten bij ziekenhuizen die steekproefgegevens hebben gerapporteerd. Mogelijk kan dit worden verklaard door verschillen tussen universitair medische centra en ziekenhuizen in het gebruik van steekproeven. Voor het tweede gedeelte van de indicator maakte 21,3 procent (n=19) van de ziekenhuizen gebruik van steekproefgegevens tegenover 37,5 procent (n=3) van de universitair medische centra. Of het verschil in percentage patiënten met een oogheelkundige controle veroorzaakt is door de kwaliteit van de steekproef of dat er een daadwerkelijk verschil in zorg aan ten grondslag lag, kon niet worden achterhaald op basis van deze gegevens.

Conclusies

- 1 Het merendeel van de ziekenhuizen heeft gegevens aangeleverd over alle patiënten. De minderheid heeft gebruikgemaakt van steekproefgegevens.
- 2 Het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt van 96 ziekenhuizen is bekend. Het gemiddelde van alle ziekenhuizen was 2,6 bepalingen per patiënt met een variatie van 1 tot 5,7 bepalingen.
- 3 De gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling is eveneens bekend van 96 ziekenhuizen. De gemiddelde waarde per bepaling was 7,5 en varieert van 6,5 tot 8,4.
- 4 De onder- en bovengrens van de laboratoriumreferentiewaarde van 87 ziekenhuizen is bekend. Het gemiddelde verschil tussen de onder- en bovengrens was 2,1 met een variatie van 1,0 tot 4,0.
- 5 Van 95 ziekenhuizen is het percentage diabetespatiënten met fundusscopie of fundusfotografie bekend. Van de 95 ziekenhuizen hebben 22 ziekenhuizen gebruikgemaakt van steekproefgegevens.
- 6 Van de ziekenhuizen die gerapporteerd hebben onderging gemiddeld 81,5 procent van de patiënten met diabetes een fundusscopie of fundusfotografie. Hierbij was sprake van een variatie van 6,2 tot 100 procent.
- 7 Het percentage diabetespatiënten met een fundusscopie of fundusfotografie lag hoger bij de universitaire medisch centra dan bij de ziekenhuizen (respectievelijk 89,0 en 81,3 procent). Het steekproefpercentage voor het tweede gedeelte van de indicator lag ook hoger bij universitair medische centra. 21,3 procent van de ziekenhuizen maakte gebruik van steekproefgegevens voor indicator 14.2 tegenover 37,5 procent van de universitaire medische centra.

Reactie inspectie

De inspectie stelt nadere vragen bij het ziekenhuis indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen of incomplete gegevens over het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar.
- 2 Het ziekenhuis voert gemiddeld $\leq 1,9$ of $\geq 3,3$ bepalingen per patiënt uit per jaar. Deze getallen zijn gebaseerd op respectievelijk het 10e en 90e percentiel.
- 3 Het ziekenhuis geeft geen of incomplete gegevens over de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling.
- 4 Het ziekenhuis heeft een gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling $\leq 7,1$ (percentiel 10) of $\geq 7,9$ (percentiel 90).
- 5 Het verschil tussen de onder- en bovengrens van de laboratoriumreferentiewaarde is kleiner dan 1,6 (percentiel 10) of is groter dan 3,5 (percentiel 90).
- 6 Het gemiddeld aantal diabetes patiënten met een fundusscopie of fundusfotografie is $\leq 55,5$ (percentiel 10) of is 100 procent (percentiel 90).

15 Cardiologie

Beschikbare indicatoren

- 1 Sterfte in het jaar na het eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie; in 2007 is alleen nog het totaal aantal EAC-geregistreerde patiënten ouder dan 70 jaar opgevraagd. Zodra het BSN-nummer volledig is ingevoerd kan het sterftecijfer bepaald worden. De indicator geeft dan een signaal over het functioneren van de cardiologische zorgketen.
- 2 De ziekenhuissterfte na opname voor een acuut myocardinfarct (AMI); de indicator zegt iets over de tijdigheid en kwaliteit van de cardiologische zorg. Dit is het eerste jaar dat alleen naar de ziekenhuissterfte gevraagd wordt, en niet meer naar de 30-daagse sterfte.
- 3 Heropnames na hartfalen: het percentage heropnames is een signaal voor het functioneren van de hartfalenpoli. Naar verwachting zal het percentage dalen als multidisciplinaire richtlijn chronisch hartfalen wordt gevolgd.^[9]

Relevante begrippen

EAC	Het eerste administratief consult (EAC) werd voorheen eerste polikliniekbezoek genoemd. Met de invoering van EAC is echter het doel geworden om alle patiënten die op de polikliniek cardiologie gezien worden eenmaal in een jaar te registreren. De patiënt krijgt dus ieder jaar bij het eerste bezoek (EAC) een registratie, ook als hij in voorgaande jaren bij de cardioloog geweest is.
Acuut myocardinfarct (AMI)	Hartaanval: door een plotselinge afsluiting van een kransvat dat de hartspier van bloed voorziet, sterft een deel van de hartspier af. AMI kan zich uiten in typische symptomen zoals pijn op de borst en uitstraling naar de linkerarm, afwijkingen in het ECG en enzymstijgingen.
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 dat de hartspier 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 hartspier afneemt. Ook een lekkende hartklep of hartritmestoornissen kunnen hartfalen veroorzaken.

[9] Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.
Multidisciplinaire Richtlijn Chronisch Hartfalen. Alphen
aan den Rijn: Van Zuiden. 2002. ISBN 90-76906-57-2.

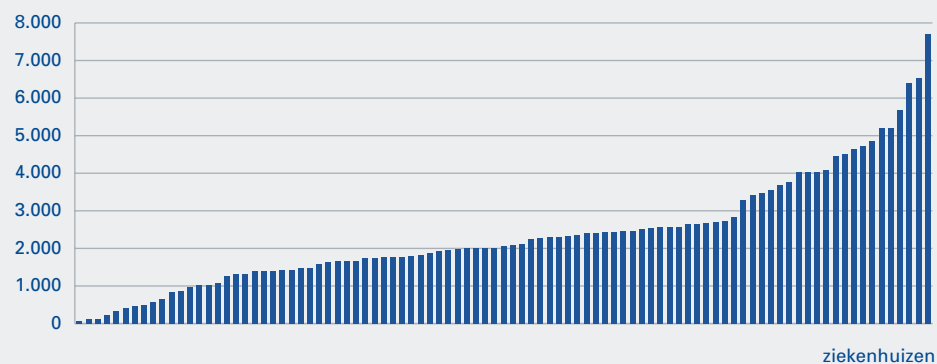
Ziekenhuisselectie

Over de indicator cardiologie dienden 97 ziekenhuizen en/of locaties te rapporteren waarvan 8 universitair medische centra. 4 categorale ziekenhuizen hoefden geen gegevens hierover aan te leveren.

Resultaten

Figuur 15.1

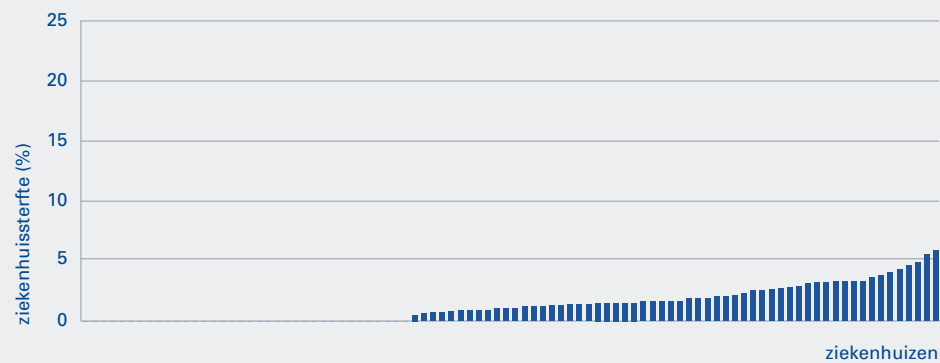
Aantal EAC-geregistreerde patiënten ouder dan 70 jaar per ziekenhuis (n=94)



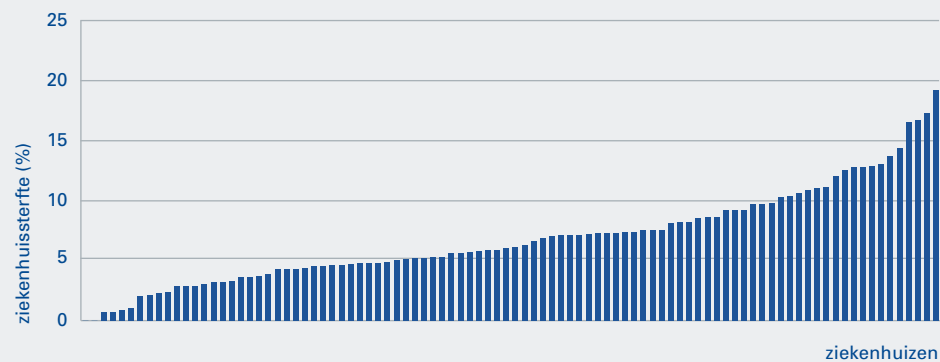
Figuur 15.1

Van de 97 ziekenhuizen konden 93 het aantal EAC-geregistreerde patiënten ouder dan 70 jaar melden. In 2007 konden nog maar 81 ziekenhuizen het aantal EAC's leveren. De rapportage over de noemer van het EAC laat een gespreid beeld zien. Ziekenhuizen meldden aantallen EAC's voor patiënten ouder dan 70 jaar variërend van 60 tot 7.699. In totaal is voor 220.343 hartpatiënten een EAC geregistreerd. Net als vorig jaar is dit jaar alleen de noemer beschikbaar. De indicator is pas compleet als de teller, afhankelijk van het BSN-nummer, geleverd kan worden.

Figuur 15.2

Beschikbaarheid van gegevens over sterfte na opname voor een AMI bij patiënten (n=96)

Figuur 15.3

Ziekenhuissterfte voor patiënten van 65 jaar en ouder (n=94)**Figuur 15.2 en 15.3**

Van 94 ziekenhuizen is de ziekenhuissterfte bekend. In de groep patiënten jonger dan 65 jaar zijn er in totaal 12.524 behandeld van wie er 186 zijn overleden (1,5 procent) tijdens hun ziekenhuisopname. Het percentage varieerde per ziekenhuis van 0,0 tot 5,9 procent.

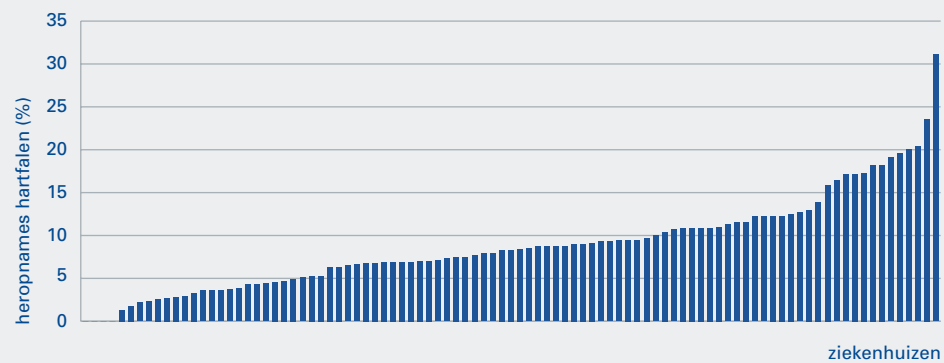
In de groep patiënten van 65 jaar en ouder zijn 15.051 patiënten opgenomen geweest. Hiervan zijn er 946 overleden (6,3 procent). Dit percentage is 2 procent lager ten opzichte van vorig jaar. Percentages varieerden van 0,0 tot 19,2 procent.

In totaal rapporteerden 94 ziekenhuizen 27.575 patiënten waarvan 45,4 procent jonger dan 65 jaar en 54,6 procent 65 jaar of ouder. Deze cijfers zijn vrijwel onveranderd gebleven ten opzichte van vorig jaar.

Het gaat in veel ziekenhuizen om een kleine patiëntengroep. Hierdoor kunnen sterftcijfers per jaar sterk variëren. Sterftcijfers 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.

Figuur 15.4

Percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar (n=95)



Figuur 15.4 en 15.5

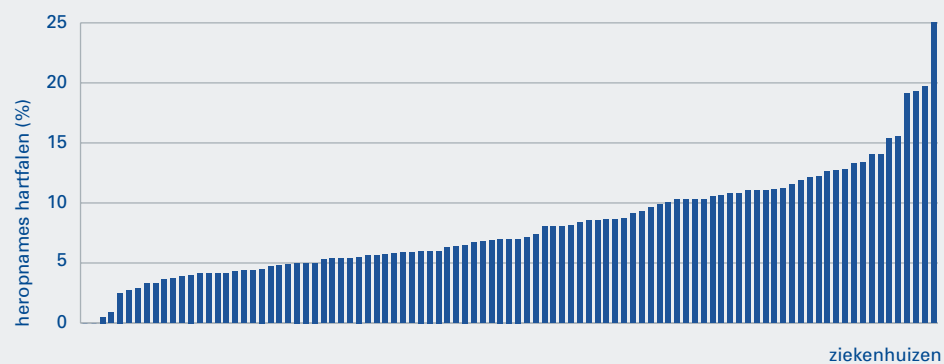
De gegevens voor heropnames hartfalen voor patiënten jonger dan 75 jaar zijn bekend bij 95 ziekenhuizen. De gegevens van 2 ziekenhuislocaties zijn ongeschikt voor analyse bevonden. De gegevens voor heropnames hartfalen voor patiënten van 75 jaar en ouder zijn wel bij alle 97 ziekenhuizen bekend.

De 95 ziekenhuizen hebben 10.254 opnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar gehad, waarvan 886 heropnames (8,6 procent). Het percentage varieerde van 0,0 tot 31,1 procent. In de groep van 75 jaar en ouder hebben 15.456 opnames plaatsgevonden. Daarvan zijn er 1.210 heropnames geweest (7,8 procent). Hier liep het percentage uiteen van 0,0 tot 25,0 procent.

In totaal zijn 25.710 patiënten opgenomen geweest. Daarvan was 39,9 procent jonger dan 75 jaar en 60,1 procent 75 jaar of ouder. De totale patiëntenaantallen bij hartfalen zijn iets gestegen, maar de percentages zijn vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar.

Figuur 15.5

Percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten van 75 jaar en ouder (n=97)



Conclusies

- 1 93 van de 97 ziekenhuizen konden in 2008 het aantal EAC's voor patiënten ouder dan 70 jaar leveren ten opzichte van 81 in 2007.
- 2 De ziekenhuissterfte bedroeg gemiddeld 1,5 procent voor patiënten jonger dan 65 jaar en 6,3 procent voor patiënten van 65 jaar en ouder.
- 3 Het aantal heropnames voor hartfalen jonger dan 75 jaar was gemiddeld 8,6 procent tegenover 7,8 procent voor patiënten 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 over het aantal EAC-geregistreerde patiënten ouder dan 70 jaar.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over sterfte na een AMI.
- 3 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over het aantal heropnames voor hartfalen.
- 4 Het patiëntenaantal wijkt sterk af ten opzichte van vorig jaar.
- 5 De ziekenhuissterfte bij patiënten jonger dan 65 jaar is lager dan het 10e percentiel (0,0 procent) of hoger dan het 90ste percentiel (3,3 procent).
- 6 De ziekenhuissterfte bij patiënten van 65 jaar en ouder is lager dan het 10e percentiel (2,4 procent) of hoger dan het 90ste percentiel (12,8 procent).
- 7 Het percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar is lager dan het 10e percentiel (2,7 procent) of hoger dan het 90ste percentiel (17,2 procent).
- 8 Het percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten van 75 jaar en ouder is lager dan het 10e percentiel (3,5 procent) of hoger dan het 90ste percentiel (13,3 procent).

16 Cerebrovasculair Accident

Beschikbare indicatoren

- 1 Door-to-needle time trombolyse.
 - a Percentage patiënten met een herseninfarct binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolyse.

Relevante begrippen	
CVA	Cerebrovasculair accident: ziektebeeld waarbij door een hersenbloeding (hemorragisch CVA) of een verstopping van één of meer bloedvaten in de hersenen (ischemisch CVA of herseninfarct) een deel van het hersenweefsel afsterft.
Trombolyse	Een effectieve en veilige behandeling voor een herseninfarct waarbij het stolsel wordt opgelost waarna de normale bloedstroom weer op gang kan komen. De effectiviteit is aangetoond indien de behandeling gestart wordt binnen 3 uur (en waarschijnlijk tot 4,5 uur) na aanvang van het klinische ziektebeeld en is groter naarmate de start sneller is.
Door-to-needle time	Doorlooptijd van binnenkomst van de patiënt in het ziekenhuis tot het starten van de trombolyse. Bij een efficiënte organisatie is de door-to-needle time korter dan 1 uur.

Ziekenhuisselectie

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

Resultaten

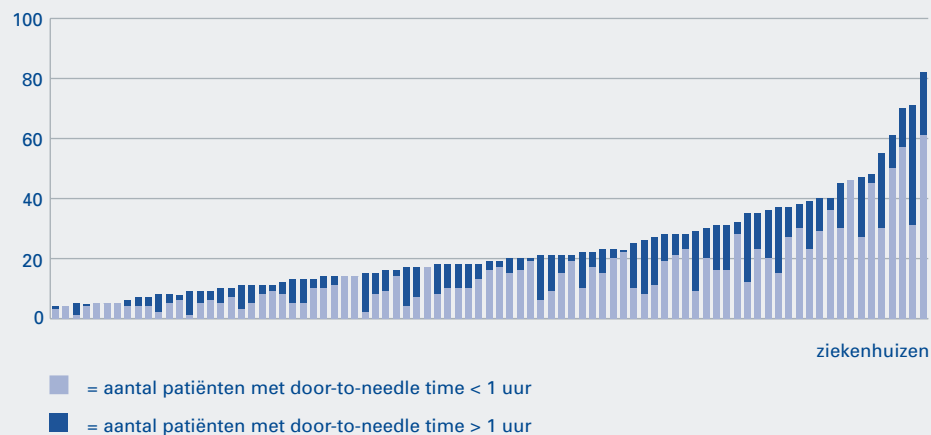
Door-to-needle time trombolyse

97 ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd met betrekking tot de indicator cerebrovasculair accident, hiervan is één ziekenhuis afgevalen omdat de gegevens ongeschikt voor analyse waren. Negen ziekenhuizen geven aan dat zij geen trombolyses uitvoerden, zij zijn voor verdere analyses daarom ook uitgesloten. Van deze negen ziekenhuizen geven zeven ziekenhuizen aan dat patiënten die voor trombolyse in aanmerking komen werden doorgestuurd naar een ander ziekenhuis of locatie. Van de 87 overgebleven ziekenhuizen had 95,4 procent (n=83) een registratiesysteem, vier ziekenhuizen gaven aan niet over een registratiesysteem te beschikken, drie van deze ziekenhuizen konden toch gegevens aanleveren over het aantal patiënten met een

herseneninfarct dat binnen 1 uur behandeld was met trombolysie en het totaal aantal patiënten met een herseneninfarct behandeld met trombolysie.

Figuur 16.1

Patiënten met een herseneninfarct behandeld met trombolysie (n=85)



Figuur 16.1

In figuur 16.1 zijn alleen de ziekenhuizen opgenomen die gegevens hebben aangeleverd voor zowel het totaal aantal patiënten met een herseneninfarct behandeld met trombolysie als het aantal patiënten met een herseneninfarct dat binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis is behandeld met trombolysie. Dit waren 85 ziekenhuizen. Dit figuur geeft een overzicht van de 85 ziekenhuizen waarvan bekend is hoeveel patiënten met een CVA zij (al dan niet binnen 1 uur) hebben behandeld met een trombolysie.

In 85 ziekenhuis was het gemiddeld aantal snel behandelde patiënten 15,1 (mediaan = 11) het minimum was 1 en het maximum was 61, het totale aantal was 1279.

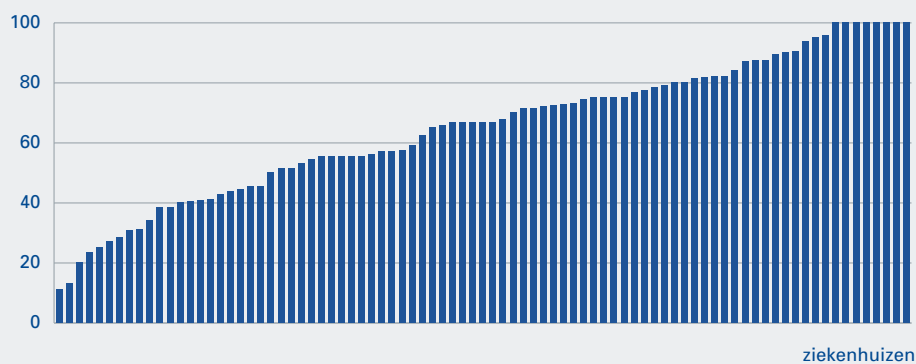
In totaal werden er in 86 ziekenhuizen 1958 patiënten behandeld met trombolysie. Gemiddeld was dat 22,8 (mediaan = 18,5) per ziekenhuis, het aantal varieerde van 4 tot 82.

Figuur 16.2

In 85 ziekenhuizen is zowel de het aantal snel behandelde patiënten (door-to-needle time < 1 uur) als totaal aantal behandelde patiënten bekend. Gemiddeld werd 65,6 procent (mediaan = 66,7) van de patiënten snel behandeld. Dit percentage varieert van 11,1 – 100 (SD = 22,8). De p10 ligt op 30,9 procent en p90 op 97,4 procent. In figuur 16.2 een weergave van het percentage patiënten dat snel behandeld is.

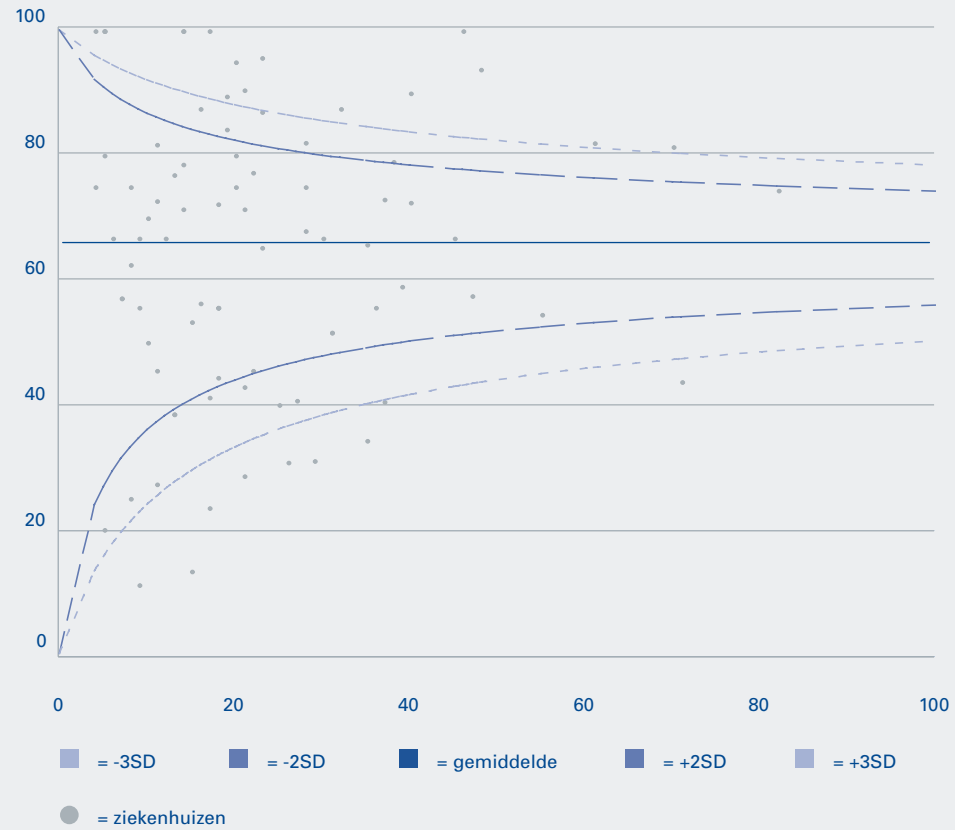
Figuur 16.2

Percentage patiënten met een herseneninfarct binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysie (N=85)



Figuur 16.3

Percentage patiënten met een herseninfarct tijdig behandeld met een trombolyse



Figuur 16.3

De funnelplot (figuur 16.3) laat zien dat er geen relatie is tussen het aantal behandelde patiënten en het percentage snel behandelde patiënten. De spreiding in het percentage binnen 1 uur behandelde patiënten is groot; bij 14 ziekenhuizen is het percentage hoger dan 3 maal de SD en bij 8 ziekenhuizen is het percentage lager dan 3 maal de SD.

Conclusies

- 1 Van de 87 ziekenhuizen die hebben aangegeven trombolysen uit te voeren is van 85 bekend hoeveel patiënten behandeld werden en hoeveel van hen binnen 1 uur behandeld zijn.
- 2 Er werden 1958 patiënten met een hartinfarct behandeld met een trombolysen, 1.279 patiënten werden tijdig behandeld.
- 3 Gemiddeld ontving bijna 66 procent van de patiënten met een cerebrovasculair accident, die behandeld worden met trombolysen, deze behandeling binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis. Snelle start van de trombolysen is van essentieel belang voor de uitkomst van de behandeling; bij een groot deel van de patiënten lijkt dit ook te lukken.
- 4 De spreiding in het percentage tijdig behandelde patiënten is groot 11,1 – 100 (SD= 22,8).
- 5 Van de 87 ziekenhuizen die hebben aangegeven trombolysen uit te voeren beschikken er 4 niet over een registratiesysteem.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis heeft geen betrouwbare gegevens aangeleverd voor de indicator door-to-needle time en/of gegevens aangeleverd die ongeschikt zijn voor analyse.
- 2 Het ziekenhuis heeft geantwoord dat het aantal patiënten dat is behandeld met trombolysen na een herseninfarct onbekend of niet van toepassing is (de ziekenhuizen die hun patiënten doorsturen zijn hierbij geëxcludeerd).
- 3 Het ziekenhuis heeft geantwoord niet over een registratiesysteem te beschikken.
- 4 Het ziekenhuis dat een percentage patiënten met een cerebrovasculair accident dat binnen 1 uur na binnenkomst is behandeld met trombolysen kleiner dan 30,9 heeft (p10).
- 5 Het ziekenhuis dat een percentage patiënten met een cerebrovasculair accident dat binnen 1 uur na binnenkomst is behandeld met trombolysen groter dan 97,4 heeft (p90).

17 Heupfractuur

Beschikbare indicatoren

- 1 Patiënten met een heupfractuur die binnen één kalenderdag geopereerd zijn.
 - a 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.
 - b Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 dat in het afgelopen jaar conservatief behandeld is.
 - c 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.
 - d Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur en ASA-klasse 3-5 dat in het afgelopen jaar conservatief behandeld is.
 - e Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur, waarvan de ASA-klasse onbekend is, dat in het afgelopen jaar binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd is.
 - f Percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur, waarvan de ASA-klasse onbekend is, dat in het afgelopen jaar conservatief behandeld 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).
Conservatieve behandeling	Een conservatieve behandeling is een niet-chirurgische behandeling zoals tractie (waarbij de botten gezet worden door gewichten aan het been van de patiënt te hangen), deze wordt alleen toegepast als opereren te riskant is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zeer verzwakte patiënten, of wanneer de patiënt een ernstige ziekte heeft (hoge ASA-klasse). De vragen met betrekking tot conservatief behandelde patiënten zijn alleen in het verslagjaar 2008 opgenomen, dit om inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de populatie.
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.

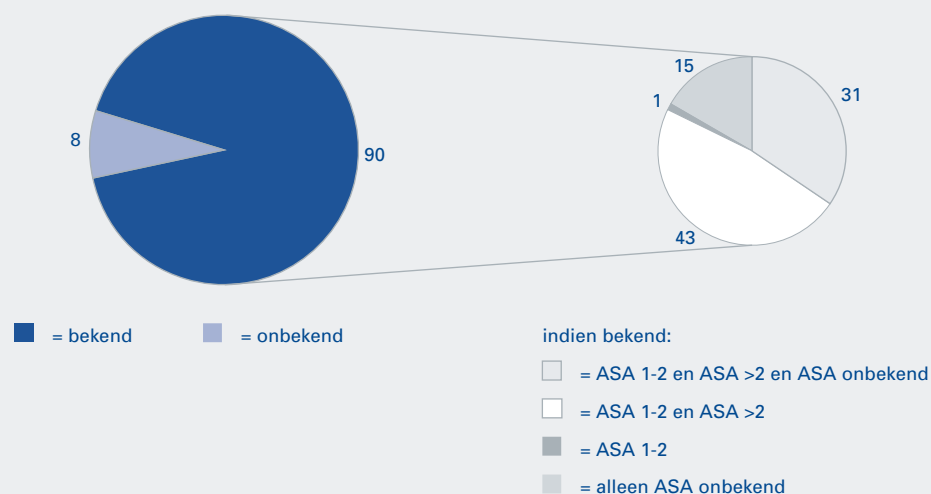
Ziekenhuisselectie

De gegevens over de heupfractuur hebben betrekking op 8 universitaire centra, 88 algemene ziekenhuizen/locaties en 2 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 17.1

Beschikbaarheid gegevens over patiënten met een heupfractuur die binnen één kalenderdag na opname zijn geopereerd (n=91). Van de groep ziekenhuizen met aangeleverde gegevens wordt weergegeven of onderscheid gemaakt wordt in de ASA-klasse (n=90).



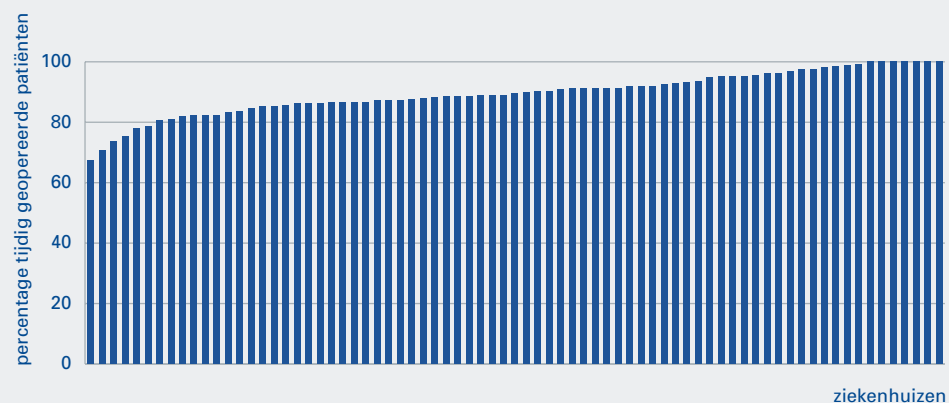
Figuur 17.1

Door 98 ziekenhuizen zijn gegevens aangeleverd, van 8 ziekenhuizen zijn de (juiste) gegevens onbekend. In 90 van de 98 ziekenhuizen (92 procent) is bekend welk percentage patiënten met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd. In 75 van deze ziekenhuizen (83 procent) werd onderscheid gemaakt in ASA-klasse. Drieënveertig ziekenhuizen (48 procent) vulden gegevens in over patiënten met ASA-klasse 1-2 en ASA-klasse > 2. Er zijn 31 ziekenhuizen (34 procent) die naast deze gegevens ook gegevens invulden over een groep patiënten waarvan de ASA-klasse onbekend is. Daarnaast geeft 1 ziekenhuis (1 procent) aan alleen patiënten met ASA-klasse 1-2 te hebben geopereerd. Bij 15 ziekenhuizen (17 procent) kon het onderscheid in ASA-klasse niet gemaakt worden.

In de 90 ziekenhuizen die gegevens aanleverden, waren in totaal 14.112 patiënten met een heupfractuur geregistreerd. Hiervan waren 5.514 (39 procent) patiënten met weinig bijkomende aandoeningen (ASA-klasse 1-2), 5.131 (36 procent) patiënten met een minder goede of slechte conditie (ASA-klasse > 2) en 3.467 (25 procent) patiënten bij wie de pre-operatieve conditie niet opgegeven was (ASA-klasse onbekend).

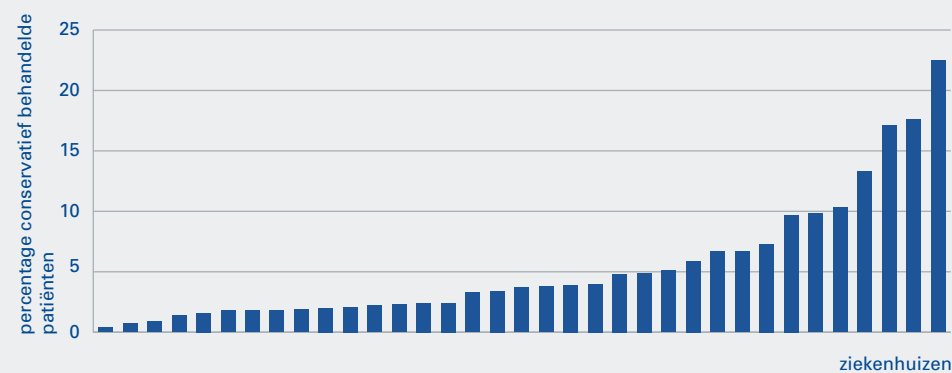
Figuur 17.2

Percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 dat binnen één kalenderdag na opname operatief is behandeld (n=75)



Figuur 17.3

Percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 dat conservatief is behandeld (n=35). Ziekenhuizen met een percentage 0, zijn buiten beschouwing gelaten (n=38)



Figuur 17.2 en 17.3

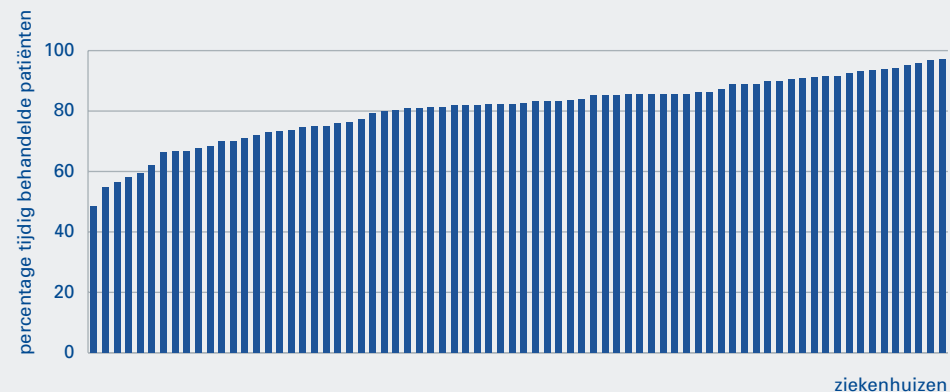
Vijfenzeventig ziekenhuizen hebben het percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 dat binnen één kalenderdag na opname operatief is behandeld ingevuld. Het gemiddelde is 98,5 procent (mediaan 98,5 procent) en varieert van 67,5 tot 100 procent (p10= 81,3; p90= 98,9). Er zijn 7 ziekenhuizen die hebben ingevuld dat zij al hun patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 binnen één kalenderdag operatief hebben behandeld.

Er zijn 72 ziekenhuizen, die ook het percentage voor conservatief behandelde patiënten hebben ingevuld^[10], meer dan de helft van deze ziekenhuizen (n=38, 53 procent) heeft het percentage 0 ingevuld. Wanneer het percentage 0 buiten beschouwing (n=34) wordt gelaten (zoals in de figuur) dan wordt van de patiënten met een ASA-klasse 1-2 gemiddeld 5,4 procent (mediaan 3,7 procent) conservatief behandeld en het percentage varieert van 0,4 tot 22,5 (p10= 1,5; p90= 12,1).

[10] Vragen met betrekking tot conservatief behandelde patiënten zijn alleen in het verslagjaar 2008 opgenomen, dit om inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de populatie.

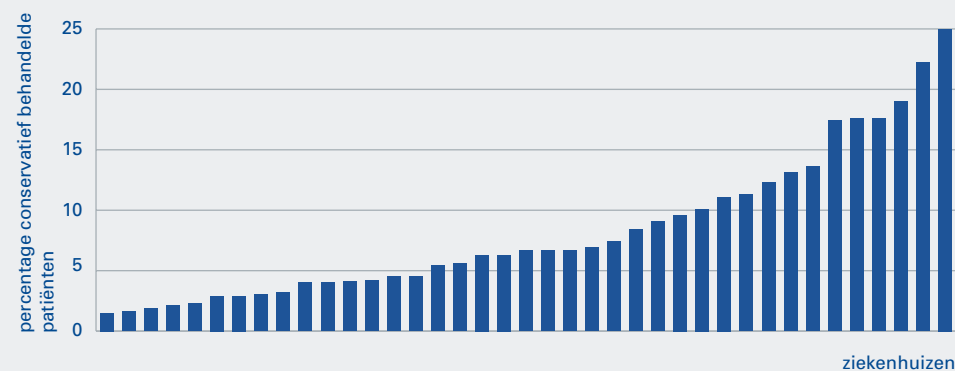
Figuur 17.4

Percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse > 2 dat binnen één kalenderdag na opname operatief is behandeld (n=74)



Figuur 17.5

Percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse > 2 dat conservatief is behandeld (n=39).
Ziekenhuizen met een percentage 0, zijn buiten beschouwing gelaten (n=33)



Figuur 17.4 en 17.5

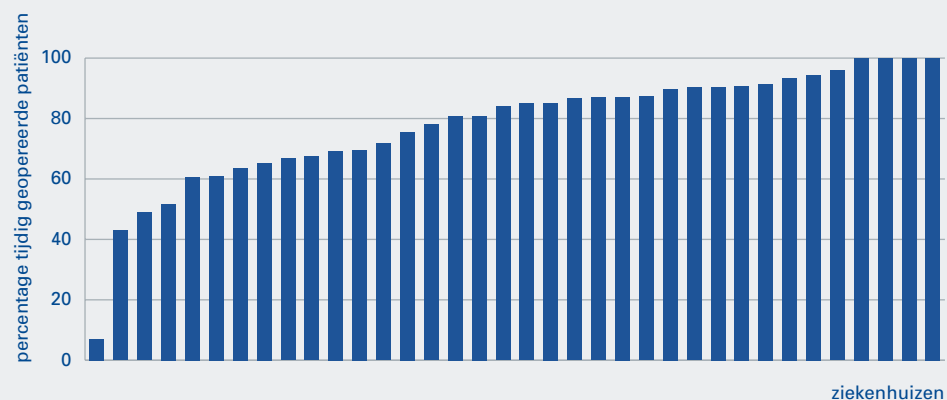
Vierenzeventig ziekenhuizen hebben het percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse > 2 dat binnen één kalenderdag na opname operatief is behandeld ingevuld. Het gemiddelde is 80,7 procent (mediaan 82,5 procent) en varieert van 48,5 tot 97,1 procent (p10= 66,7; p90= 93).

Er zijn 72 ziekenhuizen, die ook het percentage voor conservatief behandelde patiënten hebben ingevuld^[11], bijna de helft van deze ziekenhuizen (n=33, 46 procent) heeft het percentage 0 ingevuld. Wanneer het percentage 0 (n=39) buiten beschouwing wordt gelaten (zoals in de figuur) dan wordt van de patiënten met een ASA-klasse > 2 gemiddeld 8,3 procent (mediaan 6,7 procent) conservatief behandeld en het percentage varieert van 1,5 tot 25 (p10= 2,3; p90= 17,6).

[11] Vragen met betrekking tot conservatief behandelde patiënten zijn alleen in het verslagjaar 2008 opgenomen, dit om inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de populatie.

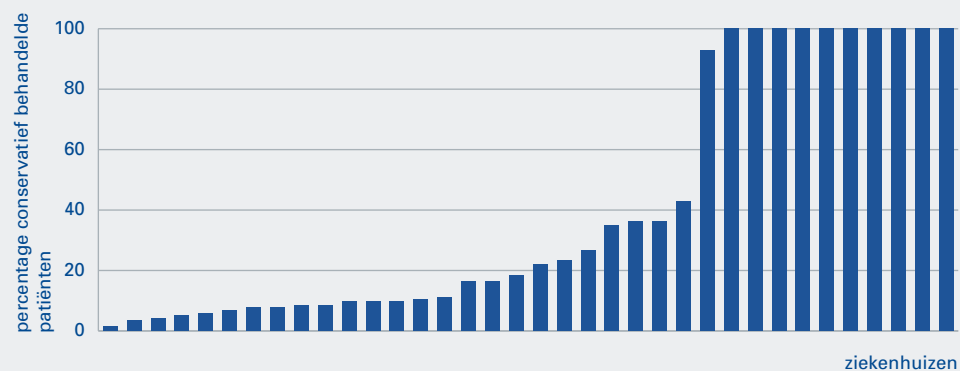
Figuur 17.6

Percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse onbekend dat binnen één kalenderdag na opname operatief is behandeld (n=36). Ziekenhuizen met percentage 0, zijn buiten beschouwing gelaten (n=10).



Figuur 17.7

Percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse onbekend dat conservatief is behandeld (n=36). Ziekenhuizen met percentage 0, zijn buiten beschouwing gelaten (n=8).



Figuur 17.6 en 17.7

Zesenvestig ziekenhuizen hebben het percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse onbekend dat binnen één kalenderdag na opname operatief is behandeld ingevuld, 10 ziekenhuizen hebben het percentage 0 ingevuld (21,7 procent). Wanneer de ziekenhuizen met percentage 0 buiten beschouwing worden gelaten (zoals in de figuur), dan is het gemiddelde percentage 77,8 (mediaan 84,5 procent) en varieert het percentage van 7,1 – 100 procent (p10= 56,2; p90= 98).

Er zijn 44 ziekenhuizen, die ook het percentage voor conservatief behandelde patiënten hebben ingevuld^[12], een deel van deze ziekenhuizen (n=8, 18,2 procent) heeft het percentage 0 ingevuld. Wanneer de ziekenhuizen met het percentage 0 buiten beschouwing worden gelaten (zoals in de figuur) dan wordt van de patiënten met een ASA-klasse onbekend gemiddeld 41 procent (mediaan 20,2 procent) conservatief behandeld en het percentage varieert van 1,4 tot 100 (p10= 5,5; p90= 100).

[12] Vragen met betrekking tot conservatief behandelde patiënten zijn alleen in het verslagjaar 2008 opgenomen, dit om inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de populatie.

Conclusies

- 1 Van de 98 ziekenhuizen leveren 90 ziekenhuizen (juiste) gegevens aan over deze indicator.
- 2 Een groot deel van de ziekenhuizen (83 procent) maken in hun registraties (gedeeltelijk) onderscheid tussen ASA-klasse 1-2 en ASA-klasse > 2.
- 3 Er zijn 15 ziekenhuizen (17 procent) die (nog) geen onderscheid kunnen maken in ASA-klasse.
- 4 Van patiënten met ASA 1-2 is gemiddeld 98,5 procent (variatie 67,5 – 100 procent) binnen 24 uur geopereerd en is gemiddeld 2,6 procent (variatie 0 – 22,5 procent) conservatief behandeld. Van de patiënten met ASA > 2 wordt gemiddeld 80,7 procent (variatie 48,5 – 97,1 procent) binnen één kalenderdag operatief behandeld en is gemiddeld 4,5 procent (variatie 0 – 25 procent) conservatief behandeld.^[13]
- 5 Bij ziekenhuizen die (nog) geen onderscheid kunnen maken in ASA-klasse werd gemiddeld 60,9 procent van de patiënten met een heupfractuur binnen 24 uur geopereerd (variatie 0 – 100 procent), gemiddeld werd 33,5 procent van de patiënten conservatief behandeld (variatie 0 – 100 procent).^[14]
- 6 Gezonde patiënten (ASA-klasse 1-2) worden vaker binnen 1 kalenderdag geopereerd dan minder gezonde patiënten (ASA-klasse > 2).

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis heeft geen of onjuiste gegevens verstrekt over deze indicator.
- 2 Het percentage patiënten dat binnen 1 kalenderdag wordt geopereerd is minder dan 81,3 (p10) procent voor ASA-klasse 1-2, minder dan 66,7 procent (p10) voor ASA-klasse > 2 en minder dan 56,2 procent (p10) voor ASA onbekend.
- 3 Het percentage patiënten dat binnen 1 kalenderdag wordt geopereerd is groter dan 98,9 procent (p90) voor ASA 1-2, groter dan 93 procent (p90) voor ASA > 2 en groter dan 95,2 procent (p90) voor ASA onbekend.
- 4 Het totaal aantal patiënten met een heupfractuur is in 2008 35 procent meer of minder dan in 2007.
- 5 Het totaal aantal patiënten met een heupfractuur is in 2008 hetzelfde als in 2007.
- 6 Het ziekenhuis registreert geen ASA-klasse.

[13] Vragen met betrekking tot conservatief behandelde patiënten zijn alleen in het verslagjaar 2008 opgenomen, dit om inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de populatie.

[14] Vragen met betrekking tot conservatief behandelde patiënten zijn alleen in het verslagjaar 2008 opgenomen, dit om inzicht te verkrijgen in de samenstelling van de populatie.

18 Mammacarcinoom

Beschikbare indicatoren

- 1 Differentiatiebeleid voor mammacarcinoom.
 - a Percentage chirurgen binnen de maatschap dat één of meer chirurgische behandelingen van mammacarcinoom verrichtte.
 - b Aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in 2008.
 - c Heeft het ziekenhuis de beschikking over een erkende heekunde opleiding.
- 2 Aantal patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie.
 - a Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste locale excisie van een maligne mammatum (tumorresidu 1 of 2).
 - b Het aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste locale excisie van een maligne mammatum (tumorresidu X).

Relevante begrippen

Mammatum	Alle voor kanker verdachte afwijkingen in de borst.
Mammacarcinoom	Borstkanker. Maligne mammatum cytologisch of histologisch bevestigd, inclusief carcinoma in situ. Carcinoma in situ is een voorstadium van kanker.
Differentiatiebeleid	Beleid waarbij de operaties voor borstkanker alleen worden uitgevoerd door enkele chirurgen binnen de maatschap die zich hier speciaal op toeleggen. De norm is dat dit tenminste twee chirurgen per ziekenhuishuis en maximaal de helft van de chirurgen binnen een maatschap is.
Eindverantwoordelijke chirurg	De specialist die eerste operateur is, die assisteert of superviseert (en aanwezig is) in de operatiekamer bij een chirurg in opleiding.
Mammasporende therapie	Chirurgische behandeling waarbij de tumor met daaromheen een marge van gezond weefsel wordt verwijderd. Hierbij is het de bedoeling de tumor radicaal te verwijderen al dan niet met okseltoilet.
Mastectomie	Borstamputatie, mamma-amputatie, ablatio mammae (code 333194 en 333195)
Typen	<i>Ablatie</i> : de borst wordt geheel verwijderd.
Borstamputatie	<i>Radicale mastectomie</i> : de borst, borstspieren en lymfeklieren worden wegenomen. <i>Gemodificeerde radicale mastectomie</i> : mastectomie exclusief wegnemen borstspier.
Tumorresidu	Tumorweefsel aanwezig in snijvlakken.
Typen tumorresidu	<i>Geen tumorresidu</i> : snijranden vrij en/of ingreep radicaal volgens patholoog <i>Microscopisch tumorresidu</i> : snijrand niet vrij en/of ingreep niet radicaal volgens patholoog maar chirurg geeft aan dat er geen tumorrest is achtergebleven. <i>Macroscopisch tumorresidu</i> : chirurg geeft aan dat tumorrest is achtergebleven.

Ziekenhuisselectie

De gegevens over de behandeling van borstkanker hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 90 algemene ziekenhuizen/locaties.

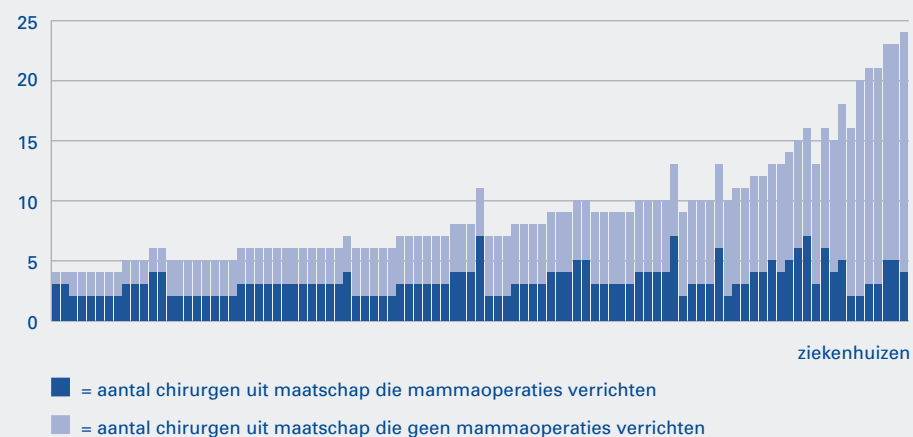
De indicator bestaat uit twee gedeeltes. Het eerste gedeelte vraagt naar het differentiatiebeleid, het tweede gedeelte vraagt naar het percentage patiënten bij wie kanker weefsel is achtergebleven na een borstsparende operatie. De gegevens worden achter-eenvolgens gepresenteerd.

Resultaten differentiatiebeleid (1e gedeelte)

Van 95 ziekenhuizen zijn alle gegevens over differentiatiebeleid bekend, 1 ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd voor differentiatiebeleid en een ander ziekenhuis heeft onvolledige gegevens aangeleverd voor differentiatiebeleid.

Figuur 18.1

Totaal aantal chirurgen per ziekenhuis en aantal chirurgen dat zich toelegt op borstkankerbehandeling



Figuur 18.1

Van 97 ziekenhuizen is het aantal chirurgen uit de maatschap bekend die mamma-operaties verrichtten. In totaal verrichtten 318 van de 872 chirurgen in de maatschap/vakgroep chirurgische operaties bij patiënten met mamma carcinoom. Gemiddeld verrichtte 43,7 procent (n=318) van de chirurgen uit de maatschap mamma carcinoom operaties. Het percentage varieert van 10 tot 75 procent.

In de basisset 2008 staat een advies van de NVvH. Zij adviseren borstsparende operaties te concentreren bij minimaal 2 of meer vaste chirurgen in de maatschap met een maximum van 50 procent van de chirurgen van de maatschap. Het doel van deze concentratie is dat een beperkt aantal chirurgen maximale ervaring opdoet. Het minimum van twee ervaren chirurgen heeft tot doel te garanderen dat de ingreep ten allen tijde binnen redelijke tijd uitgevoerd kan worden.^[15]

In alle ziekenhuizen worden operaties uitgevoerd door minimaal 2 chirurgen uit de maatschap. Echter niet alle ziekenhuizen voldeden aan de concentratienorm van 50 procent. Tien ziekenhuizen hadden in 2008 een percentage boven de 50 procent chirurgen uit de maatschap die mamma carcinoom operaties verrichtten. Daarmee voldeden zij in 2008 niet aan het advies van de NVvH.

[15] Basisset 2008. Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Utrecht, december 2007.

Tabel 18.1

Differentiatiebeleid versus heelkunde opleiding

<i>Differentiatie in de praktijk</i>	<i>Opleiding heelkunde N=55</i>	<i>Geen opleiding N=42</i>
Aantal chirurgen in de maatschap die één of meer chirurgische behandelingen van mamma carcinoom patiënten verrichtte	207	111
Aantal chirurgen in de maatschap	636	236
Gemiddeld percentage chirurgen uit de maatschap die één of meer chirurgische behandelingen van mamma carcinoom patiënten verrichtten	32,5	47
Aantal ziekenhuizen die niet voldoen aan de concentratienorm zoals geadviseerd door de NVvH	3	7

Tabel 18.1

Van de 97 ziekenhuizen gaven 55 ziekenhuizen (56,7 procent) aan een erkende heelkunde opleiding te hebben, 42 ziekenhuizen (43,3 procent) beschikten niet over een erkende heelkunde opleiding.

Het concentratiebeleid in zowel opleidingsklinieken als niet opleidingsklinieken is verbeterd. Van alle klinieken concentreerde het merendeel (89,7 procent) de zorg in de praktijk voldoende. In tegenstelling tot het voorgaande jaar voldeden in 2008 meer ziekenhuizen aan de concentratienorm. Van de niet-opleidingsklinieken concentreerde 83,3 procent van de ziekenhuizen voldoende tegenover 68,6 procent in 2007. In opleidingsklinieken concentreerde 94,5 procent van de ziekenhuizen voldoende tegenover 90,7 procent in 2007.

Resultaten percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie (2e gedeelte)

Bijna alle ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd voor het tweede gedeelte van de indicator die vraagt naar het percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een borstsparende operatie. Slechts 1 ziekenhuis levert niets aan, een ander ziekenhuis heeft gegevens gedeeltelijk aangeleverd.

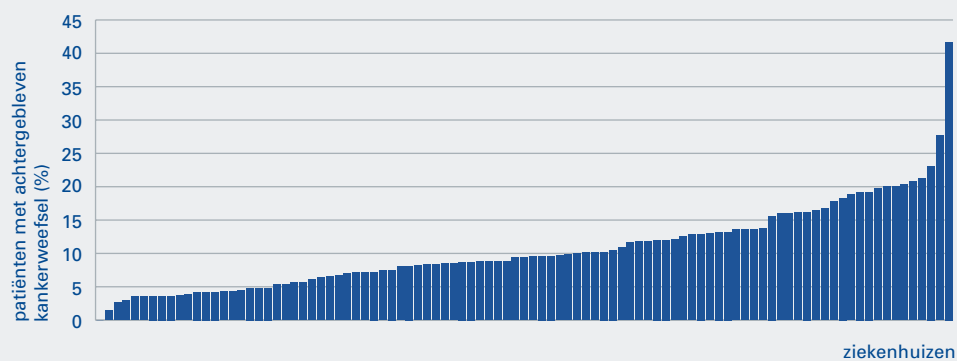
Voor het aanleveren van gegevens voor het tweede gedeelte van de indicator mamma carcinoom kunnen ziekenhuizen aangeven vanuit welke informatiebron zij gegevens hebben opgehaald en aan de inspectie hebben gerapporteerd.

In de basisset zijn een aantal categorieën gedefinieerd die bij de rapportage van gegevens konden worden aangevinkt. Dit zijn Kankerregistratie, Palga, OK-verslag, PA-verslag en CTG-verrichtingen. Al deze registraties werden zowel solitair als gecombineerd gebruikt. Naast deze categorieën gaven ziekenhuizen tevens aan of zij van een andere databron gebruik hadden gemaakt.

Van de 97 ziekenhuizen maakten 29 ziekenhuizen gebruik van één enkele databron. Dit kan eveneens een bron uit de gedefinieerde categorieën zijn maar kan ook een andere bron zijn zoals EZIS. Zes ziekenhuizen maakten alleen gebruik van een eigen registratiesysteem zoals een Accesdatabase of een SPSS-database. Van 5 ziekenhuizen is de herkomst van de gegevens onbekend aangezien deze vraag niet was ingevuld.

Figuur 18.2

Aantal patiënten met borstkanker verdeeld naar het totaal aantal verrichte borstoperaties (n=97)



Figuur 18.3

Aantal patiënten met borstkanker (n=95)



Figuur 18.2 en figuur 18.3

Figuur 18.2 is een combinatie van het eerste gedeelte van de indicator en het tweede gedeelte van de indicator. Van alle ziekenhuizen hadden 95 ziekenhuizen gegevens aangeleverd voor zowel het eerste al het tweede gedeelte van de indicator.

In totaal zijn 14.268 patiënten chirurgisch behandeld voor mammacarcinoom, in de 96 ziekenhuizen waarvan deze gegevens bekend zijn. Gemiddeld waren dit 149 operaties per ziekenhuis met een variatie van 39 tot 507 chirurgische behandelingen.

Het aantal chirurgische behandelde patiënten voor mammacarcinoom is gedaald in vergelijking met het voorgaand verslagjaar. In 2007 zijn 14.765 patiënten behandeld in eveneens 96 ziekenhuizen, dit jaar waren dat 500 patiënten minder. Daardoor worden in de ziekenhuizen ook gemiddeld minder operaties uitgevoerd. Ziekenhuizen voerden in 2008 gemiddeld 6 chirurgische behandelingen minder uit.

In 2008 hebben 8.227 patiënten in 97 ziekenhuizen een eerste borstsparende therapie ondergaan. Gemiddeld betrof het 85 patiënten per ziekenhuis en 57,7 procent van alle chirurgisch behandelde patiënten.

Het aantal patiënten met een borstsparende therapie varieert van 14 tot 236. Dit betekent dat in Nederland een ziekenhuis in 2008, 14 borstsparende operaties heeft uitgevoerd. Dat is iets meer dan 1 operatie per maand. Dit tegenover een ziekenhuis waar gemiddeld rond de 20 operaties per maand zijn uitgevoerd.

Het percentage borstsparende operaties is bekend van 95 ziekenhuizen. Ten opzichte van 2007 is het gemiddeld aantal borstsparende operaties, ten opzichte van het totaal aantal chirurgische ingrepen bij mammacarcinoom, stabiel gebleven (gemiddeld 58 procent).

In totaal was er bij 788 patiënten sprake van achtergebleven tumorweefsel na een borstsparende therapie, gebaseerd op gegevens van 97 ziekenhuizen. Gemiddeld is bij 10,6 procent van de patiënten tumorweefsel achtergebleven met een spreiding van 0 tot 41,7 procent. In 42 ziekenhuizen is bij meer dan 10 procent patiënten tumorweefsel achtergebleven na een borstsparende operatie, in 6 ziekenhuizen is bij meer dan 20 procent van de patiënten die borstsparende therapie hebben ondergaan, tumorweefsel achtergebleven.

Het gemiddeld percentage achtergebleven kankerweefsel na een borstsparende operatie is gedaald van 12,2 procent achtergebleven kankerweefsel in 2007 naar 10,6 procent achtergebleven kankerweefsel in 2008. Het ziekenhuis met het hoogste percentage achtergebleven kankerweefsel had in 2007 een percentage van 35,7 procent. In 2008 had het ziekenhuis met het hoogste percentage, een percentage

van 41,7 procent patiënten met achtergebleven kankerweefsel na een borstsparende operatie (overigens is dit een ander ziekenhuis dan in 2007). In 2008 betreft het een ziekenhuis waar 36 borstsparende operaties zijn uitgevoerd van de in totaal 80 uitgevoerde chirurgische behandelingen bij mammacarcinoom. Het ziekenhuis met het percentage van 35,7 procent in 2007, laat een daling van het aantal patiënten met achtergebleven kankerweefsel na een borstsparende operatie zien in 2008.

Het percentage eerste borstsparende operaties waarvan onbekend is of tumorweefsel is achtergebleven, was gemiddeld 0,3 procent (n=97) met een spreiding van 0 tot 8,8 procent. Dit percentage is in 2008 gemiddeld iets toegenomen in vergelijking met een percentage van 0,24 procent in 2007. Het maximum percentage is toegenomen van 7,1 naar 8,8 procent.

Conclusies

- 1 97 ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd over differentiatiebeleid, waarvan 1 ziekenhuis gedeeltelijk.
- 2 In totaal verrichtten 318 chirurgen uit verschillende maatschappen, met een totaal van 872 chirurgen, mammacarcinoom operaties. Gemiddeld zijn mammacarcinoom operaties belegd bij 43,7 procent van de chirurgen uit de maatschap. Dit percentage varieerde van 10 procent tot 75 procent. Tien ziekenhuizen voldeden niet aan de concentratienorm bij maximaal 50 procent van de chirurgen, opgesteld door de NVvH.
- 3 Van alle ziekenhuizen gaven 55 ziekenhuizen aan een erkende heelkunde opleiding aan te bieden.
- 4 Het differentiatiebeleid van de ziekenhuizen lijkt ten opzichte van 2007 te zijn verbeterd. Dit jaar voldeed 89,7 procent van de ziekenhuizen aan de concentratienorm tegenover 80 procent dat jaar daarvoor. Het betrof een verbetering bij zowel opleidings- als niet- opleidingsklinieken.
- 5 Bijna alle ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd over het gedeelte van de indicator dat vraagt naar het percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel na een borstsparende therapie. Van de 98 ziekenhuizen heeft 1 ziekenhuis niets aangeleverd voor dit gedeelte van de indicator heeft een ander ziekenhuis onvolledige gegevens aangeleverd.
- 6 Van de 14.268 patiënten die chirurgisch zijn behandeld voor mammacarcinoom hebben 8.227 patiënten een eerste borstsparende therapie voor een maligne mammatumor ondergaan. Het aantal chirurgische operaties voor mammacarcinoom varieerde van 39 tot 507 per ziekenhuis. Het aantal eerste borstsparende therapieën voor maligne mammatumor varieerde van 14 tot 236 per ziekenhuis.
- 7 Het percentage borstsparende operaties is in 2008 niet veranderd ten opzichte van 2007 (gemiddeld percentage is 58 procent).
- 8 Zowel het aantal chirurgische ingrepen voor mammacarcinoom als het aantal sparende therapieën is licht gedaald in 2008 ten opzichte van 2007. Respectievelijk van 14.765 chirurgische operaties in 2007 naar 14.268 in 2008 en van 8.553 eerste borstsparende therapieën in 2007 naar 8.227 in 2008.
- 9 Het gemiddeld percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel is met 10,6 procent in 2008 gedaald ten opzichte van het gemiddeld percentage van 12,2 procent in 2007. De spreiding van het percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel was echter toegenomen in 2008. Het ziekenhuis met het hoogste percentage in 2008 had 41,7 procent patiënten met achtergebleven tumorrest. Vorig jaar betrof het een ander ziekenhuis met een percentage van 35,7 procent van de patiënten.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis heeft geen betrouwbare gegevens aangeleverd voor het differentiatiebeleid en/ of gegevens aangeleverd die ongeschikt zijn voor analyse.
- 2 In de maatschap verricht meer dan 50 procent van de chirurgen borstsparende chirurgische behandelingen van mammacarcinoom.
- 3 Het ziekenhuis heeft geen percentage achtergebleven kankerweefsel aangeleverd.
- 4 Het percentage achtergebleven kankerweefsel was in 2007 minder dan 10 procent en is in 2008 gestegen tot boven de 10 procent.
- 5 Het percentage achtergebleven kankerweefsel was in 2007 meer dan 10 procent en is in 2008 gestegen tot boven de 20 procent.
- 6 Het percentage achtergebleven kankerweefsel was in 2007 meer dan 20 procent en is in 2008 gedaald tot onder de 10 procent.
- 7 Het percentage patiënten waarvan onbekend is of kankerweefsel is achtergebleven is groter dan 3,5 procent.
- 8 Het totaal aantal chirurgisch behandelde patiënten is ten opzichte van 2007 gedaald met meer dan 30 procent of gestegen met meer dan 70 procent.
- 9 Het totaal aantal uitgevoerde borstsparende operatie is ten opzichte van 2007 gedaald met meer dan 50 procent of gestegen met meer dan 70 procent.

19 Cataract

Beschikbare indicatoren

- 1 Registratie van operatieve data
 - a Registratie van gegevens met betrekking tot cataractoperaties, zowel pre-, per-, als postoperatief.
- 2 Aantal patiënten, ouder dan vijftig jaar met voldoende wachttijd tussen de cataractoperatie van het eerste en tweede oog.
 - a Percentage patiënten met een cataractoperatie aan het 2e oog in het verslagjaar waarbij de datum van de tweede oogoperatie groter of gelijk is aan 28 dagen.

Relevante begrippen

Cataract	Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglens. Bij een cataractoperatie wordt de ooglens vervangen door een kunstlens.
Voldoende wachttijd	Bij een operatie aan het tweede oog is het van belang voldoende tussentijd te nemen om de resultaten van het eerste oog te betrekken in de indicatiestelling voor het tweede oog. Hiervoor geldt een norm van 28 dagen.

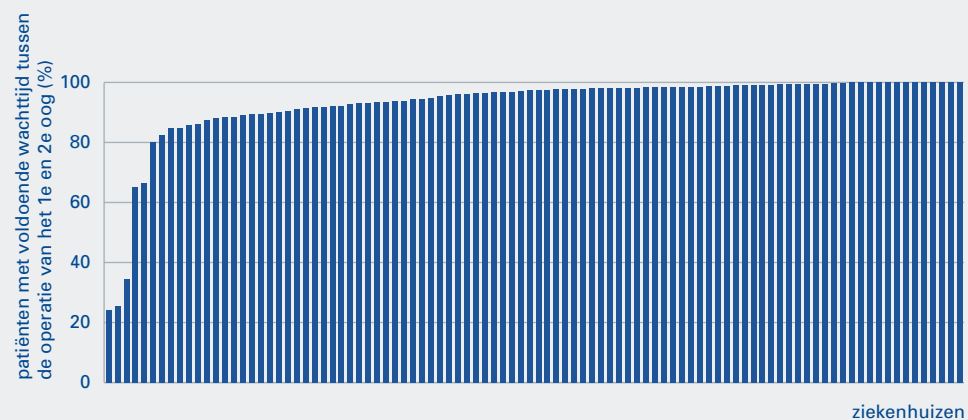
Ziekenhuisselectie

De gegevens over cataractoperaties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 87 algemene ziekenhuizen/locaties en 1 categoriaal ziekenhuis. Eén ziekenhuis kon alleen de cijfers op instellingsniveau aanleveren en niet op locatieniveau.

Resultaten

Figuur 19.1

Percentage cataractoperaties waarbij 28 dagen wachttijd zit tussen het eerste en tweede oog (n=93)



Figuur 19.1

Het percentage patiënten ouder dan vijftig jaar met 28 dagen wachttijd tussen het eerste en tweede oog is bekend in alle 96 ziekenhuizen.

In totaal hebben 41.060 patiënten een cataractoperatie aan het tweede oog ondergaan. Daarvan zat bij 36.913 patiënten (89,9 procent) 28 dagen of meer wachttijd tussen de eerste en tweede operatie. Dat is 3,6 procent meer dan vorig jaar. Percentages varieerden van 24,3 tot 100 procent.

De richtlijn^[16] schrijft voor om niet eerder dan na 28 dagen de laatste beoordeling van het oog uit te voeren, tenzij het nodig is om op medische gronden of in het belang van de patiënt hiervan af te wijken.

Registratie van gegevens tijdens het pre-, per- en postoperatieve proces is verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Alle ziekenhuizen, op drie na, geven dit jaar aan tijdens alle fases te registreren conform richtlijnen van de NOG. Twee ziekenhuizen doen dit nog niet conform specificaties van de NOG. Eén ziekenhuis heeft geen antwoord gegeven.

[16] Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. *Cataract Richtlijn*. 11 Maart 2006. http://www.oogheelkunde.org/uploads/301/184/Cataract_Richtlijn_definitief_concept.pdf.

Conclusies

- 1 In 99 ziekenhuizen is een volledige registratie voor het pre-, per- en postoperatieve proces conform specificaties NOG.
- 2 Gemiddeld vond een cataractoperatie aan het tweede oog in 89,9 procent van de gevallen plaats na 28 dagen. Het percentage liep uiteen van 24,3 procent tot 100 procent. Vijf ziekenhuizen hadden een opvallend grote groep patiënten met onvoldoende wachttijd.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis mist registratie in een onderdeel van het operatief proces of registreert niet conform de specificaties van de NOG.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen (geschikte) gegevens over het aantal operaties met 28 dagen tussentijd.
- 3 Het patiëntenaantal of het percentage wijkt sterk af ten opzichte van vorig jaar.
- 4 Het percentage patiënten met 28 dagen tussentijd is lager dan 80 procent.
- 5 Het percentage patiënten met 28 dagen tussentijd is 100 procent.

20 Kinderchirurgie

Beschikbare indicatoren

- 1 De postoperatieve opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot vijftien jaar.
 - a Registratie van de ligduur na operatie in aantal dagen, inclusief operatiedag en ontslagdag, uitgedrukt in gemiddelde, mediaan, minimum en maximum.

Relevante begrippen

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

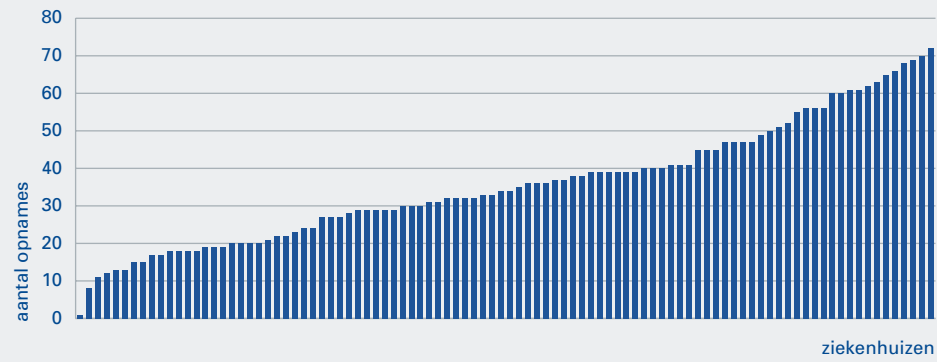
Ziekenhuisselectie

De gegevens over postoperatieve opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 89 algemene ziekenhuizen/locaties.

Resultaten

Figuur 20.1

Aantal kinderen tot vijftien jaar opgenomen voor een blindedarmoperatie per ziekenhuis (n=96)

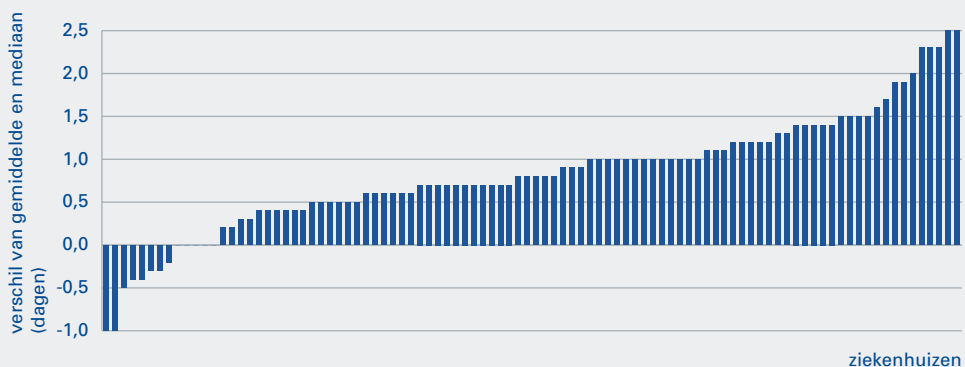


Figuur 20.1

96 van de 97 ziekenhuizen hebben gegevens over het aantal blindedarmoperaties bij kinderen tot vijftien jaar aangeleverd. In totaal zijn 3.430 patiënten behandeld, 7 minder dan in 2007. Het aantal opnames varieerde van 1 tot 72.

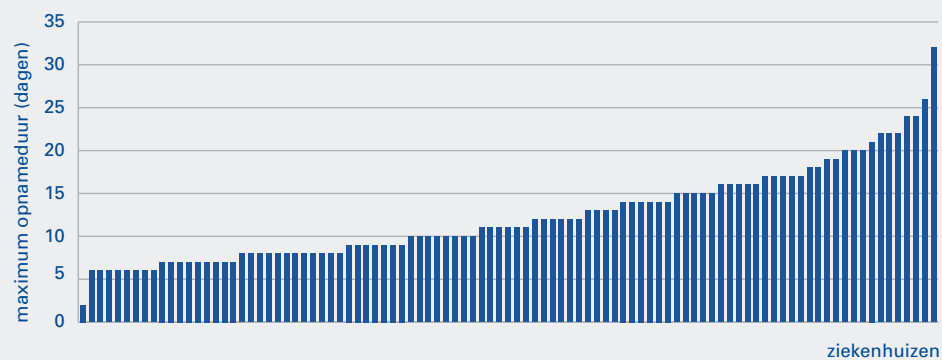
Figuur 20.2

Het verschil tussen gemiddelde en mediaan van de opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot vijftien jaar (n=96)



Figuur 20.3

Maximale opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot vijftien jaar (n=97)



Figuur 20.2

Van de 97 ziekenhuizen die blindedarmoperaties bij kinderen uitvoeren, leverden 96 ziekenhuizen gegevens over de gemiddelde en de mediane opnameduur. De gemiddelde opnameduur varieerde van 1,7 tot 6,3, de mediaan varieerde van 1,0 tot 6,0. Het verschil tussen het gemiddelde en de mediaan van de opnameduur voor een blindedarmoperatie bij kinderen tot vijftien jaar is berekend voor 96 ziekenhuizen en varieerde van -1,0 tot 2,5.

Het verschil signaleert de mate van spreiding van de opnameduur in een ziekenhuis, waarbij ervan uitgegaan wordt dat de mediaan een stabielere maat is om het beleid weer te geven, terwijl het gemiddelde veel sterker onderhevig is aan de invloeden van complicaties en comorbiditeit.

Figuur 20.3

De maximale ligduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot vijftien jaar varieerde van 2 tot 32 dagen. In meer dan de helft van de ziekenhuizen was een of meer patiënten tien dagen of langer opgenomen na een blindedarmoperatie. De waarden zijn vaak uitbijters in de patiëntenpopulatie, maar het laat zien dat veel ziekenhuizen geconfronteerd worden met comorbiditeit en complicaties bij een of meer patiënten.

Conclusies

- 1 Het verschil tussen gemiddelde en mediaan als spreidingsmaat varieerde van -1,0 tot 2,5.
- 2 Meer dan de helft van de ziekenhuizen moest één of meer patiënten tien dagen of langer opnemen na een blindedarmoperatie.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen (complete) gegevens over de opnameduur.
- 2 De mediaan van de opnameduur is 4 dagen of langer.
- 3 De minimum opnameduur is 1 dag.
- 4 De maximum 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 oesofaguscardiaresecties 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

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

(Toe) zicht op Indicatoren

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009) p.172-173. ISBN 978-90-58-98-1516

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, p.1531-1534

BIJLAGE 2 Lijst van ziekenhuizen

Albert Schweitzer Alb. Schweitzerplaats 25 3300 AK ZWIJNDRECHT	Catharina ziekenhuis Michelangelolaan 2 5602 ZA EINDHOVEN
Alysis zorggroep Rijnstate en Velp Wagnerlaan 55 6815 AD ARNHEM	De Tjongerschans Thialfweg 44 8440 MA HEERENVEEN
Alysis zorggroep Zevenaar Hunneveldweg 14 6800 TA ARNHEM	Deventer ziekenhuis Fesevurstraat 7 7400 GC DEVENTER
AMC Meibergdreef 9 1100 DD AMSTERDAM	Diaconessenhuis Leiden Houtlaan 55 2300 RD LEIDEN
Amphia ziekenhuis Molengracht 21 4800 RA BREDA	Diaconessenhuis Meppel Hoogeveenseweg 38 7940 AM MEPEL
Amstelland ziekenhuis Laan v.d. Helende Meesters 8 1180 AH AMSTELVEEN	Diakonessenhuis Utrecht Bosboomstraat 1 3508 TG UTRECHT
Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis Plesmanlaan 121 1066 CX AMSTERDAM	Elkerliek Wesselmanlaan 25 5700 AB HELMOND
Antonius Ziekenhuis Bolswarderbaan 1 8600 BA SNEEK	Erasmus MC Dr. Molewaterplein 40 3000 CA ROTTERDAM
Atrium Henri Dunantstraat 5 6401 CX HEERLEN	Flevoziekenhuis Hospitaalweg 1 1300 EG ALMERE
Bethesda Ziekenhuis Dr G.H. Amshoffweg 1 7909 RA HOOGEVEEN	Franciscus ziekenhuis Boerhaavelaan 25 4700 AZ ROOSEDAAL
BovenIJ Ziekenhuis Statenjachtstraat 1 1030 BD AMSTERDAM	Gelre ziekenhuizen Albert Schweitzerlaan 31 7300 DS APELDOORN
Canisius Wilhelmina ziekenhuis Weg door Jonkerbos 100 6500 GS NIJMEGEN	Gemini ziekenhuis Huisduinerweg 3 1780 AT DEN HELDER

Groene Hart
Bleulandweg 10
2800 BB GOUDA

HagaZiekenhuis
Leyweg 275
2545 CH DEN HAAG

Havenziekenhuis
Haringvliet 2
3000 LN ROTTERDAM

Hofpoort Ziekenhuis Woerden
Polanerbaan 2
3447 GN WOERDEN

IJsselland ziekenhuis
Prins Constantijnweg 2
2900 AR CAPELLE A/D IJSSEL

IJsselmeerziekenhuizen
Ziekenhuisweg 100
8233 AA LELYSTAD

Ikazia ziekenhuis
Montessoriweg 1
3008 AA ROTTERDAM

Isala klinieken
Groot Wezenland 20
8000 GK ZWOLLE

Jeroen Bosch ziekenhuis
Nieuwstr. 34/Deutersestr. 2
5200 BD DEN BOSCH

Kennemer Gasthuis
Velsersstraat 19
2000 AK HAARLEM

Koningin Beatrix streekziekenhuis
Beatrixpark 1
7100 GG WINTERSWIJK

Leveste Scheper Ziekenhuis
Boermarkeweg 60
7800 RA EMMEN

Lievensberg
Boerhaaveplein 1
4600 AC BERGEN OP ZOOM

LUMC
Albinusdreef 2
2333 CZ LEIDEN

Maastricht UMC
P. Debyelaan 25
6202 AZ MAASTRICHT

Maasziekenhuis
Loerangelsestraat 1
5830 AB BOXMEER

Martini ziekenhuis
Van Ketwich Verschuurlaan 92
9700 RM GRONINGEN

Máxima Medisch Centrum
De Run 4600
5500 MB VELDHOVEN

Meander Medisch Centrum
Postbus 1502
3800 BM AMERSFOORT

Medisch Centrum Alkmaar
Wilhelminalaan 12
1800 AM ALKMAAR

Medisch Centrum Haaglanden
Lijnbaan 32
2501 CK DEN HAAG

Medisch Centrum Rijnmond Zuid
Groene Hilledijk 315
3007 AC ROTTERDAM

Medisch Spectrum Twente
Haaksbergerstraat 55
7500 KA ENSCHEDE

Mesos Medisch Centrum
Van Heuven Goedhartlaan 1
3503 RP UTRECHT

Nij Smellinghe
Compagnonsplein 1
9202 NN DRACHTEN

Ommelander Ziekenhuis Groep
Jachtdaan 50
9930 RA DELFZIJL

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Oosterpark 9
1090 HM AMSTERDAM

Oogziekenhuis Rotterdam
Schiedamsevest 180
3011 TD ROTTERDAM

Oosterscheldeziekenhuizen
's-Gravenpolderseweg 114
4462 RA GOES

Orbis Medisch en Zorgconcern
Walramstraat 23
6130 MB SITTARD

Pasana Zorggroep
Birdaarderstraatweg 70
9100 AA DOKKUM

Reinier de Graaf Groep
Reinier de Graafweg 3 -11
2600 GA DELFT

Rijnland Ziekenhuis
Simon Smitweg 1
2350 CC LEIDERDORP

Rivas Zorggroep
Banneweg 57
4200 AB GORINCHEM

Rode Kruis ziekenhuis
Vondellaan 13
1940 EB BEVERWIJK

Röpcke Zweers ziekenhuis
J. Weitkamplaan 4 A
7770 AA HARDENBERG

Ruwaard van Putten ziekenhuis
Ruwaard van Puttenweg 500
3200 GA SPIJKENISSE

Slingeland ziekenhuis
Kruisbergseweg 25
7000 AD DOETINCHEM

Slotervaart Ziekenhuis
Postbus 90440
1006 BK AMSTERDAM

Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp
Handellaan 2
2130 AT HOOFFDORP

St. Annaziekenhuis
Bogardeind 2
5660 AB GELDROP

St. Antonius Ziekenhuis
Koekoekslaan 1
3430 EM NIEUWEGEIN

St. Elisabeth Ziekenhuis
Hilvarenbeekseweg 60
5000 LC TILBURG

St. Franciscus Gasthuis
Kleiweg 500
3005 BA ROTTERDAM

St. Jans Gasthuis Weert
Vogelsbleek 5
6000 AA WEERT

St. Laurentius Ziekenhuis
Mgr Driessenstraat 6
6040 AX ROERMOND

St. Lucas Andreas
Jan Tooropstraat 164
1006 AE AMSTERDAM

St. Lucas Winschoten
Gassingel 18
9670 RA WINSCHOTEN

St. Maartenskliniek
Hengstdal 3
6500 GM NIJMEGEN

Stichting Bronovo-Nebo
Bronovolaan 5
2509 JH DEN HAAG

Stichting Christelijk ziekenhuis Refaja
Boerhaavestraat 1
9500 AC STADSKANAAL

t Lange Land ziekenhuis
Toneellaan 1
2700 KJ ZOETERMEER

Tergooi Ziekenhuizen
Rijksstraatweg 1
1201 DA HILVERSUM

TweeSteden ziekenhuis
Dr. Deelenlaan 5
5000 LA TILBURG

UMC Groningen
Hanzeplein 1
9700 RB GRONINGEN

UMC Utrecht
Heidelberglaan 100
3508 GA UTRECHT

UMCN St. Radboud
Geert Groteplein 10
6500 HB NIJMEGEN

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Stationsweg 22
3247 BW DIRKSLAND

VieCuri medisch centrum
Tegelseweg 210
5900 BX VENLO

Vlietland ziekenhuis
Postbus 215
3100 AE SCHIEDAM

VU medisch centrum
De Boelelaan 1117
1007 MB AMSTERDAM

Waterlandziekenhuis
Waterlandlaan 250
1440 AG PURMEREND

West Fries Gasthuis
Fr. Maelsonstraat 3
1620 AR HOORN

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Europaweg Zuid 1
9400 RA ASSEN

Zaans Medisch Centrum
Kon. Julianaplein 58
1500 EE ZAANDAM

Ziekenhuis Bernhoven
Joannes Zwijzenlaan 121
5340 BE OSS

Ziekenhuis Gelderse Vallei
Willy Brandtlaan 10
6710 HN EDE

Ziekenhuis Rivierenland
Pres. Kennedylaan 1
4000 HA TIEL

Ziekenhuis St. Jansdal
Wethouder Jansenlaan 90
3840 AC HARDERWIJK

Ziekenhuis Walcheren/Oosterscheldeziekenhuis
Koudekerkweg 88
4380 DD VLISSINGEN

Ziekenhuisgroep ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen
Pastoor van Genkiaan 6
4535 PA TERNEUZEN

Zorggroep Noorderbreedte
Henri Dunantweg 2
8901 BR LEEUWARDEN

BIJLAGE 3 Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma aorta abdominalis
AMI	Acuut myocard infarct
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CDC/ WIP	Centre for Disease Control/ Werkgroep Infectie Preventie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebro Vasculair Accident
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EPD	Electronisch Patiënten Dossier
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
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 toezichtsobjecten.
- Het inspectie-toezicht middels de prestatie-indicatoren onderdeel is van het preventief toezicht; de indicatoren kunnen aanleiding zijn voor thematisch inspectietoezicht.

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 procent 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
- De NVZ en de NFU stellen (op basis van punt 2a) een ingevulde, voor de inspectie bruikbare, invoermodule/database ter beschikking aan de IGZ.
 - 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.
 - IGZ onderzoekt steekproefsgewijs de validiteit van de verstrekte gegevens per ziekenhuis.
 - 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*
- 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.
 - 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.
 - Reacties van de wetenschappelijke verenigingen op de rapportages van de IGZ worden door de Orde voorgelegd aan de IGZ.
 - De geaggregeerde rapportage is openbaar en bevat een overzicht van de gegevens per ziekenhuis.
 - 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
- 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.
 - Bij dit overleg zijn de projectleiders van het project prestatie-indicatoren van de IGZ, NVZ, NFU en Orde aanwezig.
 - De IGZ voert het secretariaat en zorgt voor verslaglegging.
 - 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
- 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.
 - Het Bureau Overleg bereidt, ten behoeve van het Bestuurlijk Overleg, de agendapunten inzake de prestatie-indicatoren voor.

Duur van de overeenkomst en evaluatie

- De samenwerkingsafspraken gelden in beginsel voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat er driejaarlijks een evaluatie plaatsvindt.
- 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

NVZ vereniging van ziekenhuizen,



Mw. ir. J. M. Leemhuis-Stout

Nederlandse Federatie van
Universitair medische centra,



Prof. dr. G.H. Blijham

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 procent 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.

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 juli 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.

[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

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-aangift fase 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 2008

Resultaten van de kwaliteitsindicatoren van ziekenhuizen over 2008.

De Basisset prestatie-indicatoren 2008 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

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

Den Haag, december 2009