

Het resultaat telt 2005

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

Den Haag, december 2006

Inhoudsopgave

	Het resultaat blijft tellen	5
1	Prestatiemeting in ziekenhuizen en de rol van het toezicht	7
2	Opvallende resultaten 2005	14
3	Trends	18
4	Thermometer	19
5	Resultaten	25
I	Ziekenhuisbrede indicatoren	25
I.1	Decubitus	25
I.2	Bloedtransfusies	33
I.3	Medicatieveiligheid	39
I.4	Zorg Informatie en Communicatietechnologie (ICT)	49
I.5	Postoperatieve wondinfecties	59
I.6	Complicatieregistratie, inclusief complicatieregistratie bij cataractoperaties	65
II	Indicatoren hoogrisico afdelingen	73
II.1	Pijn na operatie	73
II.2	Volume van risicovolle interventies	81
II.3	Cholecystectomie	87
II.4	Afgezegde operaties	91
II.5	Ongeplande heroperaties	99
II.6	Intensive Care	105
III	Indicatoren bij specifieke aandoeningen of ingrepen	115
III.1	Zwangerschap	115
III.2	Diabetes mellitus	125
III.3	Hartfalen	137
III.4	Sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct	143
III.5	Cerebrovasculair accident	149
III.6	Heupfractuur	155
III.7	Mammatumor	161

Bijlage 1	Literatuuroverzicht	165
Bijlage 2	Lijst van ziekenhuizen	166
Bijlage 3	Lijst van afkortingen	171
Bijlage 4	Samenwerkingsovereenkomst IGZ-NVZ-NFU-Orde	172

Het resultaat blijft tellen!

De inspectie presenteert in dit rapport de resultaten en interpretaties die de prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen over 2005 hebben opgeleverd. De gegevens waarop deze resultaten zijn gebaseerd zijn per ziekenhuis samengevat op een cd-rom, die aan dit rapport is toegevoegd.

Het derde rapport op rij geeft duidelijk de groei weer van het instrument 'Prestatie-indicatoren' op weg naar de volwassenheid. Was de eerste basisset nog een aanschakeling van definitieproblemen en de daardoor veroorzaakte interpretatieverschillen; nu zijn indicatoren scherper gedefinieerd en is de interpretatieruimte afgenomen. Doordat vele indicatoren nu anders gedefinieerd zijn, is het niet goed mogelijk om trends tussen 2003 en 2005 weer te geven. Dit wordt dan ook nagelaten, op enkele uitzonderingen na waar dit wel mogelijk is.

De positieve ontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren is met name het resultaat van de goede en vruchtbare samenwerking tussen de inspectie en de professionals op de werkvloer en de vertegenwoordigers van de wetenschappelijke en belangenverenigingen. Inmiddels wordt geen enkele nieuwe indicator meer geïntroduceerd voordat hierover consensus is bereikt met de professionals en voordat de indicator getest is door het veld.

Het rapport dat voor u ligt, is door de inspectie geschreven. Echter, alle in dit rapport beschreven resultaten zijn vóór publicatie aan de wetenschappelijke verenigingen voorgelegd voor commentaar. De inspectie draagt de verantwoordelijkheid voor en heeft de regie over de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren en de gepubliceerde resultaten.

De trend die vorig jaar al zichtbaar was, zet zich ook dit jaar door. Opnieuw verstrekken ziekenhuizen meer gegevens over de door hen verleende zorg. Ook dit jaar zijn deze gegevens vaker van een toelichting voorzien, waardoor het beleid van het ziekenhuis ten aanzien van de door de indicator aangestipte zaken helder is te volgen. Des te zorgelijker is het gegeven dat er toch nog altijd ziekenhuizen zijn die geen of slechts gedeeltelijk gegevens kunnen verstrekken. Aan deze ziekenhuizen zal de inspectie tijdens de jaargesprekken extra aandacht geven.

Evenals in voorgaande jaren biedt het rapport geen ranglijst van ziekenhuizen. Dat is nog niet verantwoord mogelijk. Een ziekenhuis is een complexe organisatie waar diagnostiek, behandeling en zorg van patiënten met een grote diversiteit van aandoeningen plaatsvindt. Een 'waardeoordeel' over het gehele ziekenhuis doet geen recht aan deze verscheidenheid. Bovendien is het belang van de inspectie dat in *alle* ziekenhuizen – ongeacht rangorde – zorg wordt geleverd van voldoende niveau.

Het afleggen van verantwoording aan de buitenwereld over bereikte prestaties in de gezondheidszorg is normaal geworden. Gelukkig worden prestatie-indicatoren ook steeds vaker gebruikt om de binnenwereld, het ziekenhuis en de professionals die daarin werkzaam zijn, te laten zien welke goede resultaten zijn bereikt, of hoe het nog beter kan. En dat resultaat blijft tellen!

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

1 Prestatiemeting in ziekenhuizen en de rol van het toezicht

Inleiding

Sinds eind jaren tachtig maakte de inspectie gebruik van het zogenaamde algemeen toezicht als instrument voor het preventief toezicht. Dit instrument was voornamelijk gericht op de controle op de aanwezigheid van kwaliteitssystemen. Naar de uitkomsten van de zorg werd in het preventieve toezicht nauwelijks gekeken, hoewel steeds duidelijker werd dat de zorg niet altijd effectief en veilig was en soms leidde tot (ernstige) schade voor de patiënten. Vanaf het midden van de jaren negentig zijn ziekenhuizen door de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. De inspectie behoefde in principe slechts toezicht te houden op de aanwezigheid, operationaliteit en borging van een integraal kwaliteitssysteem. In 2002 bleek dat slechts een klein deel van de instellingen over een integraal kwaliteitssysteem beschikte en dat 'toezicht op toezicht' niet afdoende was. Bovendien is het veld van de gezondheidszorg groot en was het aantal inspecteurs ook toen al beperkt. Dit betekende dat algemeen toezicht, in de vorm van regelmatige inspecties bij de ongeveer 18.000 instellingen, maatschappen en individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, een utopie was.

Gelaagd en gefaseerd toezicht

Om deze problemen te ondervangen introduceerde de inspectie in 2004 het gelaagd en gefaseerd toezicht. In drie fasen probeert de inspectie op basis van risicodetectie te achterhalen waar de kans op schade voor de patiënt het grootst is. In de eerste fase (informatiefase) door instellingen een aantal cruciale gegevens over prestaties te laten publiceren. Als uit de analyse van de gegevens blijkt dat een instelling mogelijk onder de maat presteert, doet de inspectie in de tweede fase nader onderzoek (inspectiefase). Zij neemt zo nodig maatregelen (interventiefase) als blijkt dat sprake is van onderprestatie die tot schade voor de patiënt kan leiden.

Het is van belang te voorkomen dat gelaagd en gefaseerd toezicht leidt tot overmatige registratiedruk voor het veld. Een voorwaarde voor de inspectie is dat deze wijze van toezicht houden hanteerbaar en interpreteerbaar blijft. Daarom richt de inspectie zich op die zaken die in een risicoanalyse de grootste bedreiging vormen voor de patiëntveiligheid, de effectiviteit en de patiëntgerichtheid van de zorg.

Indicatoren

In het Strategisch Akkoord bij de kabinetsformatie in 2002 is ervoor gekozen de gezondheidszorg per 1 januari 2006 op een nieuwe wijze aan te sturen. Doel hiervan is de positie van de consument te versterken, een regierol aan de zorgverzekeraar te bieden en marktwerking in de zorg te bevorderen. Professionals en zorginstellingen kunnen zelf beslissen hoe zij de zorg vormgeven, zolang de uitkomst – maximale gezondheidswinst en een tevreden patiënt voor een redelijke prijs – gehandhaafd blijft. De aanwezigheid van een integraal kwaliteitssysteem is daarvoor weliswaar een belangrijke voorwaarde, maar biedt geen garantie voor een goede uitkomst van de zorg. Om te kunnen beoordelen of de uitkomst van de zorg aan de verwachting voldoet, met andere woorden om effectief toezicht te kunnen houden, zijn indicatoren nodig om die uitkomst te meten. In de Kwaliteitsbrief van februari 2006 aan de Tweede Kamer heeft de minister uitgebreid toegelicht wat hij verwacht: “Betrokken partijen ontwikkelen vele initiatieven om indicatoren en ‘talen’ te ontwikkelen waarmee de kwaliteit kan worden gemeten. Dit proces moet met kracht worden voortgezet; het beschikken over goede indicatoren en meetmethodes is essentieel”.

Een essentieel onderdeel van kwaliteit is patiëntveiligheid. Wat de minister betreft wordt het Veiligheidsmanagementsysteem in 2008 verplicht gesteld. Hij verwacht “dat er een bodem in het systeem zal ontstaan: bepaalde risicovolle operaties zullen bijvoorbeeld alleen mogen worden uitgevoerd als deze voldoende vaak worden gedaan”. Ook hierbij zijn indicatoren op basis van door het veld aangeleverde normen noodzakelijk als graadmeter van de zorg. Voor het stellen van een minimumvolume, gerelateerd aan de mate van kwaliteit, is verder onderzoek nodig.

Ontwikkeling van een basisset indicatoren

Voor de eerste fase van het gelaagd en gefaseerd toezicht ontwikkelt de inspectie sinds 2003 een jaarlijks terugkerende basisset prestatie-indicatoren, die zich vooral – maar niet uitsluitend – richt op de uitkomst van de geleverde zorg. Deze ontwikkeling vindt plaats in nauwe samenwerking met de NVZ, de Orde en de NFU. Belangrijke aspecten van deze set zijn de deelname van alle Nederlandse ziekenhuizen en de openbaarheid van de gegevens op www.ziekenhuizen transparant.nl of in het jaarverslag. De inspectie publiceert de door haar bewerkte gegevens in een jaarlijkse rapportage onder de titel ‘Het resultaat telt!’.

Inmiddels zijn drie cycli doorlopen. Het rapport dat voor u ligt is het derde rapport op rij.

Doel van de indicatoren

De inspectie beoogt met haar indicatoren niet om een rapportcijfer te geven, maar om signalen te verkrijgen over complexe fenomenen die interpretatie behoeven. Deze signalen kunnen aanleiding zijn voor nader onderzoek, een verzoek om toelichting of de start van een dialoog. Een eventuele vervolgstap is het nemen van repressieve maatregelen als vervolgonderzoek uitwijst dat dit nodig is. Omdat de set zich richt op gebieden waar herinrichting van zorgprocessen en zorginnovatie gewenst en mogelijk is, is het bovendien een instrument voor kwaliteitsbevordering. Dit geldt voor ziekenhuisafdelingen die aan de hand van indicatoren trends volgen en deze gebruiken als spiegelinformatie in verbetertrajecten, voor beroepsgroepen die indicatoren gebruiken als benchmark bij visitatie en voor ziekenhuisorganisaties die indicatoren gebruiken bij het afleggen van externe verantwoording en voor profilering. De ontwikkeling naar marktwerking binnen de zorg maakt dat ziekenhuizen meer behoefte hebben aan informatie over de kwaliteit van de zorg. De indicatoren die zich richten op zorgvernieuwingsprocessen bieden ziekenhuizen de mogelijkheid om zich te profileren en kunnen als aanzet dienen bij de onderhandeling over zorginkoop. Ten slotte biedt publicatie van de resultaten van de indicatoren patiënten de mogelijkheid om geïnformeerde keuzes te maken.

In de jaargesprekken (elk ziekenhuis wordt minimaal éénmaal per jaar bezocht) bespreekt de inspectie – naast andere onderwerpen – de resultaten van de indicatoren. Resultaten die buiten de norm vallen of resultaten die sterk afwijken van het landelijk gemiddelde – daar waar door de beroepsgroep nog geen norm is vastgesteld – geven aanleiding tot het doen van nader onderzoek. Hoewel de inspectie ervan uitgaat dat ziekenhuizen betrouwbare gegevens aanleveren, worden dit jaar voor het eerst sommige gegevens uit het thematisch en interventie-toezicht gelegd naast de resultaten van de indicatoren. Bij geconstateerde grote verschillen tussen vergelijkbare data zullen kritische vragen gesteld worden tijdens het jaargesprek.

Kritiek

Aanvankelijk werd het systeem ernstig bekritiseerd en werd het openbaar afleggen van verantwoording over de uitkomsten van geleverde zorg voor sommige bestuurders en medische specialisten als ‘not done’ beschouwd. De overheid diende erop te rekenen dat hoog gekwalificeerde professionals ook op zijn minst goede kwaliteit van zorg leverden. Registratiesystemen zoals de basisset namen extra tijd in beslag, tijd die broodnodig was aan het bed.

Deze kritiek is vrijwel verstomd. Ook binnen de gezondheidszorg is het nu gebruikelijker om aan de betaler van het systeem, de burger, openlijk verantwoording af te leggen.

Nu concentreert de kritiek zich vooral op de inhoud van de basisset. “Goed dat de overheid wil weten wat de resultaten van de zorg zijn, alleen de wijze waarop zij dat doet is niet doelmatig”. Indicatoren horen op basis van de criteria die geformuleerd zijn in het AIRE-instrument^[1], gevalideerd en reproduceerbaar te zijn. Deze kritiek heeft de inspectie ter harte genomen.

Samenwerking

De inspectie en de veldkoepels hebben in december 2005 een samenwerkingsovereenkomst gesloten, waarin de werkwijze voor het ontwikkelen van indicatoren en de verantwoordelijkheid van de partijen is omschreven (zie bijlage 4). In die overeenkomst is afgesproken zoveel mogelijk de AIRE-systematiek te volgen bij de ontwikkeling van indicatoren. Op basis van deze afspraken worden nieuwe indicatoren in de basisset geïntroduceerd in goed overleg met de betrokken wetenschappelijke belangenverenigingen, waar mogelijk gebaseerd op richtlijnen en normen en altijd pas nadat deze getest en geaccordeerd zijn door de beroepsgroep. De inspectie houdt daarbij de uiteindelijke regie over de basisset en over het voor u liggende rapport, waarvoor zij de volledige verantwoordelijkheid neemt. Met het gevormde draagvlak heeft de inspectie hiermee een krachtig argument om allereerst op basis van overtuiging te sturen. Pas daar waar dat niet tot het juiste resultaat leidt, zal zij met de wet in de hand maatregelen afdwingen.

Risico's van indicatoren

Het centrum voor ethiek en gezondheid noemt het gebruik van openbare indicatoren een sociaal experiment en adviseert een open oog te houden op mogelijke risico's. Zo bestaan er verschillen in kwaliteit tussen ziekenhuizen die los staan van het beleid, maar die berusten op een verschil in patiëntenpopulatie. In theorie is dit te ondervangen door naast de indicatoren ook een serie andere gegevens over patiënten te registreren zoals leeftijd, geslacht, operatie-indicatie en comorbiditeit. Dit maakt echter al snel dat de last van het registreren groter wordt dan het nut, of dat de voor patiëntengegevens gecorrigeerde indicator zo moeilijk te begrijpen wordt, dat niemand er meer wat aan heeft. Een oplossing daarvoor kan zijn de data die ziekenhuizen verstrekken te vergelijken met de te verwachten uitkomsten op basis van bijvoorbeeld regio, leeftijd, geslacht en diagnosegroepen. Al deze verschillen tussen ziekenhuizen kunnen tot irrationele keuzen bij de patiënt

[1] Appraisal of indicators through research and evaluation (AIRE)

http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_397_TICH_R171406671069879.

leiden, of aanleiding zijn voor perverse reacties van het ziekenhuis c.q. medisch specialisten. Voorbeelden van dergelijke reacties zijn het overplaatsen van terminale patiënten, zodat het overlijden niet in het ziekenhuis plaatsvindt, of het verleggen van de acceptatiegrens van overlijden bij een ernstig en uitzichtloos lijden. Openbaarmaking kan ziekenhuizen aanzetten om hun prestaties te verbeteren door het weren van ‘slechte’ gevallen, of juist het concentreren op ‘makkelijke’ gevallen, wat wel ‘gaming the numbers’ wordt genoemd. Aspecten van zorg waarover geen openbare verantwoording wordt gevraagd, kunnen door het ziekenhuis verwaarloosd worden. Deze ontwikkeling kan een rem zetten op innovaties en ambities doordat risicomijdend gedrag optreedt uit angst om te dalen in de ranglijsten. Ook kan het de solidariteit tussen instellingen en de bereidheid tot samenwerking nadelig beïnvloeden en ertoe leiden dat zorgaanbieders hun ervaringen niet meer delen omdat zij competitief moeten zijn. Hierdoor verbreiden ‘best practices’ zich (nog) minder snel. Juist het voorkomen van deze negatieve gevolgen is een belangrijke reden om ziekenhuizen te vragen zélf hun gegevens openbaar te maken én toe te lichten. Daarnaast is bij uitkomstindicatoren die moeilijk te interpreteren zijn en vatbaar zijn voor foutieve oordelen, vaak gekozen voor proces- of structuurindicatoren omdat deze dergelijke risico’s minder met zich meebrengen.

Relatie met andere projecten

De ontwikkeling van uitkomstindicatoren sluit nauw aan bij de wens van de overheid om indicatoren voor sturing van het beleid te gebruiken. IGZ-indicatoren maken daartoe deel uit van het project ‘Sneller Beter’ van het ministerie van VWS^[2] en worden vertaald in keuze-informatie voor patiënten. De resultaten worden ook vertaald om goede voorlichting aan de burger over prestatie-indicatoren te geven. De koepelorganisaties voor de ziekenhuizen, NVZ, Orde en NFU, hebben eveneens indicatoren voor hun leden ontwikkeld, die echter meer op de bedrijfsvoering, aanwezigheid van kwaliteitssystemen en patiënttevredenheid richten. Deze worden in de basisset opgenomen, maar niet verder door de inspectie bewerkt. De resultaten daarvan worden dan ook niet in dit rapport gegeven.

[2] www.SnellerBeter.nl

Leeswijzer

In hoofdstuk 5 treft u de resultaten van ziekenhuizen aan, gegroepeerd per indicator. De resultaten zijn gebaseerd op de gegevens zoals deze op 1 juli 2006 in bezit waren van de inspectie.

Opbouw

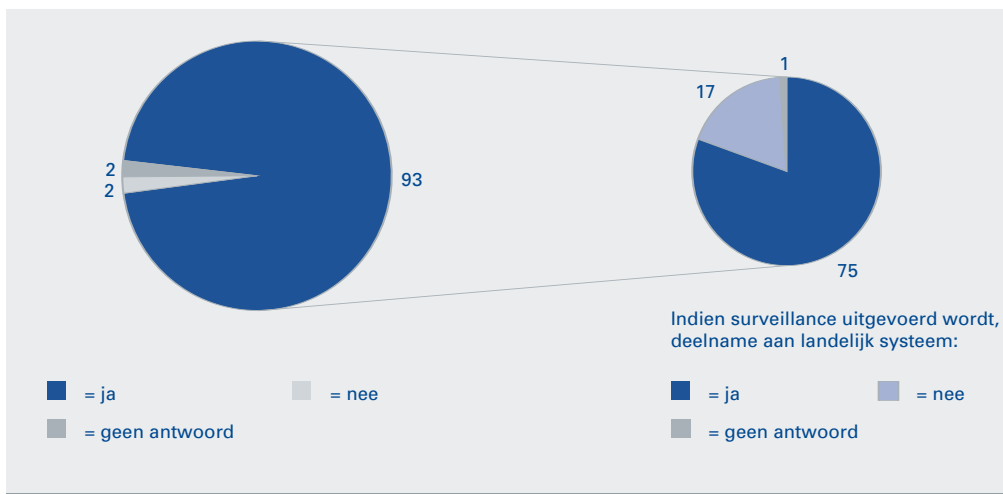
De paragrafen van hoofdstuk 5 zijn genummerd volgens de indeling van de Basisset. Iedere paragraaf heeft een identieke structuur en bestaat uit:

- Beschikbare indicatoren.
- Relevante begrippen.
- Resultaten met een grafische weergave op de linkerpagina en een tekstuele toelichting op de rechterpagina.
- Conclusies.
- Reactie van de inspectie.

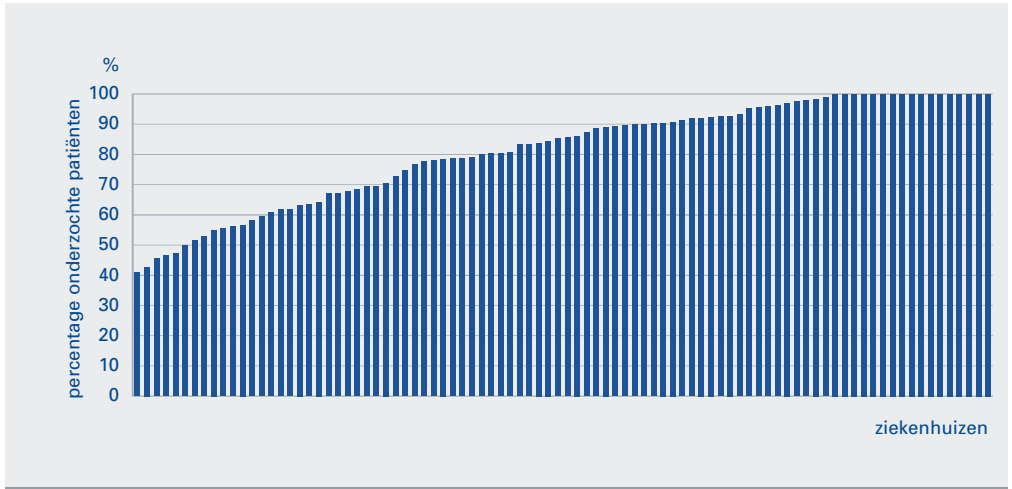
Grafische weergave

De grafische weergave is deels gebaseerd op de 'taartpunten-methode'. Per indicator is aangegeven hoeveel ziekenhuizen de gegevens hebben verstrekt en vervolgens is in het tweede schema de betreffende 'taartpunt' nader uitgesplitst.

In het onderstaande voorbeeld hebben 93 ziekenhuizen gegevens verstrekt. Deze categorie van 93 ziekenhuizen is in de rechterfiguur nader gespecificeerd.



De grafische weergave bevat ook staafdiagrammen. In deze diagrammen wordt een rangschikking aangegeven van de ziekenhuizen in een oplopende procentuele verdeling op de verticale as.



Voor deze weergave is gekozen, omdat de deelnemende ziekenhuizen zo hun eigen resultaten kunnen afzetten tegen die van de andere ziekenhuizen.

2 Opvallende resultaten 2005

Bijna alle ziekenhuizen registreren decubitus

Het verschil tussen ziekenhuizen voor wat betreft de prevalentie is nog altijd groot. Er is dus verschil in kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Bloedtransfusie-indicator discrimineert niet meer

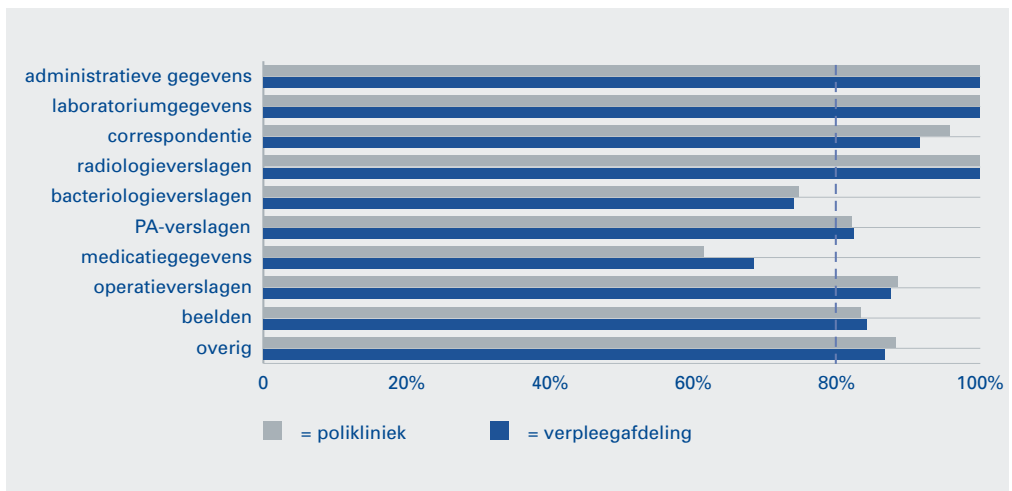
Deze indicator laat vrijwel geen verschillen meer zien en zal dan ook het volgend jaar niet meer opgenomen worden in de set. In 2005 zijn in totaal 26 graad 3 of 4 reacties geregistreerd. Dit zijn levensbedreigende reacties of reacties met een dodelijke afloop. Het aantal meldingen over transfusiereacties aan de inspectie is echter lager.

De geautomatiseerde beschikbaarheid van medicatiegegevens is nog altijd beperkt

Slechts eenderde van de ziekenhuizen heeft gegevens over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar. Poliklinisch en extramuraal voorgeschreven medicatie is nog minder bekend.

Elektronische inzage in gegevens is in 80 procent van de ziekenhuizen mogelijk, de inspectie beschouwt dit nu als norm

Inzage van elektronische gegevens is inmiddels in het merendeel van de ziekenhuizen (>80%), zowel op verpleegafdelingen als op de polikliniek, mogelijk (zie onderstaande grafiek met inzagefuncties).



Registreren van wondinfecties leidt bij het merendeel van de ziekenhuizen tot verbeteracties

Het merendeel van de ziekenhuizen neemt deel aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties. Dit aantal is in 2006 tot boven de 80 procent gestegen en is daarmee een veldnorm.

Tweederde van de registrerende ziekenhuizen voert interventies uit naar aanleiding van de analyse van de door hen geregistreerde postoperatieve wondinfecties. Ruim 80 procent van de ziekenhuizen die dit soort interventies uitvoeren, meldt hiermee ook de beoogde verbetering bereikt te hebben.

Een landelijke complicatieregistratie is voor de meeste specialismen nog niet gerealiseerd

Per ziekenhuis is te zien hoeveel specialismen een complicatieregistratie hebben en of dit een landelijk of een eigen systeem is.

Landelijke complicatieregistraties, met een door de wetenschappelijke verenigingen ontwikkelde definitieset, zijn nog geen gemeengoed maar het goede voorbeeld van algemene chirurgie wordt inmiddels door steeds meer specialismen gevolgd. Bij de oogheelkunde gebruiken vrijwel alle ziekenhuizen een complicatieregistratie voor cataractoperaties.

Hoewel een verbetering is te zien, hebben veel ziekenhuizen nog altijd geen goede pijnregistratie bij patiënten na een operatie

Bijna alle ziekenhuizen meten systematisch postoperatieve pijn. Veel ziekenhuizen zijn echter nog niet in staat om daarover ook cijfers te leveren. De automatisering van de registratie wordt daarbij als grootste struikelblok genoemd.

Het aantal ziekenhuizen dat gegevens kan leveren over het aantal patiënten met een pijnscore van 4 of lager, is verdubbeld ten opzichte van 2004.

Intensive Care afdelingen schatten nu beter het juiste niveau van gegeven zorg in dan de voorafgaande jaren

De nieuwe IC-richtlijn geeft het belang aan van een goede afstemming tussen zorgzwaarte en aanbod van zorg. Uit de resultaten van de indicatoren blijkt dat ziekenhuizen dit onderkennen en een realistischer inschatting maken van het niveau van de IC. Wel zijn er nog tien ziekenhuizen waar geen geregistreerde intensivist voor de IC beschikbaar is.

Voor risicovolle operaties verwijzen veel meer ziekenhuizen naar gespecialiseerde centra

Meer dan de helft van de ziekenhuizen doet voldoende AAA-operaties om de volgens de literatuur benodigde ervaring te behouden.

In 2005 blijkt dat een aantal ziekenhuizen, die in 2004 minder dan tien OCR-operaties deden, er dit jaar voor gekozen hebben hun patiënten te verwijzen naar een meer gespecialiseerd centrum. Ook uit de toelichtingen blijkt dat meer ziekenhuizen samenwerken op het gebied van de risicovolle operaties.

Galwegcomplicaties komen weinig voor

Het percentage gallekkages is zeer klein. Opvallend is dat het totale aantal cholecystectomieën opgegeven via de prestatie-indicatoren (22.760) ruim 2.900 hoger ligt dan het aantal opgegeven cholecystectomieën in de LMR (19.836).

Informatie over het oproepen voor en afzeggen van operaties is vrijwel overal bekend

Er is een groot verschil in de verhouding tussen het aantal door het ziekenhuis en het aantal door de patiënt afgezegde operaties.

Ongeplande heroperaties bij een hernia inguinalis nemen af, variatie tussen ziekenhuizen blijft groot

Het gemiddelde percentage heroperaties na een hernia inguinalis operatie is relatief hoog. Dit is wel ruim 1 procent gedaald ten opzichte van 2004. In de komende jaren zal dit percentage waarschijnlijk nog verder afnemen, omdat ziekenhuizen aangeven dat het gebruik van de nieuwe Lichtenstein-techniek voor het verhelpen van hernia inguinalis minder recidieven veroorzaakt.

De VOKS-percentiel voor de keizersnede blijft moeilijk te interpreteren

De VOKS-percentiel blijkt nog steeds een moeilijk te interpreteren indicator, hoewel dit percentiel voor iedere gynaecologenpraktijk in Nederland wordt berekend. Zes ziekenhuizen leveren dit jaar nog geen gegevens over deze score.

Er is nog discussie over de juistheid van percentielgegevens. Dit jaar heeft de inspectie de gegevens waarbij zij vragen stelde, ter controle voorgelegd aan de stichting Prenatale Registratie Nederland. De stichting heeft bevestigd dat bij een aantal ziekenhuizen deze gegevens inderdaad niet overeenstemmen.

Geïntegreerde diabeteszorg is nog steeds geen gemeengoed

Het percentage ziekenhuizen dat meldt in 2005 geïntegreerde diabeteszorg te verlenen, is iets hoger dan in 2004. Het gemiddelde HbA1c is vaker bekend, het is echter nog relatief zeldzaam dat ziekenhuizen onderscheid maken in de registratie van type I en II. Ook is vaak niet bekend of de patiënt een oogheelkundige controle heeft gehad.

De behandeling van hartfalen is binnen het ziekenhuis steeds vaker multidisciplinair, nu deze verbetering ook transmuraal doorvoeren

Bijna drie kwart van de hartfalenpoliklinieken zijn vormgegeven aan de hand van (de meeste van) de – in de richtlijn genoemde – succesvolle componenten. De organisatie van de transmurale begeleiding van hartfalenpatiënten lijkt echter achter te blijven. Inmiddels kunnen vrijwel alle ziekenhuizen die hartfalenpatiënten behandelen, cijfers over heropnames leveren.

In sommige ziekenhuizen moeten patiënten lang wachten op de operatieve behandeling van een gebroken heup, ook als zij weinig bijkomende problemen hebben

In zes ziekenhuizen wordt minder dan de helft van de patiënten met een gebroken heup binnen één kalenderdag geopereerd.

Alle ziekenhuizen hebben inmiddels een mammapolikliniek en registreren gegevens zorgvuldiger

De registratie van de gegevens met betrekking tot ‘diagnose binnen 5 dagen’ is in 2005 aanzienlijk zorgvuldiger uitgevoerd dan in voorgaande jaren.

3 Trends

Hoewel inmiddels 3 jaar is gemeten en het beloop van de resultaten van een bepaalde indicator in de tijd weergegeven zou kunnen worden, stuit een dergelijke exercitie op een aantal praktische problemen.

Het grootste struikelblok is wel dat bij veel indicatoren de definities zijn aangepast, enerzijds op gegronde aandringen van de wetenschappelijke verenigingen, anderzijds omdat tijdens de analyses bleek dat de indicator voor meer dan één uitleg vatbaar was. Bij een aantal indicatoren is een vergelijking wel mogelijk; echter alleen nadat de resultaten zodanig bewerkt zijn dat een verschil in definiëring een vergelijking niet meer in de weg staat.

Om dit laatste op een zorgvuldige wijze te doen, is meer tijd nodig. In de loop van 2007 zal de inspectie in een aantal publicaties de gemeten trends volgens een betrouwbare analyse weergeven.

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

4 Thermometer

In de tabellen 1 t/m 3 zijn de belangrijkste gegevens van de geanalyseerde indicatoren samengevat. De eerste kolom (beschikbaar/bekend in %) geeft aan bij hoeveel procent van de ziekenhuizen in 2005 het gegeven bekend is of bij hoeveel procent de voorziening beschikbaar is. Tussen haakjes zijn de percentages van 2004 opgenomen. Bijvoorbeeld 97 procent van de ziekenhuizen heeft in 2005 een systematische decubitusregistratie (86% in 2004) en in 71 procent van de ziekenhuizen is de incidentie van decubitus bij totale heupvervangingsbekend (47% in 2004).

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 2005 is de operatie aan een aneurysma aorta abdominalis bijvoorbeeld gemiddeld 41 keer per ziekenhuis uitgevoerd. De mediaan is 32; dat wil zeggen dat de helft van de ziekenhuizen minder dan 32 keer deze operatie uitvoert, in de andere helft was dit meer dan 32 keer het geval.

Daar waar van toepassing is in de zesde kolom het totale aantal patiënten genoemd waarop de gegevens betrekking hebben. In enkele gevallen is dat het totale aantal eenheden of het aantal bepalingen. Bij bloedtransfusiereacties staat hier achtereenvolgens dat zij zijn berekend voor 127.967 patiënten die een bloedproduct kregen en voor 651.804 getransfundeerde eenheden.

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

Met de thermometer is snel na te gaan wat het resultaat van een indicator is. Daarnaast is hij te gebruiken als een onafhankelijke graadmeter van de kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen, samen met de markante onderzoeksresultaten uit de conclusies.

Tabel 1

I Indicatoren ziekenhuisbreed

	Beschikbaar/ Bekend in 2005 (2004) in %	Uitkomst				Aantal patiënten/ eenheden
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum	
I.1 Decubitus						
Systematische decubitusregistratie	97 (86)					
Prevalentie decubitus, onderzochte patiënten	95 (81)	6,2%	5,8%	1,1%	19,4%	37.968
Prevalentie decubitus, opgenomen patiënten	95 (67)	4,9%	4,7%	0,8%	11,4%	50.457
Incidentie van decubitus bij totale heupvervangning	71 (47)	2,7%	1,4%	0,0%	17,4%	17.657
I.2 Bloedtransfusiereacties						
Deelname TRIP	98 (89)					
Transfusiereacties per 1000 patiënten	95 (86)	0,14‰	0,0	0,0	2,9‰	127.967
Transfusiereacties per 1000 eenheden	95 (93)	0,03‰	0,0	0,0	0,6‰	651.804
I.4 Zorginformatie en communicatietechnologie (ICT)						
Aantal geautomatiseerde functies voor inzage in kliniek	99 (87)	7,8	8,3	2,5	10,0	
Aantal geautomatiseerde functies voor inzage op de polikliniek	99 (87)	7,9	8,0	2,5	10,0	
Aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders in kliniek	99 (87)	2,5	2,0	0,0	10,0	
Aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders op polikliniek	99 (87)	2,5	2,0	0,0	10,0	
I.5 Wondinfectieregistratie						
Wondinfectieregistraties	96 (80)					
Incidentie- of prevalentieonderzoek	81 (64)					
I.6 Complicatieregistraties per ziekenhuis						
	100 (91)	28,0	64,5	20,0	100,0	

Tabel 2

II Indicatoren hoog-risico afdelingen

	Beschikbaar/ Bekend in 2005 (2004) in %	Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Uitkomst Maximum	Aantal patiënten/ ingrepen	Ziekenhuizen	Ziekenhuizen
							met nul ingrepen	Ziekenhuizen met te weinig ingrepen
II.1 Pijn na operatie								
Protocol	84 (74)							
Acute pijnservice	78 (59)							
Systematische pijnmeting: verkoever	68 (95)					658.250		
Systematische pijnmeting: verpleeg	63 (93)					523.057		
Percentage pijnscore < 4	57 (25)	81%	85%	7%	100%	202.253		
II.2 Volume van risicovolle interventies								
Aneurysma aorta abdominalis (AAA)	100 (96)	41	32	4	161	3.895	5	37
Oesophaguscardiaresectie (OCR)	98 (96)	7	1	1	75	606	46	23
II.3 Cholecystectomie								
Cholecystectomie	99 (90)	85%	87%	48%	100%	22.760		
Gallekkage na cholecystectomie	96 (70)	0,7%	0,7%	0,0%	2,1%	152		
II.6 Intensive care		Level III	Level II	Level I				
Level eigen opgave	100 (97)	28 (23)	30 (41)	42 (33)				
Level obv beschikbaarheid intensivist	92 (91)	26 (20)	21 (24)	54 (47)				
Aantal beademingsdagen	99 (95)	2.315	1.264	0	17.735	222.256		
Aantal IC-dagen	100 (95)	4.410	2.877	892	37.740	423.391		
Beademingsdagen/IC-dagen	100 (95)	47%	47%	0%	92%			

Tabel 3

III Indicatoren bij specifieke aandoeningen of ingrepen

	Beschikbaar/ Bekend in 2005 (2004) in %	Uitkomst				Aantal patiënten/ bepalingen
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum	
III.1 Zwangerschap						
Aantal bevallingen/praktijk	96 (92)	1.229	1.169	324	2.737	110.569
VOKS-percentage	74 (75)					
III.2 Diabetes mellitus						
Geïntegreerde diabeteszorg	88 (88)					
Gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patient per jaar						
Type I	26 (32)	2,6	2,4	1,7	4,0	11.562
Type II	26 (32)	2,6	2,4	1,5	4,0	33.139
Geen onderscheid in type	24 (36)	2,4	2,3	1,6	3,4	42.674
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling						
Type I	26 (32)	7,9	7,9	7,2	8,5	11.562
Type II	26 (32)	7,7	7,6	7,0	8,3	33.139
Geen onderscheid in type	24 (36)	7,4	7,4	6,3	8,1	42.674
Oogheelkundige controle	67 (47)	79,5%	81,6%	25,8%	100%	104.096
III.3 Hartfalen						
Hartfalenpoli	96 (81)					
Heropname hartfalen jonger dan 75 jaar	90 (59)	10,7%	9,4%	0,0%	38,0%	8.552
Heropname hartfalen 75 jaar en ouder	89 (59)	10,5%	7,8%	0,0%	74,2%	12.228

	Beschikbaar/ Bekend in 2005 (2004) in %	Uitkomst				Aantal patiënten/ bepalingen
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum	
III.4 Acuut myocardinfarct (AMI)						
30-Daagse sterfte AMI <65 jaar	55 (35)	3,0%	2,6%	0,0%	12,5%	6.434
30-Daagse sterfte AMI 65 jaar en ouder	55 (35)	11,5%	11,3%	2,5%	22,1%	7.592
Ziekenhuissterfte AMI <65 jaar	40 (31)	2,7%	2,4%	0,0%	9,9%	3.867
Ziekenhuissterfte AMI 65 jaar en ouder	40 (31)	11,2%	12,3%	2,2%	18,2%	4.991
90-Daagse sterfte AMI <65 jaar	39 (22)	3,7%	3,0%	0,0%	18,5%	5.437
90-Daagse sterfte AMI 65 jaar en ouder	39 (24)	14,5%	14,2%	4,6%	29,3%	7.152
III.5 Cerebrovasculair accident (CVA)						
Strokesevice/unit	95 (88)					
Sterfte ischemisch CVA < 65 jaar	95 (60)	2,7%	2,0%	0,0%	17,1%	5.677
Sterfte ischemisch CVA 65 jaar en ouder	95 (60)	5,6%	5,2%	0,0%	37,8%	15.933
Sterfte hemorrhagisch CVA < 65 jaar	95 (60)					1.068
Sterfte hemorrhagisch CVA 65 jaar en ouder	95 (58)	25,8%	24,0%	0,0%	66,7%	3.081
III.6 Heupfractuur						
Percentage <24 uur geopereerd, ASA 1-2	44 (22)	89,2%	91,9%	62,4%	100,0%	2.639
Percentage <24 uur geopereerd, ASA 3-5	43 (21)	80,8%	84,1%	26,7%	100,0%	2.554
Percentage <24 uur geopereerd, geen onderscheid in ASA	59 (59)	83,0%	85,7%	37,6%	100,0%	8.358
III.7 Mammatumor						
Mammapoli	99 (87)					
Percentage diagnose < 5 dagen	94 (68)	86,2%	90,4%	41,5%	100,0%	38.857

5 Resultaten

I ZIEKENHUISBREDE INDICATOREN

I.1 Decubitus

Beschikbare indicatoren

- 1 De beschikbaarheid van een systematische decubitusregistratie, de wijze van registratie en de wijze waarop de resultaten aantoonbaar gebruikt worden in beslissingen van het management.
- 2 Het aantal gevallen van decubitus (graad 2 tot en met 4) bij alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten op een vast tijdstip in het afgelopen jaar (puntprevalentie), exclusief de patiënten die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden.
- 3 Het aantal nieuwe gevallen van decubitus bij patiënten opgenomen voor een totale heupvervangng van 1 januari t/m 31 december 2005.

Relevante begrippen

Decubitus	Bij decubitus, ook wel doorliggen genoemd, is sprake van beschadiging van de huid en het onderliggende weefsel. Decubitus wordt veroorzaakt door druk of schuif- en wrijfkraften tussen huid en matras, of door een combinatie daarvan. Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
LPOD/LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) voorheen LPOD geheten, georganiseerd door Universiteit Maastricht, waarbij decubitus gestandaardiseerd wordt vastgesteld en geregistreerd door decubitusconsulenten. Zie op internet: http://www.nursingscience.nl/websiteVW/LPZ/index.htm
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 opgenomen (of onderzochte) personen.
Puntprevalentie	Een eenmalige prevalentie meting binnen een korte tijdsperiode, meestal een dag.
Incidentie	Het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte op een bepaalde plaats binnen een bepaalde tijdseenheid.

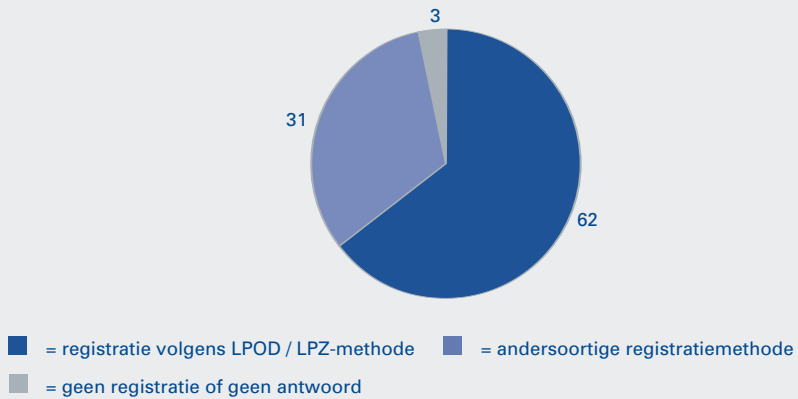
Ziekenhuisselectie

De gegevens over decubitus hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 2 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 1.1.1

Beschikbaarheid van een systematische decubitusregistratie en gebruik van registratiesystemen in ziekenhuizen die aangeven over een systematische decubitusregistratie te beschikken (n=96)



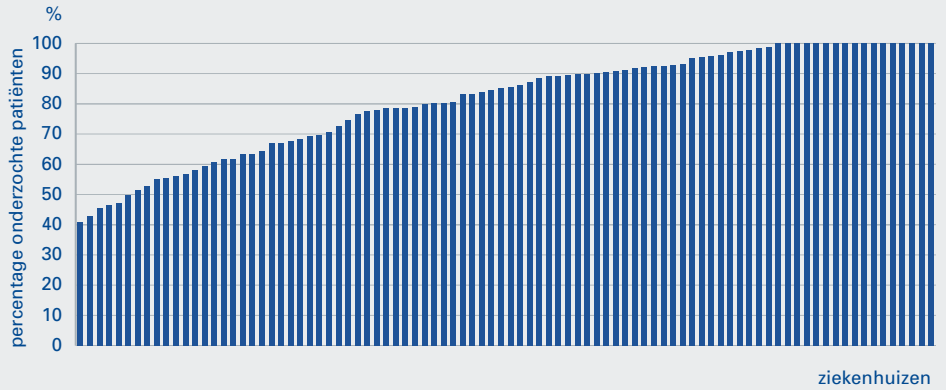
Figuur 1.1.1

In praktisch alle ziekenhuizen is sprake van een systematische registratie van decubitus. Hiervan gebruikt ook het merendeel, 90 ziekenhuizen, de gegevens bij managementbeslissingen.

Voor de registratie gebruiken 62 (67%) ziekenhuizen het landelijke LPOD/LPZ-protocol en 31 (33%) ziekenhuizen een ander of eigen protocol. Voorbeelden van eigen systemen zijn registratie in het verpleegkundig of medisch dossier of in de complicatieregistratie heelkunde. Ook worden er registratiesystemen gebruikt van bedrijven die decubitus-materialen leveren (bijvoorbeeld matrassen).

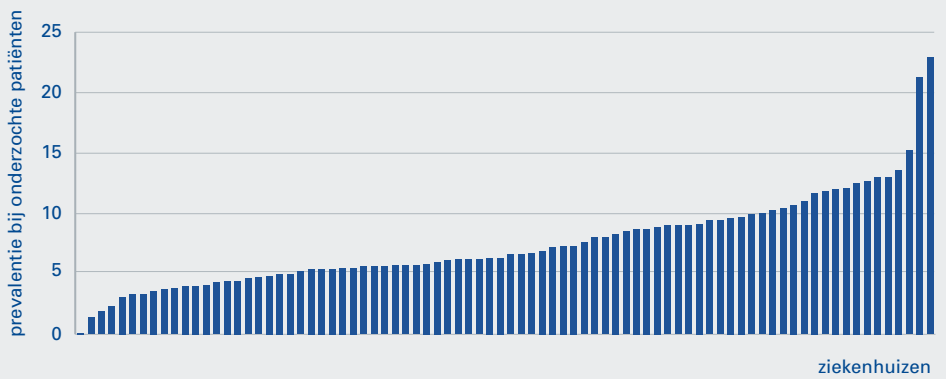
Figuur 1.1.2

Percentage onderzochte patiënten met decubitus graad 2-4 ten opzichte van totaal aantal opgenomen patiënten (n=88)



Figuur 1.1.3

Puntprevalentie decubitus graad 2-4 voor de onderzochte populatie (n=91)



Figuur 1.1.2

Er bestaat een groot verschil tussen het aantal onderzochte en opgenomen patiënten. De range loopt van 41 tot 100 procent. Een score van 100 procent is moeilijk te realiseren vanwege twee redenen. Ten eerste omdat niet alle afdelingen meedoen aan het prevalentieonderzoek. Bijvoorbeeld de kinderafdeling van een ziekenhuis. Dit zijn laag of zelfs no-risk afdelingen wat decubitus betreft. De tweede reden is dat op het moment van meten niet alle patiënten gemeten kunnen of willen worden.

Het juist en zorgvuldig meten van decubitus blijft ook dit jaar weer een lastig probleem. In het onderstaande kader wordt een verdere toelichting gegeven.

Figuur 1.1.3

De puntprevalentie van het aantal onderzochte patiënten is bekend bij 91 ziekenhuizen. De grafiek laat zien dat de spreiding van de decubitusprevalentie van de onderzochte patiëntenpopulatie groot is (minimum is 1,1 en maximum is 19,4). Het gemiddelde is 6,2.

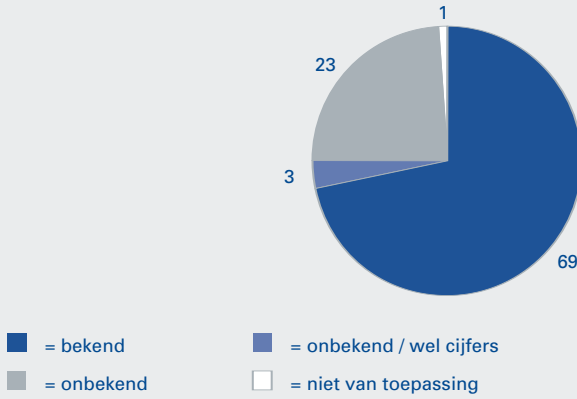
Een drietal ziekenhuizen heeft niet de prevalentie, maar de incidentiegegevens geleverd. In de toelichting wordt gesproken van een doorlopende registratie. Deze manier van meten is nauwkeuriger dan het slechts op één moment meten van de aanwezigheid van decubitus (prevalentie).

Het ziekenhuis met de hoogste prevalentie geeft in haar toelichting aan dat het hier om hoogrisico patiënten en afdelingen gaat. Dit hangt samen met de LPOD-registratie. Zie onderstaand kader voor een toelichting waarom het moeilijk is deze gegevens juist te interpreteren.

In 2003 bestond een groot verschil tussen de door het LPOD gerapporteerde prevalentie en de prevalentie van decubitus gerapporteerd op basis van de prestatie-indicatoren. Eén verklaring hiervoor is dat het LPOD rapporteert over hoogrisico patiënten terwijl prestatie-indicatoren 2003 vraagt naar alle opgenomen patiënten. Om deze discrepantie te voorkomen is evenals in 2004 dit jaar zowel gevraagd naar het aantal onderzochte patiënten als naar het aantal patiënten dat is opgenomen ten tijde van het onderzoek. Het is echter nog steeds niet altijd duidelijk op grond waarvan ziekenhuizen voor een onderzoekpopulatie kiezen. Om deze reden is het moeilijk om ziekenhuizen te vergelijken. Het is namelijk niet mogelijk een selectie van 40 procent hoogrisico patiënten eerlijk te vergelijken met een selectie van 80 procent van de algemene patiëntenpopulatie.

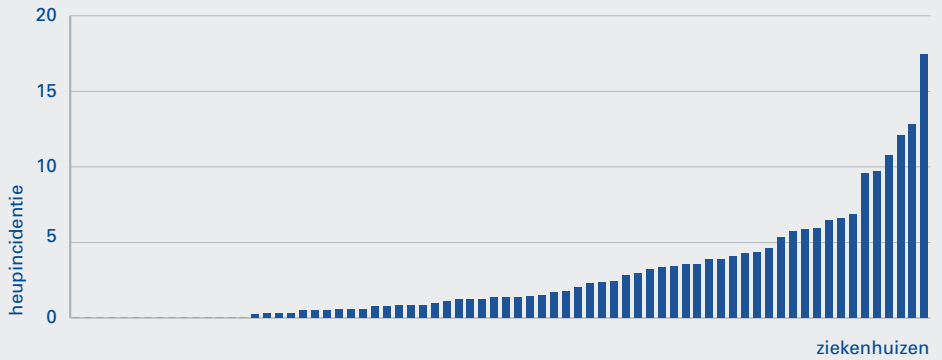
Figuur 1.1.4

Beschikbaarheid van gegevens over de incidentie decubitus bij patiënten die een totale heupvervangning hebben ondergaan (n=96)



Figuur 1.1.5

Incidentie van decubitus bij totale heupvervangning (n=72)



Figuur 1.1.4

De incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangingsoperatie geeft een meer betrouwbaar beeld over het optreden van decubitus over een langere periode dan de eerder genoemde puntprevalentie. De grafiek laat zien dat 69 ziekenhuizen over de gegevens beschikken en deze ook correct hebben aangeleverd. Drie ziekenhuizen zeggen niet over de gegevens te beschikken, maar hebben deze wel aangeleverd. Deze ziekenhuizen zijn daarom wel meegenomen in de analyse. Bij één ziekenhuis zijn geen patiënten geopereerd voor een totale heupvervangingsoperatie. De overige 23 ziekenhuizen geven aan niet te beschikken over de incidentiegegevens.

Figuur 1.1.5

In 2005 vonden er 17.666 totale heupvervangingsoperaties plaats in 72 ziekenhuizen. Dit is in lijn met de LMR-registratie, zie onderstaande tabel. Bij 419 patiënten is decubitus ontstaan. De incidentie van decubitus bij totale heupvervangingsoperatie varieert van 0 tot 17,4 procent. Gemiddeld is de incidentie 2,4 procent. Vijftien ziekenhuizen geven aan dat er geen enkele patiënt is geweest waarbij decubitus is ontstaan. Vier ziekenhuizen hebben een incidentie van meer dan 10 procent, zij geven hiervoor in de toelichting geen verdere verklaring.

Prismant cijfers verrichtingen totale heupvervangingsoperatie	
<i>Jaar</i>	<i>Aantal</i>
2003	23.627
2004	24.271
2005	22.453

Conclusies

- 1 Praktisch alle ziekenhuizen registreren de prevalentie van decubitus.
- 2 Registratie volgens de LPOD/LPZ-methodiek is de meest voorkomende vorm van registratie.
- 3 Bijna alle ziekenhuizen gebruiken de registratie bij hun managementbeslissingen.
- 4 Er is een groot verschil in prevalentie. Dit verschil kan deels, maar niet volledig, verklaard worden doordat:
 - ziekenhuizen verschillende populaties hebben gemeten.
 - ziekenhuizen verschillende methoden van opsporing hebben gebruikt.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over de prevalentie van decubitus.
- 2 Het ziekenhuis heeft wel cijfers over de prevalentie van decubitus, maar gebruikt deze niet bij het managementbeleid.
- 3 Het percentage onderzochte patiënten is lager dan 55 procent of gelijk aan 100 procent.
- 4 Het opgegeven prevalentiecijfer is hoger dan 10 procent in de geselecteerde populatie.
- 5 Het opgegeven prevalentiecijfer is lager dan 2,5 procent in de geselecteerde populatie.
- 6 De incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangings is gelijk aan 0 of hoger dan 6,5 procent.

I.2 Bloedtransfusies

Beschikbare indicatoren

- 1 Het beleid ten aanzien van transfusieveiligheid:
 - De rapportage van transfusiereacties in de TRIP- registratie.
 - Interne rapportage van transfusiereacties.
 - Registratie in de MIP/FONA.
- 2 Het aantal transfusiereacties graad 3 en 4 per 1000 getransfundeerde eenheden en per 1000 patiënten, in het afgelopen jaar.
- 3 Het aantal transfusiereacties graad 1 en 2 per 1000 getransfundeerde eenheden en per 1000 patiënten, in het afgelopen jaar. Deze gegevens worden alléén gevraagd als het ziekenhuis niet deelneemt aan de TRIP-registratie.

Relevante begrippen

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

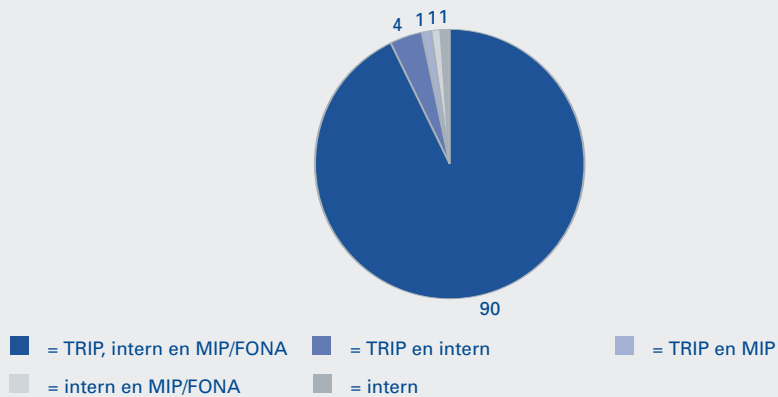
Ziekenhuisselectie

De gegevens over bloedtransfusies hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

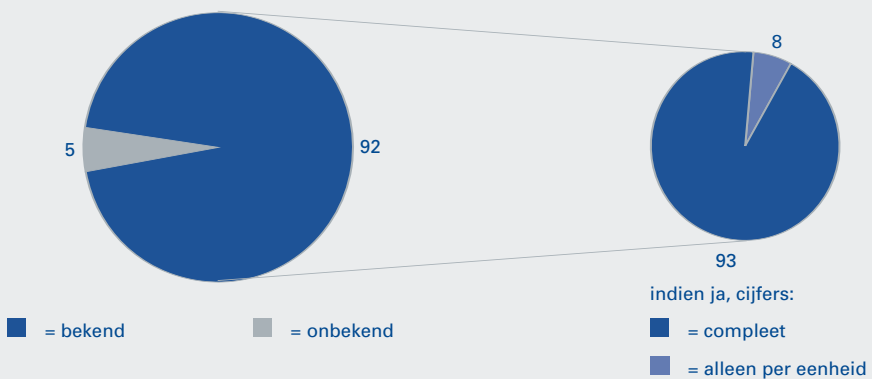
Figuur 1.2.1

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



Figuur 1.2.2

Ziekenhuizen waar de transfusioreacties graad 3 en 4 bekend zijn (n=97); van de ziekenhuizen die cijfers beschikbaar hebben, wordt aangegeven welke ziekenhuizen al dan niet complete gegevens aanleveren (n=92)



Figuur 1.2.1

Het bewaken van bloedtransfusies is zeer gebruikelijk in ziekenhuizen. Van de 97 ziekenhuizen geven 96 (99%) aan dat transfusiereacties gemeld worden aan het laboratorium, 92 ziekenhuizen (95%) melden ernstige reacties aan de MIP/FONA-commissie en 95 (98%) nemen deel aan TRIP. Figuur 1.2.1 laat zien dat de wijze waarop ziekenhuizen de veiligheid van bloedtransfusies bewaken, vrijwel volledig gestandaardiseerd is. Van de 97 ziekenhuizen gebruiken 90 alle genoemde registraties en 6 ziekenhuizen gebruiken 2 van de 3 registratievormen. Eén ziekenhuis gebruikt alleen de interne registratie.

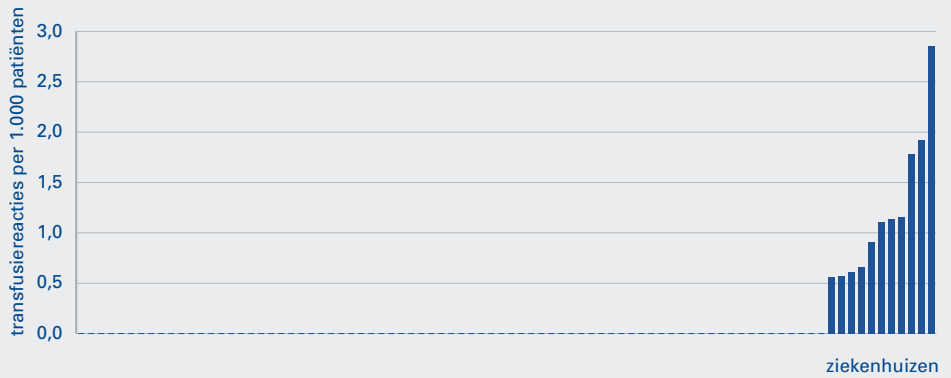
Figuur 1.2.2

Een belangrijke uitkomstindicator voor de veiligheid van het transfusieproces van bloedproducten is het feit dat ziekenhuizen transfusiereacties registreren. In alle ziekenhuizen die transfusiereacties registreren is het percentage bloedtransfusiereacties bekend. Van de 92 ziekenhuizen die aangeven dat het percentage bloedtransfusiereacties bekend is, geven 86 ziekenhuizen (93%) complete gegevens. 6 ziekenhuizen (7%) publiceren alleen het aantal transfusiereacties in relatie tot het aantal transfusie-eenheden.

Figuur 1.2.3

Aantal bloedtransfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 transfusie-eenheden (n=92)

Figuur 1.2.4

Aantal bloedtransfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 patiënten (n=86)

Figuur 1.2.3

Het aantal transfusiereacties graad 3 en 4 varieert in 92 ziekenhuizen van 0 tot 0,64 per 1.000 toegediende eenheden. Van deze 92 ziekenhuizen geven 81 ziekenhuizen aan dat geen sprake is geweest van transfusiereacties. Het aantal getransfundeerde eenheden in deze 81 ziekenhuizen is gemiddeld 5.955 en varieert van 2373 tot 22.930.

Figuur 1.2.4

Het aantal transfusiereacties per 1.000 patiënten graad 3 en 4 varieert in 86 ziekenhuizen van 0 tot 2,9. (Max vorig jaar was 14,6; 1 uitschieter). Van deze ziekenhuizen geven 71 ziekenhuizen aan dat geen sprake is geweest van transfusiereacties. Het aantal patiënten dat een bloedtransfusie ontvangen heeft, is in deze 75 ziekenhuizen gemiddeld 1.379 en varieert van 105 tot 5.058.

Transfusiereactie graad 1 en 2

Alleen aan ziekenhuizen die niet deelnemen aan TRIP zijn transfusiereacties graad 1 en 2 afzonderlijk gevraagd. Van de twee ziekenhuizen die niet meedoen aan TRIP meldt één van beide transfusiereacties graad 1 in relatie tot het aantal getransfundeerde eenheden en in relatie tot het aantal patiënten. Het aantal transfusiereacties graad 1 is 3,0 per 1.000 transfusie-eenheden en 20,4 per 1.000 patiënten. Het andere ziekenhuis meldt transfusiereacties graad 2 in relatie tot het aantal getransfundeerde eenheden en in relatie tot het aantal patiënten. Het aantal transfusiereacties graad 2 is 5,7 per 1.000 transfusie-eenheden en 34,3 per 1.000 patiënten.

Conclusies

- 1 Het bewaken van bloedtransfusies is gebruikelijk in ziekenhuizen. Vrijwel alle ziekenhuizen beschikken over gegevens met betrekking tot transfusiereacties.
- 2 De inspectie beschouwt als veldnorm:
 - Het bewaken van transfusiereacties.
 - Het beschikbaar hebben van gegevens over transfusiereacties.
 - Het registreren van transfusiereacties naar eenheden en patiënten.
- 3 Transfusiereacties graad 3 en 4 komen op basis van de gegevens zelden voor in Nederlandse ziekenhuizen.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over het transfusieveiligheidsbeleid.
- 2 Het ziekenhuis neemt niet deel aan TRIP.
- 3 Het ziekenhuis meldt transfusiereacties niet intern.
- 4 Het ziekenhuis meldt transfusiereacties niet aan de MIP- of FONA-commissie.
- 5 Het ziekenhuis heeft een opvallend hoog aantal ernstige transfusiereacties (0,4 per 1.000 eenheden of 2 per 1.000 patiënten).

I.3 Medicatieveiligheid

Beschikbare indicatoren

- 1 Elektronische beschikbaarheid van gegevens over klinisch voorgeschreven medicatie:
 - a Op de polikliniek.
 - b Op de verpleegafdeling.
 - c In de ziekenhuisapotheek.
 - d Buiten het ziekenhuis.
- 2 Elektronische beschikbaarheid van gegevens over poliklinisch voorgeschreven medicatie:
 - a Op de polikliniek.
 - b Op de verpleegafdeling.
 - c In de ziekenhuisapotheek.
 - d Buiten het ziekenhuis.
- 3 Elektronische beschikbaarheid van gegevens over extramuraal voorgeschreven medicatie:
 - a Op de polikliniek.
 - b Op de verpleegafdeling.
 - c In de ziekenhuisapotheek.

Relevante begrippen

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

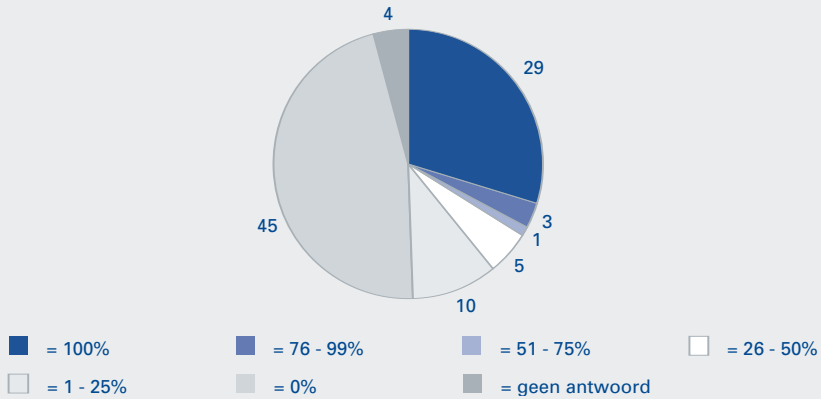
Ziekenhuisselectie

De gegevens over medicatieveiligheid hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

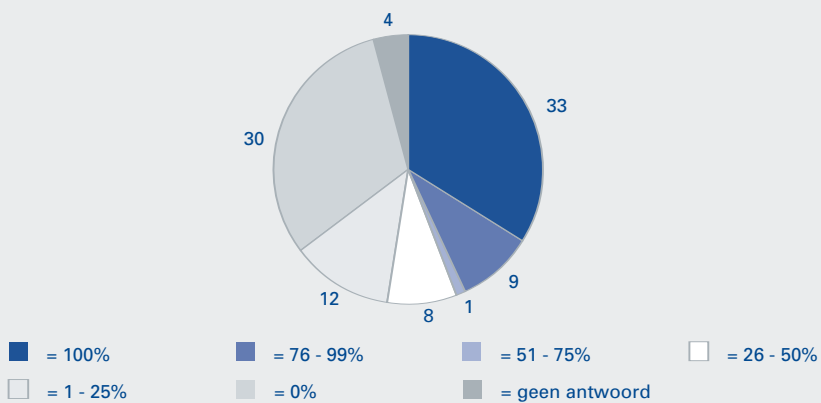
Figuur 1.3.1

Percentage polikliniekspreekkamers waar *klinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=97)



Figuur 1.3.2

Percentage verpleegafdelingen waar *klinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=97)



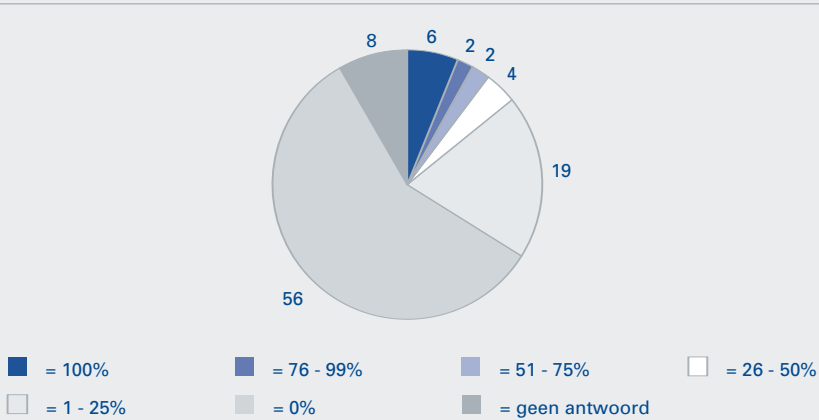
Figuur 1.3.1 en 1.3.2

In 29 ziekenhuizen (30%) is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie op alle poliklinieken beschikbaar. Bij 45 van de 97 ziekenhuizen (46%) is deze informatie niet beschikbaar op de poliklinieken. 4 ziekenhuizen verstrekken geen gegevens.

In 33 ziekenhuizen (34%) is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie beschikbaar op alle verpleegafdelingen. Bij 30 van de 97 ziekenhuizen (31%) is deze informatie helemaal niet beschikbaar op de verpleegafdelingen. 4 ziekenhuizen verstrekken hierover geen informatie.

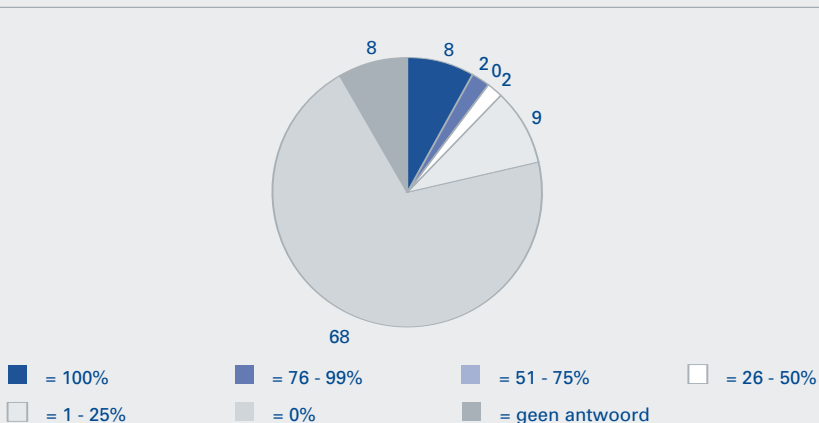
Figuur 1.3.3

Percentage polikliniekspreekkamers waar *poliklinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=97)



Figuur 1.3.4

Percentage verpleegafdelingen waar *poliklinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=97)



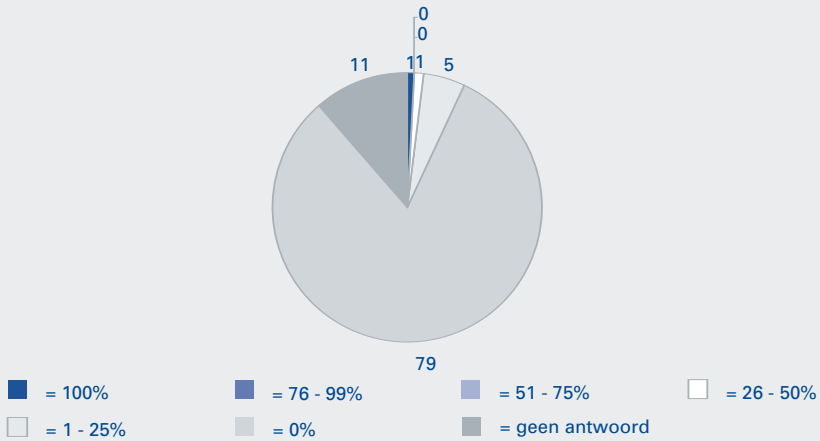
Figuur 1.3.3 en 1.3.4

In 6 ziekenhuizen (6%) is informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie op alle poliklinieken beschikbaar. Bij 56 van de 97 ziekenhuizen (58%) is deze informatie niet beschikbaar op de poliklinieken. 8 ziekenhuizen verstrekken geen gegevens.

In 8 ziekenhuizen (8%) is informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie beschikbaar op alle verpleegafdelingen. Bij 68 van de 97 ziekenhuizen (70%) is deze informatie niet beschikbaar op de verpleegafdelingen. 8 ziekenhuizen verstrekken hierover geen gegevens.

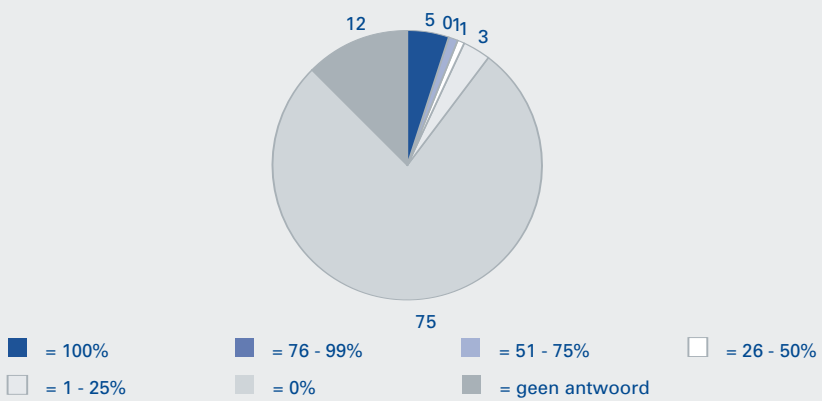
Figuur 1.3.5

Percentage polikliniekspreekkamers waar extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=97)



Figuur 1.3.6

Percentage verpleegafdelingen waar extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=97)



Figuur 1.3.5 en 1.3.6

In slechts 1 ziekenhuis (1%) is informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie beschikbaar op alle poliklinieken. Bij 79 van de 97 ziekenhuizen (81%) is deze informatie niet beschikbaar op de poliklinieken. 11 ziekenhuizen verstrekken geen gegevens.

In 5 ziekenhuizen (5%) is informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie beschikbaar op alle verpleegafdelingen. Bij 75 van de 97 ziekenhuizen (77%) is deze informatie niet beschikbaar op de verpleegafdelingen. 12 ziekenhuizen verstrekken geen gegevens.

Het Nationaal Instituut voor ICT in de Zorg (NICTIZ) heeft zich tot doel gesteld te komen tot een integraal medicatiedossier in 2007. De betrokken koepels hebben een manifest ondertekend over het totstandkomen van dit integrale medicatiedossier. Als reden voor dit streven noemt NICTIZ in haar rapportage dat jaarlijks een groot aantal mensen wordt opgenomen wegens interacties tussen medicamenten.

De resultaten van de indicator 'Medicatieveiligheid' laten zien dat dit streven zeer ambitieus is, omdat in 2005, zelfs als het alleen over intramurale informatie gaat, dit slechts in eenderde van de ziekenhuizen volledig geautomatiseerd is.'

Van de 97 ziekenhuizen geven 90 aan (93%) dat informatie over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is in hun ziekenhuisapotheek. Veertien (14%) ziekenhuizen geven aan dat de informatie over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is buiten het ziekenhuis.

Van de 97 ziekenhuizen geven 33 (34%) aan dat informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is in hun ziekenhuisapotheek. Van de 97 ziekenhuizen geven 32 (33%) aan dat de informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is buiten het ziekenhuis.

Van de 97 ziekenhuizen geven 38 (39%) aan dat informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie beschikbaar is in de ziekenhuisapotheek. Deze informatie wordt veelal ontvangen via een Apotheek Servicepunt. Deze verzamelt en faxt extramurale medicatie-informatie van opgenomen patiënten.

Tabel 1.3.1

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

<i>Elektronisch beschikbaar op</i>	<i>Klinisch voor-</i>	<i>Poliklinisch voor-</i>	<i>Extramuraal voor-</i>
	<i>geschreven medicatie</i>	<i>geschreven medicatie</i>	<i>geschreven medicatie</i>
	%	%	%
Polikliniek	30	6	1
Verpleegafdeling	34	8	5
Apotheek	93	34	39
Extramuraal	14	33	

Gegevens over klinisch voorgeschreven medicatie is in 2005 nog lang niet in alle ziekenhuizen elektronisch beschikbaar. In 93 procent van de ziekenhuizen is deze informatie er wel in de apotheek, maar bijna de helft van de ziekenhuizen heeft deze informatie niet op de polikliniek en bij eenderde is het er ook niet op de verpleegafdeling. Met de gegevens over poliklinisch voorgeschreven medicatie is het binnen het ziekenhuis nog slechter gesteld. Deze gegevens zijn in eenderde van de ziekenhuizen beschikbaar in de apotheek en slechts bij 6 respectievelijk 8 procent op de gehele polikliniek en verpleegafdeling. Verbazend is dat deze informatie in 32 ziekenhuizen wel elektronisch beschikbaar is buiten het ziekenhuis.

Conclusies

- 1 Bij eenderde van de ziekenhuizen is de klinisch voorgeschreven medicatie op zowel polikliniek als verpleegafdeling elektronisch beschikbaar.
- 2 De elektronische beschikbaarheid van informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie op zowel polikliniek als verpleegafdeling is in veel ziekenhuizen beperkt.
- 3 De elektronische beschikbaarheid van informatie over extramurale voorgeschreven medicatie is uiterst beperkt. Op grond van deze conclusie is het uiterst onwaarschijnlijk dat totstandkoming van een integraal medicatiedossier op 1 januari 2007 haalbaar is.

Reactie inspectie

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

- 1 Op (vrijwel) geen enkele van de indicatoren in dit hoofdstuk over de elektronische beschikbaarheid van medicatie-informatie zijn gegevens door het ziekenhuis aangeleverd.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen gegevens beschikbaar over *klinisch* voorgeschreven medicatie.
- 3 Het ziekenhuis heeft geen gegevens beschikbaar over *poliklinisch* voorgeschreven medicatie.
- 4 Het ziekenhuis heeft geen gegevens beschikbaar over *extramuraal* voorgeschreven medicatie.
- 5 Het ziekenhuis geeft in 2005 aan geen medicatie-informatie beschikbaar te hebben, terwijl het ziekenhuis in 2004 meldde hierover wel informatie beschikbaar te hebben.

I.4 Zorg Informatie en Communicatietechnologie (ICT)

Beschikbare indicatoren

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

Relevante begrippen	
Elektronische beschikbaarheid van gegevens	Via de computer opvraagbare gegevens op locatie. Gevraagde functies zijn: inzage in administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, pathologieverslagen, medicatiegegevens, operatieverslagen, beelden en overige functies.
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, ordercommunicatie voor medicatie, ordercommunicatie voor radiologie, ordercommunicatie met behulp van geprotocolleerde ordersets, ordercommunicatie voor overige zorgdiensten, elektronische bewaking van het behandeltraject.

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 punt). Wanneer een ziekenhuis heeft aangegeven plannen te hebben om in de toekomst (vanaf 2006) de ICT op dit gebied verder te ontwikkelen, is dit ziekenhuis als 'niet beschikbaar' gecodeerd. Ook pilots of de aanwezigheid van een bepaalde functie op één afdeling zijn als experimenteel gekenmerkt en als 'niet beschikbaar' gecodeerd. Het resultaat is een telling van het aantal functies dat een instelling heeft geautomatiseerd.

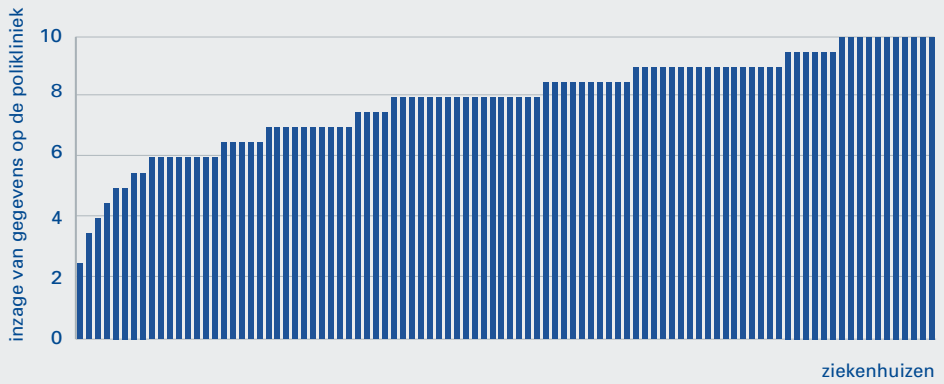
Ziekenhuisselectie

De gegevens over zorg ICT hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

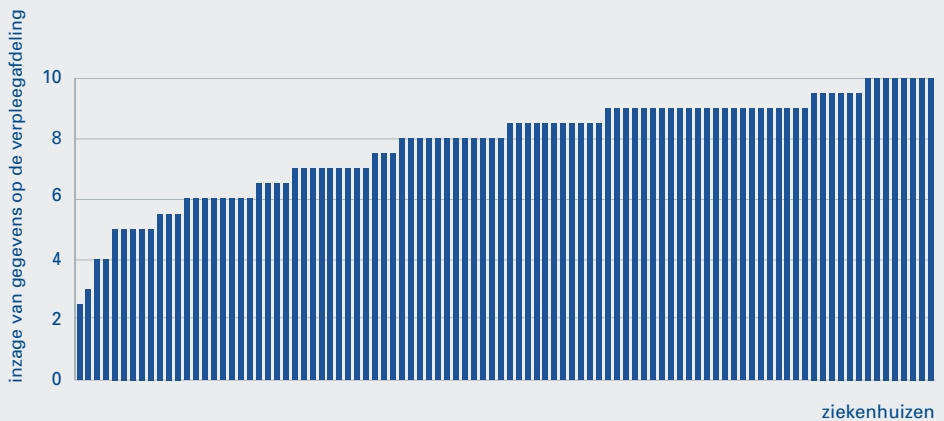
Figuur 1.4.1

Inzage in geautomatiseerde gegevens op de polikliniek (n=96)



Figuur 1.4.2

Inzage in geautomatiseerde gegevens op de verpleegafdeling (n=96)

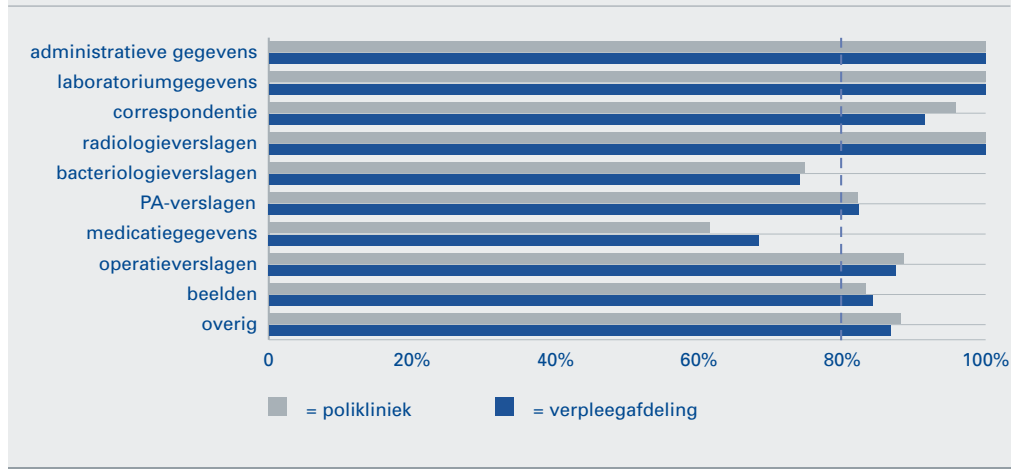


Figuur 1.4.1 en 1.4.2

Er is in 2005 één ziekenhuis dat geen enkele inzagefunctie opgeeft. Het aantal geautomatiseerde inzagefuncties varieert van 2,5 tot 10.

In de toelichting bij de inzage in gegevens melden ziekenhuizen dat veel pilots hebben plaatsgevonden. Voorbeelden hiervan zijn: het aanvragen van diagnostische onderzoeken, het elektronisch voorschrijven van medicatie, de elektronische beschikbaarheid van medicatiegegevens, de invoer van DBC-registratie, gebruik van beelddigitalisatie, het plannen van afspraken, het elektronisch versturen van medische correspondentie binnen bijvoorbeeld de interne, urologie- en dermatologie-afdelingen.

Figuur 1.4.3

Percentage inzage in geautomatiseerde gegevens op poli en verpleegafdeling (n=96)

Figuur 1.4.3

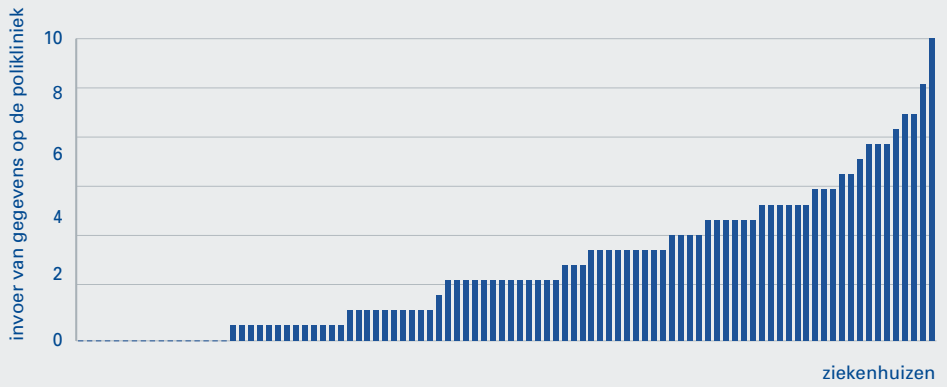
Alle ziekenhuizen geven aan te beschikken over een vorm van inzage van administratieve, laboratorium- en radiologiegegevens. Het slechts scoort het inzien van medicatiegegevens. Op de polikliniek is in 62 procent van de ziekenhuizen een vorm van inzage beschikbaar. Op de verpleegafdeling is dit in 68 procent van de ziekenhuizen.

De categorieën waarbij in meer dan 80 procent van de ziekenhuizen de gegevens kunnen worden ingezien, beschouwt de inspectie als veldnorm. Dat betreft alle gevraagde categorieën exclusief PA-verslagen en medicatiegegevens voor zowel de polikliniek als de verpleegafdeling.

Veel ziekenhuizen hebben net als vorig jaar gebruikgemaakt van de mogelijkheid een toelichting te geven. Deze toelichtingen zijn vaak zeer uitgebreid en beschrijven veelal gefaseerde plannen voor het invoeren van het EPD en de invoering van ICT-systemen. Daarnaast wordt gemeld dat gewerkt wordt aan het verkleinen van de kwetsbaarheid van de ICT-infrastructuur, het opwaarderen van het netwerk en het anticiperen op de invoering van de DBC-facturering.

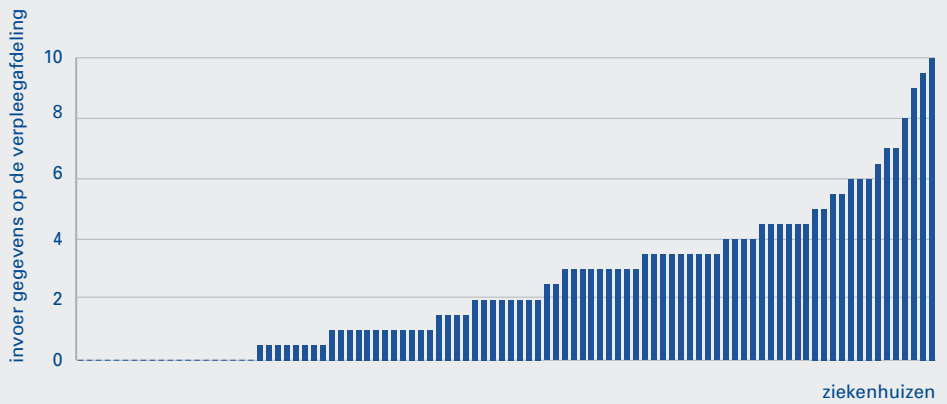
Figuur 1.4.4

Invoer van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens op de polikliniek (n=96)



Figuur 1.4.5

Invoer van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens op de verpleegafdeling (n=96)



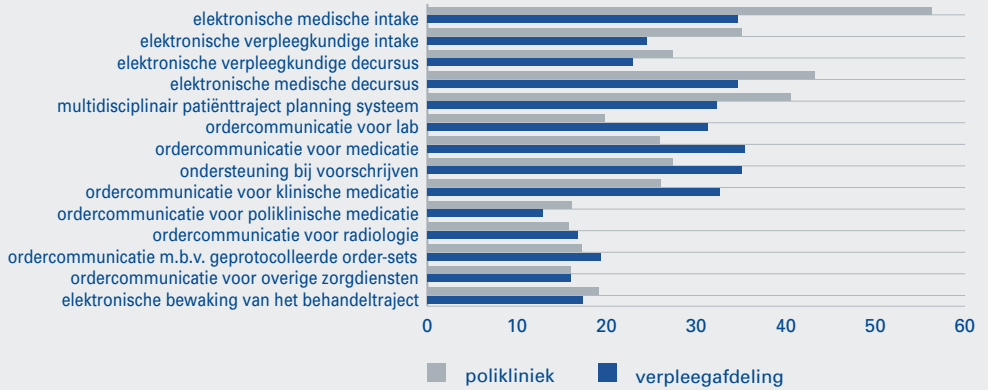
Figuur 1.4.4 en 1.4.5

Ook bij de procesondersteunende geautomatiseerde ontwikkelingen blijken geen grote verschillen te bestaan tussen kliniek en polikliniek. Procesondersteunende functies zijn duidelijk in mindere mate ontwikkeld dan de geautomatiseerde gegevensinzage. Van de 96 ziekenhuizen hebben 79 één of meer van deze functies op de polikliniek beschikbaar. Dit verschilt nauwelijks van de verpleegafdelingen. Hier hebben 76 ziekenhuizen één of meer functies beschikbaar. Er zijn ook ziekenhuizen die vrijwel alle gevraagde functies beschikbaar hebben.

Figuur 1.4.6

Percentage invoermogelijkheid van geautomatiseerde gegevens op polikliniek en verpleegafdeling

(n=96)



Figuur 1.4.6

De meest voorkomende vorm van geautomatiseerde procesondersteuning op de polikliniek is de elektronische medische intake (bij 56% van de ziekenhuizen).

De meest voorkomende vormen van geautomatiseerde procesondersteuning op de verpleegafdelingen ontlopen elkaar niet veel:

- elektronische medische intake 34,7%
- elektronische medische decursus 34,7%
- ondersteuning bij voorschrijven 35,1%
- ordercommunicatie voor medicatie 35,4%

Conclusies

- 1 Er bestaat tussen de ziekenhuizen nog altijd een grote variatie in beschikbaarheid van geautomatiseerde gegevens en de ordercommunicatie.
- 2 Er zijn geen al te grote verschillen in automatisering tussen kliniek en polikliniek.
- 3 Inzage van gegevens is in veel ziekenhuizen mogelijk en hiermee een veldnorm geworden.
- 4 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, tenzij een afdoende verklaring is opgenomen in de toelichting:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen functies geautomatiseerd, zoals beschreven in de relevante begrippen; noch op de polikliniek, noch op de verpleegafdelingen.
- 2 Het ziekenhuis beschikt niet over inzagefuncties (op zowel de polikliniek als de verpleegafdeling) voor de volgende categorieën gegevens:
 - Correspondentie
 - PA-verslagen
 - Operatieverslagen
 - Beelden
- 3 Het ziekenhuis beschikt niet over elektronische medische intake op de polikliniek.
- 4 Het ziekenhuis scoort 10 of meer punten bij zowel inzage als invoermogelijkheden van geautomatiseerde systemen.

I.5 Postoperatieve wondinfecties

Beschikbare indicatoren

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

Relevante begrippen

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

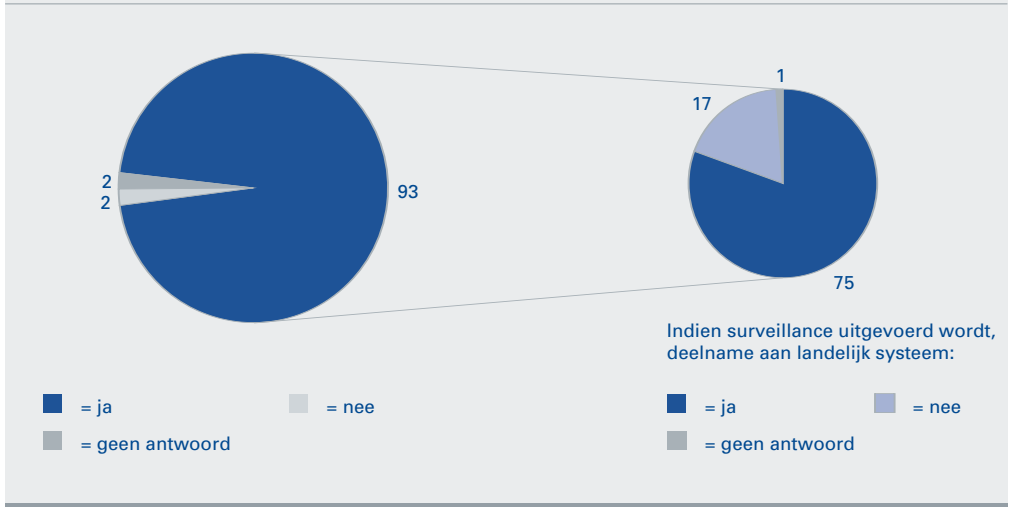
Ziekenhuisselectie

De gegevens over postoperatieve wondinfecties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 1.5.1

Aanwezigheid van een systematische postoperatieve wondinfectieregistratie (n=97)



Figuur 1.5.1

Van de 97 ziekenhuizen geven 93 (96%) aan systematisch postoperatieve wondinfecties te registreren, dit is 10 procent meer dan in 2004. 2 ziekenhuizen hebben geen systematische postoperatieve wondinfectieregistratie en 2 ziekenhuizen hebben deze indicator niet ingevuld.

Het merendeel van de ziekenhuizen, namelijk 81 procent (75 van de 93), neemt deel aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties. Dit aantal is 25 procent toegenomen ten opzichte van 2004. De inspectie hanteert deelname aan een landelijk systeem als veldnorm.

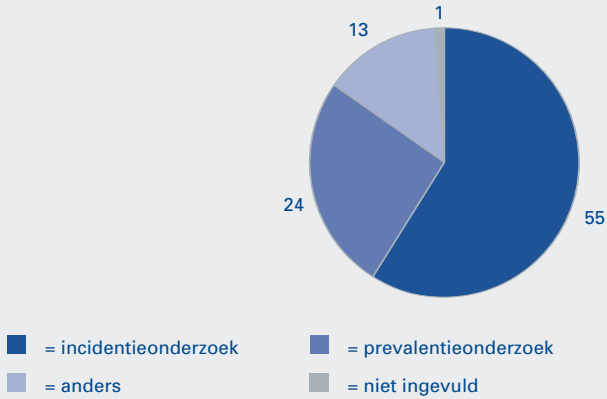
Vrijwel alle ziekenhuizen die systematisch postoperatieve wondinfecties registreren, gebruiken bij de surveillance de CDC/WIP-criteria voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties (87 van de 93, 94%). De inspectie hanteert het gebruik van deze criteria als veldnorm.

Uit de door de ziekenhuizen gegeven toelichting bij deze indicator bleek, dat postoperatieve wondinfecties meestal gemeten worden op de afdelingen orthopedie en chirurgie. Maar daarnaast worden postoperatieve wondinfecties ook regelmatig gemeten op de afdelingen neurochirurgie, urologie, thoraxchirurgie, gynaecologie, NICU, KNO, oogheelkunde, plastische chirurgie, kinderheelkunde en traumatologie.

Door sommige ziekenhuizen werd daarnaast beschreven bij welke specifieke ingrepen postoperatieve wondinfecties gemeten worden. Genoemd werden: knie- en heupoperaties, borstoperaties, laparoscopische cholecystectomie, liesbreuk, colonchirurgie, sepsis en pneumonie op de NICU, sectio's en CABG-operaties (bypass van een vernauwde kransslagader).

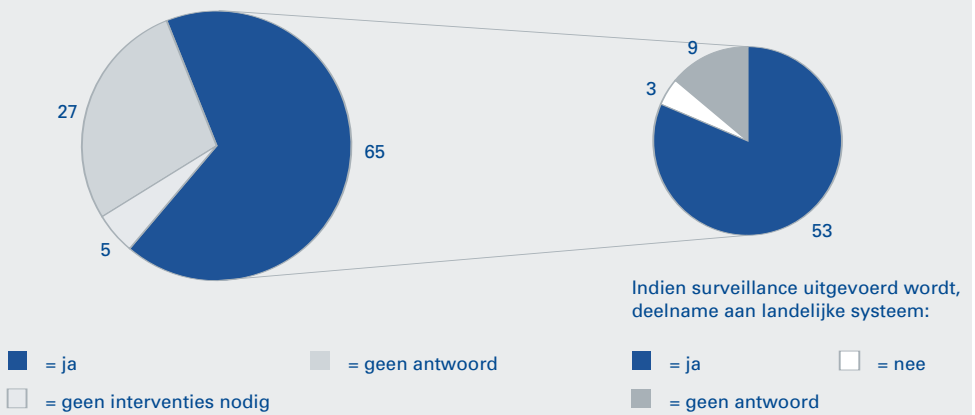
Figuur 1.5.2

Vorm van surveillance van postoperatieve wondinfecties (n=93)



Figuur 1.5.3

Interventies gepleegd naar aanleiding van de resultaten van surveillance en het effect hiervan (n=97)



Figuur 1.5.2

Van de 93 ziekenhuizen die systematisch postoperatieve wondinfecties registreren, hanteren 55 ziekenhuizen (59%) incidentieonderzoek als vorm van surveillance. 24 ziekenhuizen (26%) doen prevalentieonderzoek en 13 ziekenhuizen (14%) gebruiken een andere vorm van surveillance.

Uit de toelichting die deze 13 ziekenhuizen geven, blijkt dat zij naast het uitvoeren van prevalentieonderzoek hun surveillance vaak richten op een specifieke groep patiënten. Twee maal wordt gemeld dat postoperatieve wondinfecties op een meer vrijblijvende manier in de complicatieregistratie van hun vakgroepen geregistreerd worden. Van deze 13 ziekenhuizen geven 3 geen uitleg over hoe zij hun surveillance vormgegeven hebben.

Verschillende ziekenhuizen geven in hun toelichting aan in 2005 begonnen te zijn met deelname aan de PREZIES-module over postoperatieve wondinfecties. In het volgende rapportagejaar verwachten zij de eerste resultaten van de registratie te kunnen presenteren.

Ten opzichte van de resultaten van 2004 is een kleine toename van het gebruik van beide incidentieonderzoek en prevalentieonderzoek zichtbaar.

Figuur 1.5.3

Surveillance van postoperatieve wondinfecties is een belangrijk instrument voor kwaliteitsverbetering. In tweederde van de ziekenhuizen (65 van 93) wordt naar aanleiding van de resultaten van de surveillance interventies gepleegd. Bij 53 van deze 65 ziekenhuizen (82%) levert de interventie het gewenste resultaat op. Bij 12 ziekenhuizen is dit niet het geval of is nog niet bekend of de interventies het gewenste resultaat opleveren.

Een derde van de ziekenhuizen die een systematische postoperatieve wondinfectie-registratie gebruiken (27 van 93), geeft aan naar aanleiding van de resultaten hiervan geen interventies te (hoeven) plegen.

Conclusies

- 1 Vrijwel alle ziekenhuizen voeren surveillance naar postoperatieve wondinfecties uit. Het merendeel van deze ziekenhuizen neemt ook deel aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties. Dit aantal is in 2006 tot boven de 80 procent van alle ziekenhuizen gestegen en daarom hanteert de inspectie deelname aan een landelijk surveillancesysteem als veldnorm.
- 2 Het gebruik van CDC/WIP-criteria bij de registratie hanteert de inspectie als veldnorm.
- 3 Tweederde van de registrerende ziekenhuizen voert interventies uit naar aanleiding van de analyse van de door hen geregistreerde postoperatieve wondinfecties. Ruim 80 procent van de ziekenhuizen die dit soort interventies uitvoeren, meldt hiermee ook de beoogde verbetering bereikt te hebben.

Reactie inspectie

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

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

I.6 Complicatieregistratie, inclusief complicatieregistratie bij cataractoperaties

Beschikbare indicatoren

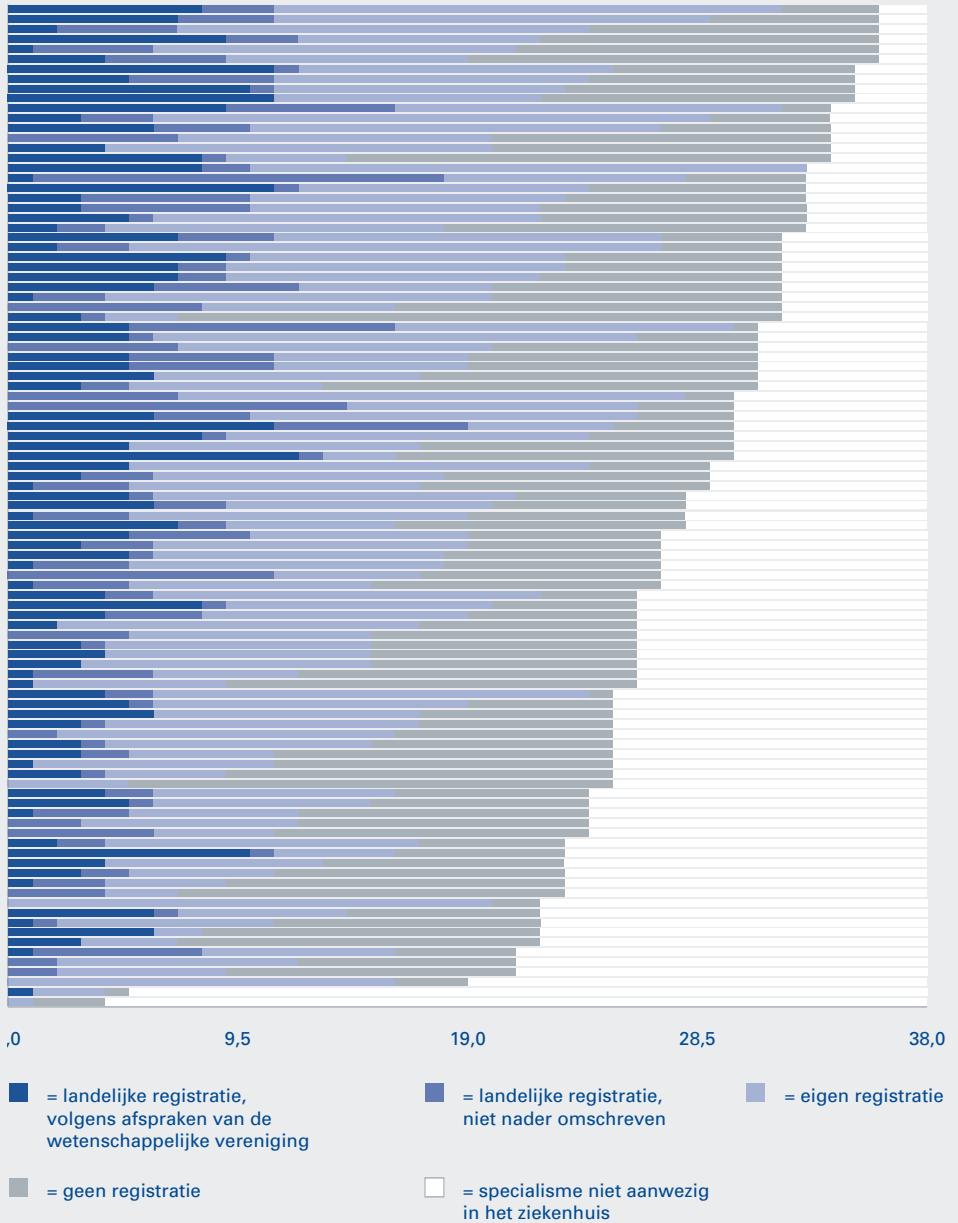
- 1 Het aantal specialismen/disciplines met een landelijke dan wel eigen complicatieregistratie als percentage van het totale aantal specialismen/disciplines in een ziekenhuis. In de basisset wordt gevraagd naar 'het aantal specialismen dat aan een *landelijke* complicatieregistratie deelneemt'. De analyse is echter gebaseerd op het schema waarin de ziekenhuizen hun specialismen en de bijbehorende registratievorm kunnen vermelden.
- 2 Het aantal complicatieregistraties (landelijk en eigen) per specialisme/discipline.

Relevante begrippen	
Complicatie	Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is, dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.
Complicatieregistratie	Het registreren van ongewenste en 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 zo veel mogelijk te beperken.
Landelijke complicatieregistratie	Complicatieregistratie volgens landelijke vakoverstijgende standaarden en de daarbinnen passende vakspecifieke afspraken van de betreffende wetenschappelijke verenigingen.
Cataract	Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de oog lens. Bij een cataractoperatie wordt de oog lens vervangen door een kunst lens.

Resultaten

Figuur 1.6.1

Beschikbaarheid van complicatieregistratie per ziekenhuis



Figuur 1.6.1

De inspectie bevraagt door middel van de indicator Complicatieregistratie 38 specialismen over het gebruik van complicatieregistratie. Vanzelfsprekend heeft niet ieder ziekenhuis al deze specialismen als zelfstandig specialisme beschikbaar. Bijvoorbeeld is hematologie in een groot ziekenhuis vaak een zelfstandig specialisme, in een kleiner ziekenhuis kan het ook onderdeel van de algemene interne geneeskunde zijn.

Het totaal aantal zelfstandige specialismen varieert in de ziekenhuizen van 4 (in een categoriaal ziekenhuis) tot 36. Gemiddeld zijn er 28 specialismen in een ziekenhuis. Geen enkel ziekenhuis heeft alle specialismen. Grote ziekenhuizen en Universitair Medische Centra, op de bovenste regels van de figuur, hebben relatief veel specialismen. Categorale ziekenhuizen, op de onderste regels, hebben juist een beperkt aantal specialismen; bijvoorbeeld alleen orthopedie en anesthesiologie.

Het aantal specialismen met complicatieregistratie varieert in deze ziekenhuizen van 20 tot 100 procent van de aanwezige specialismen. In gemiddeld 64,1 procent van de specialismen is een vorm van complicatieregistratie aanwezig.

De omschrijving van de term 'landelijke registratie' in de Basisset prestatie-indicatoren 2005 blijkt voor meerdere interpretaties vatbaar. Uit de toelichting die ziekenhuizen bij de indicator geven, blijkt dat zij niet altijd gebruikmaken van landelijke, door de wetenschappelijke verenigingen gemaakte afspraken; soms ontbreekt toelichting. De indicator beoogt te meten hoeveel specialismen gebruikmaken van een complicatieregistratie volgens landelijk gemaakte afspraken. Daarom is de opgave van 'landelijke registratie' op basis van de toelichting onderverdeeld in 'landelijke registratie volgens de afspraken van de wetenschappelijke vereniging' of 'landelijke registratie zonder nadere specificaties over het registratiesysteem'. Een enkele maal is opgegeven dat complicaties geregistreerd worden door middel van de LMR. Dit is echter een landelijke diagnoseregistratie die niet als complicatieregistratie is opgezet en daar in principe ook niet geschikt voor is. Deze registratie kan alleen voor dit doel gebruikt worden als uit de toelichting die het ziekenhuis bij deze opgave geeft, duidelijk wordt dat gebruik gemaakt wordt van een volwaardig systeem voor opsporing van complicaties, analyse daarvan en bespreking van de resultaten van die analyse. Daar waar is aangegeven dat geregistreerd wordt door middel van de LMR en uit de toelichting blijkt dat deze registratie als complicatieregistratie wordt gebruikt, is er vanuit gegaan dat deze gebruikt wordt als een vorm van 'eigen complicatieregistratie'.

Het percentage specialismen met een landelijke complicatieregistratie dat voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging varieert per ziekenhuis van 0 tot 43,5 procent met een gemiddelde van 13,4 procent.

Het percentage specialismen met een landelijke complicatieregistratie dat niet nader is omschreven, varieert per ziekenhuis van 0 tot 51,5 procent met een gemiddelde van 10,3 procent.

Het percentage specialismen met een eigen complicatieregistratie varieert per ziekenhuis van 9,1 tot 90,9 procent per specialisme met een gemiddelde van 40,5 procent.

Het percentage specialismen zonder complicatieregistratie varieert per ziekenhuis van 0 tot 80,0 procent per specialisme met een gemiddelde van 35,9 procent.

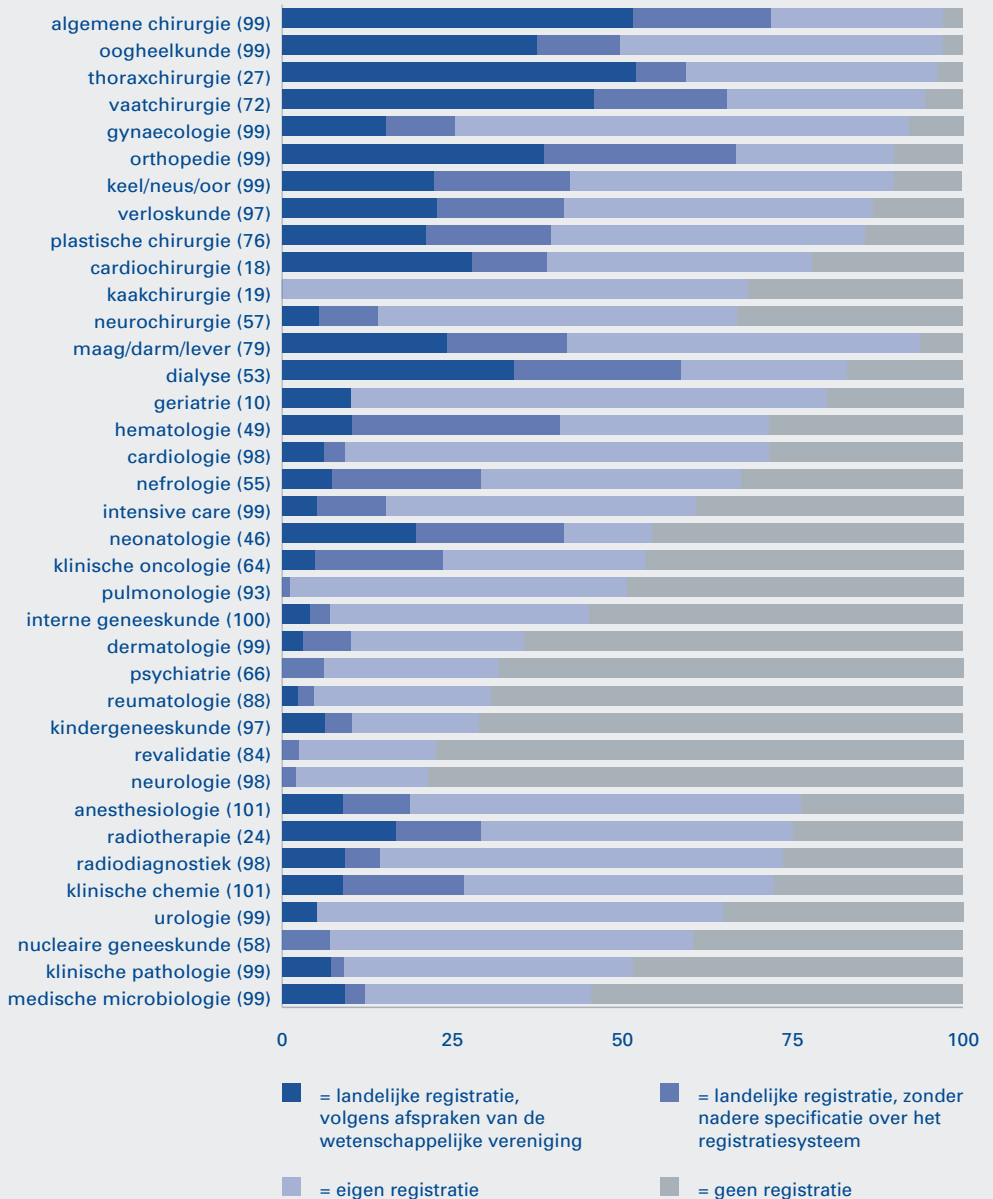
Voor het bevorderen van een eenduidige registratie is door de Orde van Medisch Specialisten een systeem ontwikkeld dat structuur en een inhoudelijk model biedt voor het definiëren en classificeren van complicaties; de zogenaamde Masterclassificatie^[3]. Een groot deel van de wetenschappelijke verenigingen heeft inmiddels vastgelegd welke complicaties en omstandigheden voor hun vakgebied vastgelegd dienen te worden. Het registreren én gebruiken van de registratie is onderdeel van de kwaliteitsvisiteatie door de beroepsgroep.

[3] http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_397_TICH_R176639621130388. Deze link is ook te bereiken

via www.orde.nl, keuzemenu kwaliteit/complicatieregistratie/landelijke standaarden.

Figuur 1.6.2

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



Figuur 1.6.2

Het gebruik van een complicatieregistratie verschilt per gevraagd specialisme. Daarnaast blijkt er overlap te bestaan tussen het gebruik van specialismen en subspecialismen zoals bijvoorbeeld hematologie en interne geneeskunde of algemene chirurgie en vaatchirurgie.

Het gebruik van een complicatieregistratie is over het algemeen meer gangbaar bij de snijdende specialismen en voor deze specialismen is vaker een landelijk registratiesysteem ontwikkeld. Tenminste 85 procent van de ziekenhuizen heeft een complicatieregistratie voor algemene chirurgie, gynaecologie, orthopedische chirurgie, oogheelkunde, cardiochirurgie, keel-/neus-/oorheelkunde, plastische chirurgie en verloskunde. Ongeveer de helft van deze ziekenhuizen gebruikt hierbij een landelijk registratiesysteem dat al dan niet voldoet aan de afspraken van de wetenschappelijke vereniging. Bij de beschouwende en ondersteunende specialismen is het registreren van complicaties minder gebruikelijk. Binnen de psychiatrie, revalidatiegeneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie, reumatologie, dermatologie en neonatologie wordt in minder dan een kwart van de ziekenhuizen een complicatieregistratie gebruikt. Landelijke complicatieregistraties zijn voor deze specialismen nog nauwelijks aanwezig of verkeren in een onderzoeksfase. Ondersteunende specialismen zoals de klinische chemie, radiologie, nucleaire geneeskunde, klinische pathologie en medische microbiologie zitten in de middenmoot. Tussen de 25 en 75 procent van de ziekenhuizen beschikt bij deze disciplines over een complicatieregistratie.

Conclusies

- 1 Het registeren van complicaties varieert per specialisme/discipline.
- 2 Er functioneren gemiddeld 28 specialismen/disciplines zelfstandig in een ziekenhuis. In ziekenhuizen met veel specialismen heeft ongeveer een derde een landelijke complicatieregistratie (al dan niet volgens de afspraken van de wetenschappelijke verenigingen). In ziekenhuizen met weinig specialismen is een landelijke complicatieregistratie (nog) minder gebruikelijk.
- 3 Het ontbreken van een landelijke registratie wordt niet altijd gecompenseerd door een 'eigen' registratie.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over complicatieregistraties.
- 2 Minder dan een kwart van de specialismen/disciplines in het ziekenhuis heeft een complicatieregistratie.
- 3 Er wordt geen complicatieregistratie gevoerd volgens de landelijke vakoverstijgende standaarden en de daarbinnen passende vakspecifieke afspraken van de wetenschappelijke verenigingen waar deze wel beschikbaar is.
- 4 Van 'landelijke registratie die niet nader omschreven is' wordt nagevraagd op welke wijze invulling is gegeven aan de landelijke standaarden.

II INDICATOREN HOOG-RISICO AFDELINGEN

II.1 Pijn na operatie

Beschikbare indicatoren

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

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

Ziekenhuisselectie

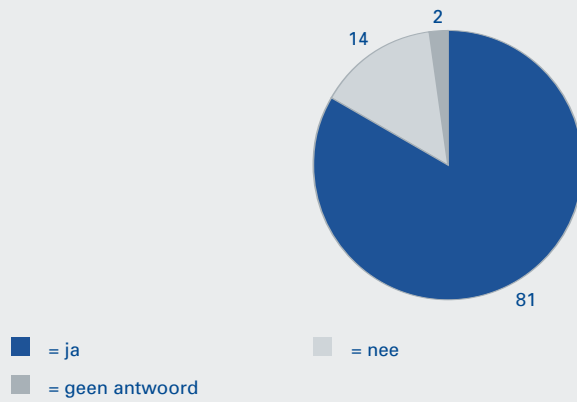
De gegevens over pijn na operatie hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

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

Resultaten

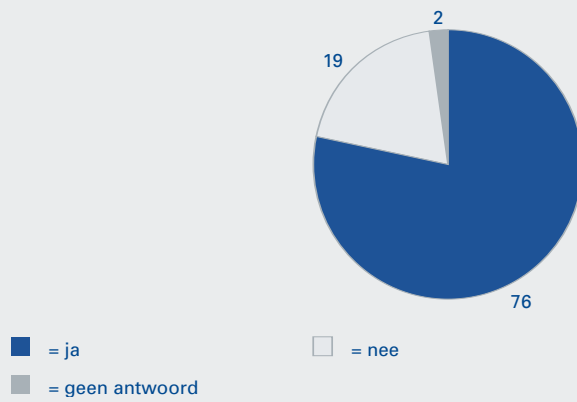
Figuur 2.1.1

Beschikbaarheid ziekenhuisbreed pijnprotocol (n=97)



Figuur 2.1.2

Beschikbaarheid acute pijnservice (n=97)



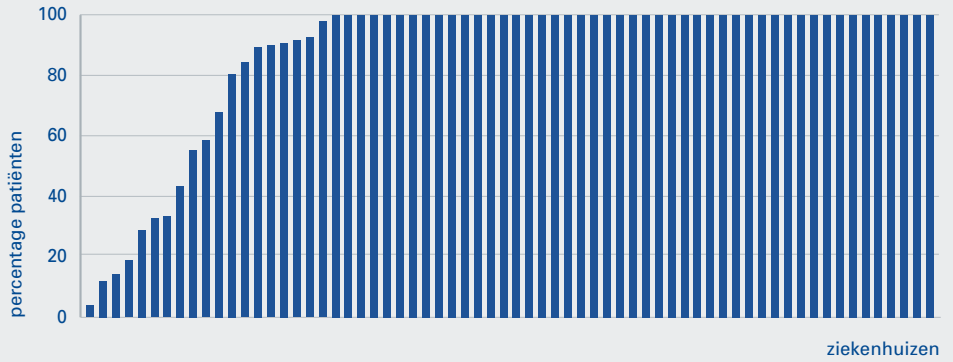
Figuur 2.1.1

Bijna alle (84%) ziekenhuizen geven aan te beschikken over een ziekenhuisbreed pijnprotocol. Veertien ziekenhuizen geven aan niet te beschikken over een pijnprotocol. Twee ziekenhuizen geven geen antwoord op de vraag. Ten opzichte van de vorige jaren is er een lichte stijging te zien in het aantal ziekenhuizen dat over een protocol beschikt. In 2003 en 2004 beschikte 75 procent van de ziekenhuizen over een pijnprotocol.

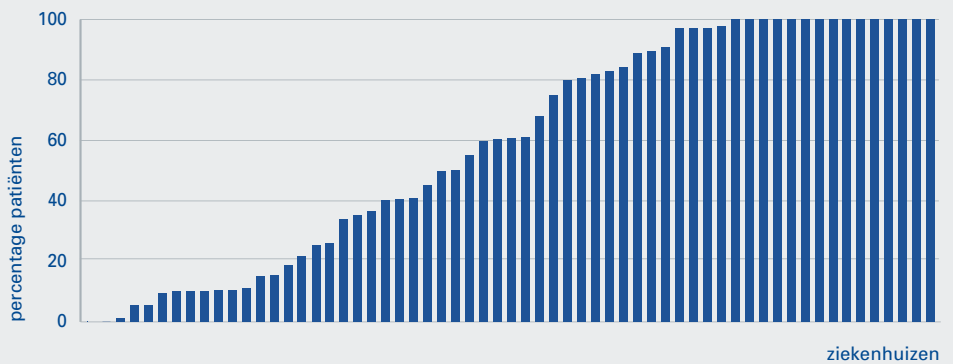
Figuur 2.1.2

Het aantal ziekenhuizen (78%) dat aangeeft te beschikken over een acute pijnservice is toegenomen van 61 in 2004 naar 76 in 2005. Negentien ziekenhuizen geven aan nog niet te beschikken over een acute pijnservice. Van deze negentien ziekenhuizen geeft één ziekenhuis aan volgend jaar wel te voldoen aan de criteria van een acute pijnservice. De overige ziekenhuizen geven geen relevante toelichting. Twee ziekenhuizen beantwoorden de vraag niet.

Figuur 2.1.3

Percentage gestandaardiseerde pijnmeting bij postoperatieve patiënten op de verkoever (n=66)

Figuur 2.1.4

Percentage gestandaardiseerde pijnmeting bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling (n= 61)

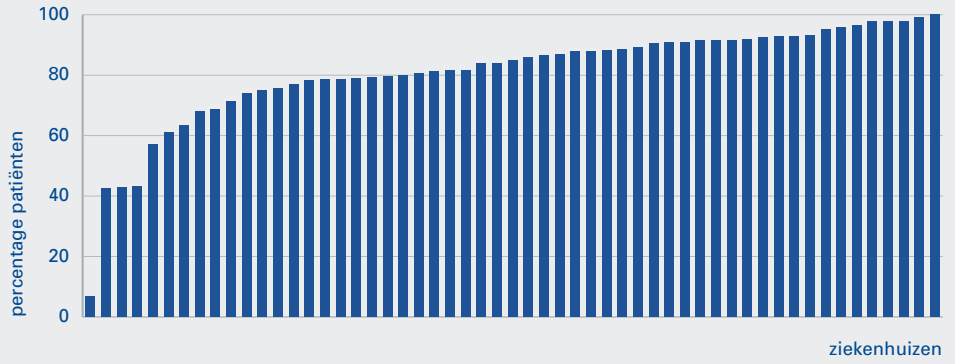
Figuur 2.1.3

Gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoeverafdeling is inmiddels zeer gebruikelijk in Nederlandse ziekenhuizen en vindt in 77 procent van de ziekenhuizen tenminste bij een deel van de patiënten plaats. In de 66 ziekenhuizen die hierover cijfers leveren, doet het merendeel (47) dit bij alle patiënten. In de overige ziekenhuizen varieert het percentage van minder dan 20 tot ruim 90 procent. Van één ziekenhuis zijn de gegevens buiten beschouwing gelaten vanwege een onjuistheid in de cijfers.

Figuur 2.1.4

Ook op de verpleegafdelingen worden in 61 (63%) ziekenhuizen gestandaardiseerde postoperatieve pijnmetingen uitgevoerd. Ook hier geven meer ziekenhuizen in de toelichting aan dit te doen, maar kunnen hierover nog geen gegevens leveren. Bij gemiddeld 61 procent van de patiënten wordt de pijnscore gemeten. Bij 15 ziekenhuizen vindt bij alle patiënten de pijnmeting plaats.

Figuur 2.1.5

Percentage patiënten met een gemiddelde pijnscore kleiner of gelijk aan 4 (n= 55)

Figuur 2.1.5

Een centrale registratie van postoperatieve pijnscores waarmee het ziekenhuis kan monitoren of het pijnbeleid effectief is, is verdubbeld ten opzichte van 2004 en is nu in de helft van de ziekenhuizen aanwezig. In deze 55 ziekenhuizen varieert het percentage patiënten met een gemiddelde pijnscore van 4 of lager van bijna 7 tot 100 procent met een gemiddelde van 80 procent. Een deel van deze variatie is te verklaren door het grote verschil in het aantal patiënten waarop de gegevens betrekking hebben en varieert van 30 tot 41.000 patiënten.

Conclusies

- 1 Het aantal ziekenhuizen met een acute pijnservice is verder toegenomen.
- 2 Bijna alle ziekenhuizen doen aan postoperatieve pijnmeting. Veel ziekenhuizen zijn echter nog niet in staat om daarover ook cijfers te leveren. De automatisering van de registratie wordt daarbij als grootste struikelblok genoemd.
- 3 Er is een verdubbeling ten opzichte van 2004 van het aantal ziekenhuizen dat gegevens kan leveren over het aantal patiënten met een pijnscore van 4 of lager.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed pijnprotocol.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen acute pijnservice en geen andere wijze om het beleid bij postoperatieve pijn te managen.
- 3 Het ziekenhuis heeft geen beleid ten aanzien van gestandaardiseerde pijnmeting bij alle postoperatieve patiënten.
- 4 Het ziekenhuis geeft aan dat minder dan 50 procent van de patiënten in de eerste 72 uur na de operatie een pijnscore van 4 of lager heeft.
- 5 Het ziekenhuis geeft aan dat 100 procent van de patiënten in de eerste 72 uur na de operatie een pijnscore van 4 of lager heeft.

II.2 Volume van risicovolle interventies

Beschikbare indicatoren

- 1 Volume van operaties aan een aneurysma van de abdominale aorta:
 - Aantal patiënten per ziekenhuis met een aneurysma van de abdominale aorta (AAA), die hier in 2005 aan zijn geopereerd.
 - Aantal endovasculaire AAA-operaties.
 - Aantal open AAA-operaties.
- 2 Volume van oesophaguscardiaresecties:
 - Aantal patiënten per ziekenhuis, waarbij in 2005 een oesophaguscardiaresectie is uitgevoerd.

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

Ziekenhuisselectie

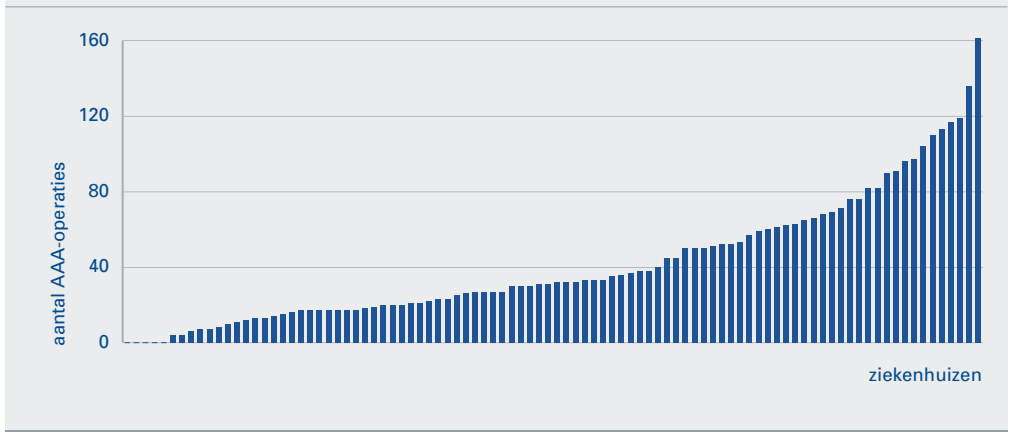
De gegevens over de AAA-operatie hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 86 algemene ziekenhuizen.

De gegevens over de OCR-operatie hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Figuur 2.2.1

Aantal patiënten met een AAA-operatie (n=94)



Figuur 2.2.1

Alle 94 ziekenhuizen (100%) waar deze vraag van toepassing is, leveren gegevens over het aantal AAA-operaties. In totaal zijn 3.895 AAA-operaties opgegeven. Bij de meeste ziekenhuizen is niet duidelijk of dit alleen de niet-acute AAA-operaties betreft of dat hierbij ook de acute operaties worden meegenomen. Van de acht ziekenhuizen die hier iets over noemen in hun toelichting, geven drie het totale aantal (acute en niet-acute) AAA-operaties. Vijf ziekenhuizen geven alleen het aantal niet-acute operaties en vermelden in hun toelichting hoeveel acute ingrepen ze daarbij nog uitgevoerd hebben.

Vijf ziekenhuizen geven aan deze operatie in 2005 niet uitgevoerd te hebben. In de overige 89 ziekenhuizen varieert het aantal AAA-operaties van 4 tot 161. Deze operatie kan op twee manieren worden uitgevoerd, namelijk door middel van een open ingreep of door een endovasculaire procedure. Het aantal open ingrepen per ziekenhuis varieert van 4 tot 104, het aantal endovasculaire ingrepen van 1 tot 121. In bijna de helft van de ziekenhuizen (44) worden alleen open ingrepen uitgevoerd. De endovasculaire ingrepen vinden in de regel plaats in ziekenhuizen waar ook (een groot aantal) open ingrepen worden uitgevoerd. Dertien ziekenhuizen geven aan (een deel van) hun patiënten voor hoogrisico ingrepen door te sturen naar topklinische centra in de regio. Vijf benadrukken in de toelichting de samenwerking met andere ziekenhuizen.

In 77 ziekenhuizen werden in 2005 tenminste 15 AAA-operaties verricht. Dit aantal wordt door de wetenschappelijke vereniging als minimum genoemd voor het onderhouden van voldoende ervaring. Hoewel een open of een endovasculaire operatie van het aneurysma verschillende vaardigheden vraagt, acht de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie een aparte norm niet noodzakelijk. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft de inspectie per brief dd. 6 oktober 2006, laten weten een minimum van 15 electieve, open ingrepen per jaar te hanteren. Aan de hand daarvan stelt de inspectie de vraagindicatie op 15 ingrepen per jaar.

Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid hun uitslagen toe te lichten; deze toelichtingen worden door de IGZ gebruikt ter beoordeling van de situatie in het betreffende ziekenhuis. Een goede toelichting kan voorkomen dat de inspectie aan het ziekenhuis vragen moet stellen omtrent de totstandkoming van hun uitslag. Voorbeelden van informatieve toelichtingen bij de AAA-operatie zijn:

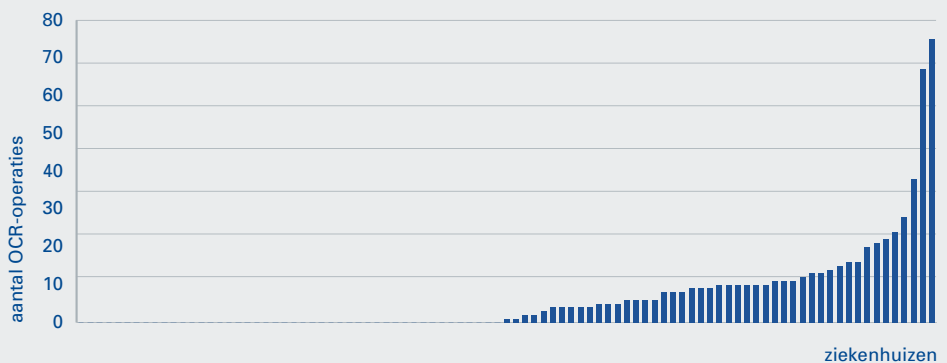
“In 2005 is een nieuwe vaatchirurg in het WZA gestart. Deze heeft de deskundigheid om AAA's ook endoscopisch te opereren. In 2005 is gestart met een ingroeitraject dat in 2006 moet leiden tot samenwerking met de omliggende ziekenhuizen. Doelstelling is om het aantal endoscopische AAA operaties in het WZA van een dusdanige omvang (> 15) te laten zijn zodat dit kwalitatief aanvaardbaar is.”

Oefening baart kunst, of in ieder geval vakmanschap. Bij elke handeling in het algemeen en bij technisch gecompliceerde handelingen zoals de AAA-operatie in het bijzonder, is het duidelijk dat hoe vaker een operatie wordt uitgevoerd, hoe kleiner de kans is dat complicaties optreden. Dit geldt niet alleen voor de operateur, maar zeker ook voor het hele chirurgisch team, de anesthesiologie en de medici en verpleegkundigen op de intensive care of verpleegafdeling.

Anderzijds is het bij een (dreigende) bloeding van een aneurysma van de aorta vaak noodzakelijk om op hele korte termijn in te grijpen. Het is de IGZ dan ook duidelijk dat niet gestreefd kan worden naar het sterk beperken van het aantal centra waarin een AAA uitgevoerd kan worden.

Figuur 2.2.2

Aantal patiënten met een OCR per ziekenhuis (n=95)



Figuur 2.2.2

Van de 95 ziekenhuizen publiceren 93 (98%) gegevens. In 2005 zijn 606 OCR-operaties verricht. 46 ziekenhuizen geven aan deze operatie in 2005 niet uitgevoerd te hebben. Het aantal OCR-operaties bij de overige 47 ziekenhuizen varieert van 1 tot 75.

Veel ziekenhuizen geven aan een beleid te hebben waarbij gekozen wordt om hun patiënten voor de hoogrisico ingrepen te verwijzen naar beter toegeruste ziekenhuizen. Van de 46 ziekenhuizen die de operatie niet uitvoerden, benadrukken 6 de samenwerking met ziekenhuizen in de regio en geven 14 in de toelichting aan dat zij deze patiënten doorverwijzen.

In de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is als norm gesteld dat een ziekenhuis deze ingreep tenminste 10 maal per jaar (geïndiceerd) dient uit te voeren. De inspectie neemt deze norm over. In ziekenhuizen met minder dan 10 OCR-operaties per jaar stelt de inspectie de vraag hoe het ziekenhuis de kwaliteit van deze ingrepen waarborgt. In 2005 verrichtten 24 ziekenhuizen deze ingreep 10 keer of vaker; daarmee voldoet ruim de helft van de ziekenhuizen die de ingreep uitvoeren in 2005 aan de gestelde norm.

Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid hun uitslagen toe te lichten; deze toelichtingen worden door de IGZ gebruikt ter beoordeling van de situatie in het betreffende ziekenhuis. Een goede toelichting kan voorkomen dat de inspectie aan het ziekenhuis vragen moet stellen omtrent de totstandkoming van hun uitslag. Voorbeelden van informatieve toelichtingen bij de OCR-operatie zijn:

“Ook bij deze operatie speelde mee dat het ziekenhuis last had van de MRSA-bacterie en gebruik van de IC. 6 patiënten met oesophaguscarcinoom zijn overgeplaatst. De chirurgen plegen overleg met omliggende ziekenhuizen om tot een vorm van samenwerking te komen bij risicovolle interventies.”

“Vanwege kwaliteitsoverwegingen (door de geringe incidentie per jaar) is met het AMC overeengekomen de OCR in het AMC te concentreren en niet in ons ziekenhuis te laten plaatsvinden.”

Conclusies

- 1 Bijna alle ziekenhuizen rapporteren het aantal AAA- en OCR-operaties.
- 2 Het overgrote merendeel van de ziekenhuizen in Nederland heeft AAA-operaties in het zorgpakket opgenomen. Meer dan driekwart hiervan verricht deze ingreep voldoende om de volgens de wetenschappelijke vereniging benodigde ervaring te behouden.
- 3 Bij de OCR is sprake van een gedeeltelijke concentratie van zorg: in de helft van de Nederlandse ziekenhuizen worden patiënten voor deze ingreep naar een ander ziekenhuis verwezen.
- 4 Ruim de helft van de ziekenhuizen waar OCR-operaties worden uitgevoerd voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde richtlijn van 10 operaties per jaar.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om het aantal AAA- en/of OCR-operaties per jaar te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan wel AAA-operaties te verrichten, maar minder dan 15 per jaar.
- 3 Het ziekenhuis geeft aan wel OCR-operaties te verrichten, maar minder dan 10 per jaar.

II.3 Cholecystectomie

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage laparoscopisch uitgevoerde cholecystectomieën.
- 2 Percentage gallekkages na een cholecystectomie.

Relevante begrippen	
Cholecystectomie	Galblaasoperatie, ingreep waarbij de galblaas verwijderd wordt.
Laparoscopie	Kijkoperatie in de buikholte.
Laparotomie	Operatie waarbij de buikholte geopend wordt.
Gallekkage	Lek van de galbuizen (het galsysteem), waarbij gal vrijkomt in de buikholte.

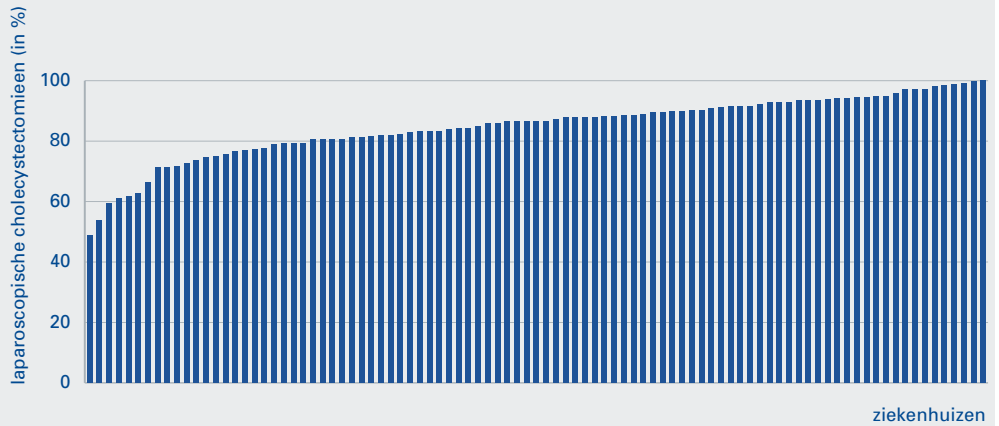
Ziekenhuisselectie

De gegevens over cholecystectomie hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 86 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

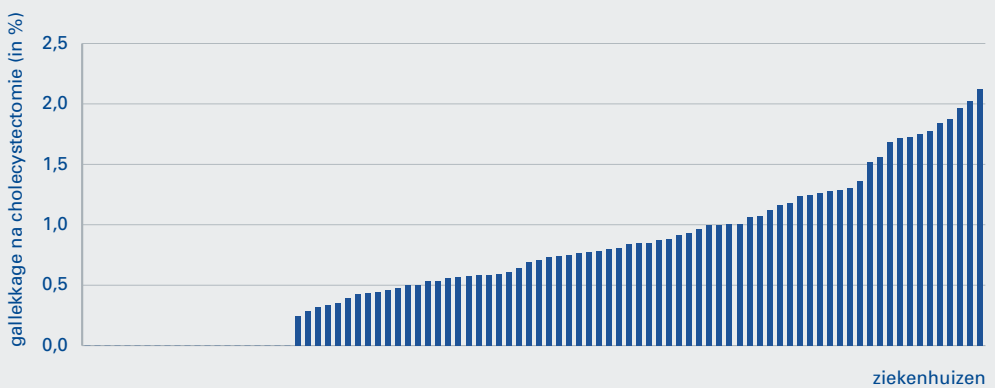
Figuur 2.3.1

Percentage galblaasoperaties uitgevoerd door middel van een laparoscopie (n=93)



Figuur 2.3.2

Percentage gallekkages na een cholecystectomie (n=90)



Figuur 2.3.1

Bijna alle ziekenhuizen (99%) leveren gegevens over de aantallen laparoscopische en laparotomische cholecystectomieën. Van 1 ziekenhuis worden de gegevens buiten beschouwing gelaten vanwege onjuistheden in de cijfers. Bij de overige 93 ziekenhuizen varieert het percentage laparoscopische cholecystectomieën tussen de 49 en 100 procent en is het gemiddelde 84,7 procent. Hierbij gaat het om een totaal van 22.303 cholecystectomieën. Enkele ziekenhuizen voeren vrijwel alle cholecystectomieën laparoscopisch uit.

Er bestaat in Nederland geen consensus over de optimale verhouding tussen de twee methoden van het uitvoeren van een galblaasverwijdering. Beide vormen hebben voor- en nadelen. De wens van de patiënt speelt daarom een belangrijke rol, mits er geen contra-indicaties bestaan. Deze indicator biedt keuze-informatie voor de patiënt. Vrijwel alle ziekenhuizen voeren beide types cholecystectomieën uit. De indicator zal in deze vorm niet terugkeren in de indicatorset voor 2006.

Figuur 2.3.2

Van de 94 ziekenhuizen geven 90 (96%) gegevens over het percentage gallekkages. Van 1 ziekenhuis worden de gegevens buiten beschouwing gelaten vanwege onjuistheden in de cijfers. Bij 3 ziekenhuizen zijn de gegevens onbekend.

Bij 90 ziekenhuizen varieert het percentage gallekkages van 0 tot 2,1 procent met een gemiddelde van 0,7. Het is bekend dat het percentage beïnvloed wordt door de inspanning van de behandelend arts om ook kleinere lekkages te vinden; 21 ziekenhuizen melden geen enkel geval gevonden te hebben in 2005.

Conclusies

- 1 Bijna alle ziekenhuizen leveren gegevens over de wijze van uitvoering van cholecystectomieën.
- 2 Het percentage galblaasoperaties dat via een kijkoperatie wordt uitgevoerd varieert sterk, maar vrijwel alle ziekenhuizen voeren beide typen ingrepen uit.
- 3 Het overgrote merendeel van de ziekenhuizen kan informatie aanleveren over gallekkages na een cholecystectomie.
- 4 De percentages gallekkages zijn zeer klein en er is weinig variatie tussen ziekenhuizen.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om gegevens over het percentage laparoscopische galblaasoperaties te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis is niet in staat om gegevens over het percentage gallekkages na een galblaasoperatie te verstrekken.
- 3 Het ziekenhuis heeft meer dan 2 procent gallekkages bij galblaasoperaties.
- 4 Het ziekenhuis meldt geen enkel geval van gallekkage te hebben gehad in 2005.

II.4 Afgezegde operaties

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage door het ziekenhuis en door de patiënt afgezegde operaties, binnen 24 uur voor een electieve operatie.
- 2 Gemiddeld aantal dagen vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot en met de dag van de operatie.

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

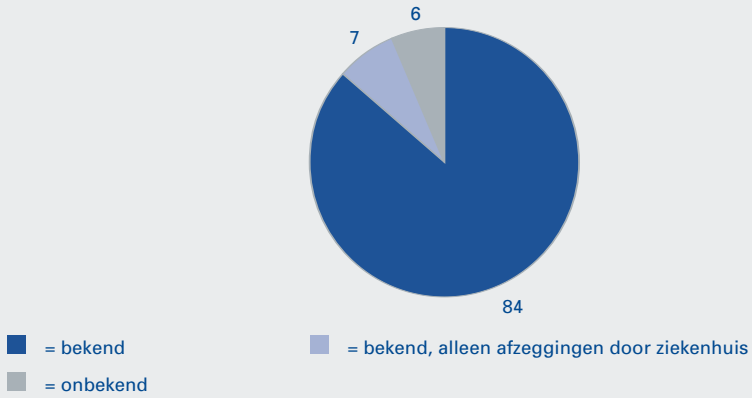
Ziekenhuisselectie

De gegevens over afgezegde operaties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

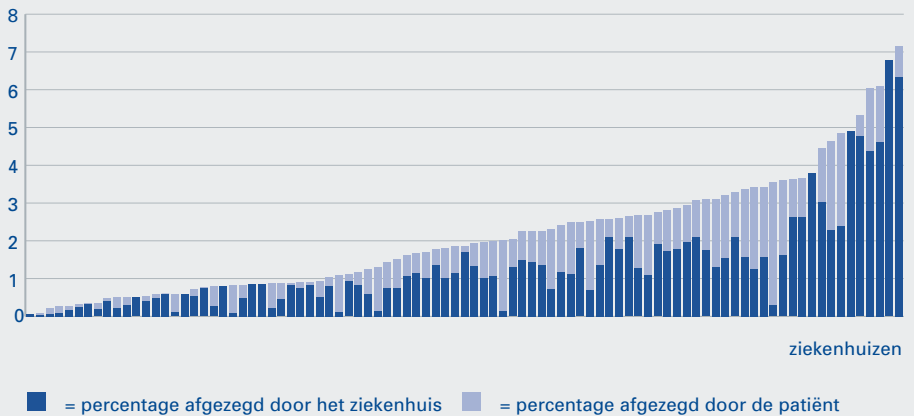
Figuur 2.4.1

Gegevens over afgezegde operaties, al dan niet beschikbaar (n=97)



Figuur 2.4.2

Percentage operaties afgezegd door ziekenhuizen en patiënten, weergegeven per ziekenhuis (n=91)



Figuur 2.4.1

Van de 97 ziekenhuizen geven 91 (94%) aan dat gegevens over afgezegde operaties bekend zijn; 6 ziekenhuizen (6%) zeggen deze gegevens niet te hebben. Van de 6 ziekenhuizen waar de registratie onbekend is, geven 2 ziekenhuizen aan dat een registratiesysteem in ontwikkeling is.

Van de 91 ziekenhuizen die gegevens beschikbaar hebben, geven 84 (92%) cijfers over zowel afgezegde operaties door het ziekenhuis als afgezegde operaties door de patiënt; 7 ziekenhuizen geven alleen cijfers over afgezegde operaties door het ziekenhuis. Eén ziekenhuis maakt geen onderscheid tussen ziekenhuisafzeggingen en patiëntafzeggingen, maar vermeldt wel dat de meeste afzeggingen het gevolg zijn van spoedgevallen of ziekte van de arts; deze gegevens zijn daarom eveneens geïnterpreteerd als 'door het ziekenhuis afgezegde operaties'.

Figuur 2.4.2

Figuur 2.4.2 is een weergave van de percentages afgezegde operaties. Het percentage afgezegde operaties (n=91) varieert van 0,07 tot 7,14 procent. In de 91 ziekenhuizen wordt gemiddeld 2,10 procent van de electieve operaties afgezegd.

Van de 91 ziekenhuizen die cijfers beschikbaar hebben over afgezegde operaties, maken 84 ziekenhuizen onderscheid naar *door de patiënt* afgezegde operaties en *door het ziekenhuis* afgezegde operaties. In die 84 ziekenhuizen varieert het percentage *door de patiënt* afgezegde operaties van 0 tot 3,27 procent en is het gemiddelde percentage afzeggingen door patiënten 0,84 procent.

Gemiddeld worden meer electieve operaties, namelijk 1,34 procent, door het ziekenhuis afgezegd. Het percentage *door het ziekenhuis* afgezegde operaties varieert in 91 ziekenhuizen van 0,03 tot 6,78 procent.

Tabel 2.4.1

Percentage afgezegde operaties, uitgesplitst naar 9 specialismen. De aantallen achter de specialismen (n) geven aan hoeveel ziekenhuizen het percentage opgeven

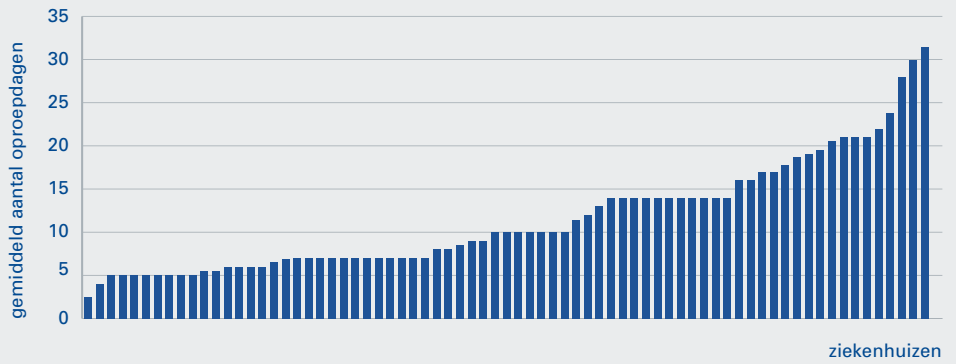
<i>Specialismen</i>	<i>Percentage afgezegde operaties</i>
KNO (n=8)	1,7
Gynaecologie (n=7)	1,8
Plastische chirurgie (n=7)	1,9
Orthopedie (n=7)	2,2
Urologie (n=7)	2,3
Kaakchirurgie (n=6)	2,5
Oogheelkunde (n=8)	2,8
Neurochirurgie (n=7)	2,9
Algemene chirurgie (n=8)	3,0

Tabel 2.4.1

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

Figuur 2.4.3

Gemiddeld aantal dagen, gemeten vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot de dag van operatie, gemeten voor alle opgeroepen patiënten (n=73)



Figuur 2.4.3

Van de 97 ziekenhuizen geven 73 (75%) cijfers over het gemiddeld aantal dagen vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot en met de dag van de operatie. Van de overige 24 ziekenhuizen is het gemiddeld aantal oproepdagen niet bekend.

Het gemiddeld aantal oproepdagen varieert van 3 tot 32 dagen. In de figuur is zichtbaar dat veel ziekenhuizen hun patiënten 1, 2 of 3 weken voor de operatie oproepen.

Conclusies

- 1 Bij 91 van de 97 ziekenhuizen (94%) is bekend hoeveel operaties afgezegd zijn. Dit is een aanzienlijke stijging ten opzichte van 2004 toen slechts 63% gegevens kon verschaffen over dit onderwerp.
- 2 Het percentage afgezegde operaties varieert van 0,07 tot 7,14 procent. In de 91 ziekenhuizen wordt gemiddeld 2,1 procent van de electieve operaties afgezegd.
- 3 Het percentage door de patiënt afgezegde operaties (n=49) varieert van 0,0 tot 3,27 procent. Het gemiddelde percentage afzeggingen door patiënten is 0,84 procent.
- 4 Het percentage door het ziekenhuis afgezegde operaties (n=61) varieert van 0,03 tot 6,78 procent. Meer electieve operaties, namelijk 1,34 procent, wordt door de ziekenhuizen afgezegd.
- 5 Door 8 ziekenhuizen is gebruikgemaakt van de mogelijkheid om het aantal electieve operaties niet alleen in totaal, maar ook per specialisme te registreren. Het percentage operaties dat werd afgezegd varieert per specialisme van 1,7 tot 3,0 procent.
- 6 Van de 97 ziekenhuizen geven 73 ziekenhuizen (75%) cijfers over het gemiddelde aantal dagen vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot en met de dag van de operaties. Dit zijn aanzienlijk meer ziekenhuizen dan in 2004 toen 52% cijfers gaf over dit gegeven.
- 7 Het gemiddelde aantal dagen tussen oproep en operatie varieert van 3 tot 32 dagen (n=73). De meeste ziekenhuizen roepen hun patiënten 1, 2 of 3 weken voor de operatie op.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over het percentage afgezegde operaties.
- 2 Een hoger aantal uitgevoerde operaties dan opgeroepen patiënten.
- 3 Het percentage afgezegde operaties is kleiner dan 0,5 procent of groter dan 4,0 procent.
- 4 Het percentage door het ziekenhuis afgezegde operaties is kleiner dan 0,2 procent of kleiner of groter dan 2,5 procent.
- 5 Het percentage door de patiënt afgezegde operaties is kleiner dan 0,07 procent of groter dan 1,8 procent.

II.5 Ongeplande heroperaties

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage ongeplande heroperaties van het totaal aantal operaties.
- 2 De drie typen initiële operaties die het meest frequent aanleiding geven tot een heroperatie.
- 3 Facultatief: Percentage heroperaties na een hernia inguinalis.

Relevante begrippen

Ongeplande heroperatie	Operatie die wordt verricht, omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft gehad.
Initiële operatie	Eerste ingreep die tijdens een opnameperiode wordt verricht.
Hernia inguinalis	Wordt ook wel liesbreuk genoemd; een liesbreuk (hernia) is een uitstulping van het buikvlies door een zwakke plek of opening in de buikwand waardoor een zwelling kan ontstaan. De verzwakking of opening kan aangeboren zijn, of het gevolg van uitrekking van de buikwand.

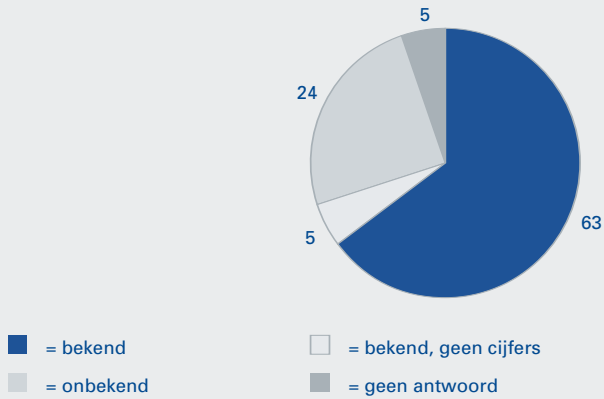
Ziekenhuisselectie

De gegevens over ongeplande heroperaties hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

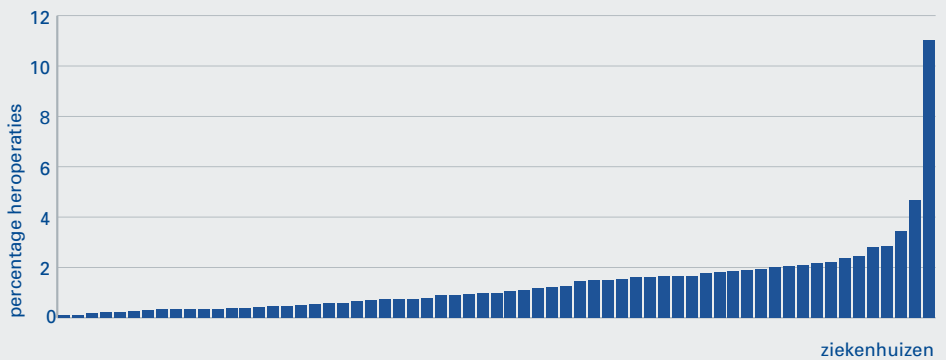
Figuur 2.5.1

Beschikbaarheid van gegevens over het percentage (ongepaalde) heroperaties (n=97)



Figuur 2.5.2

Percentage (ongepaalde) heroperaties van het totaal aantal operaties (n=63)



Figuur 2.5.1

Van de 97 ziekenhuizen geven 63 ziekenhuizen (65%) gegevens over ongeplande heroperaties. Vijf ziekenhuizen geven aan dat het percentage heroperaties wel bekend is maar leveren deze cijfers niet aan. In 24 ziekenhuizen is het percentage heroperaties niet bekend en 5 ziekenhuizen leveren geen gegevens aan omdat ze dit algemene gedeelte van de indicator over ongeplande heroperaties niet goed genoeg gedefinieerd vinden.

Figuur 2.5.2

De 63 ziekenhuizen die gegevens over ongeplande heroperaties aanleverden, registreerden in totaal 735.993 operaties met 10.659 heroperaties. Het percentage heroperaties varieert van 0,1 tot 11 procent met een gemiddelde van 1,4 procent en mediaan van 1,0 procent.

Het ziekenhuis met de hoogste percentages heroperaties (11%) geeft in de toelichting aan dat zij zowel de geplande als ongeplande heroperaties hebben meegenomen.

Door 47 ziekenhuizen wordt genoemd welke initiële operaties het meest frequent aanleiding geven tot een heroperatie, zie tabel 2.5.1. Sommige ziekenhuizen geven alleen de reden van de heroperatie (bijv. nabloeding) in plaats van de initiële operatie.

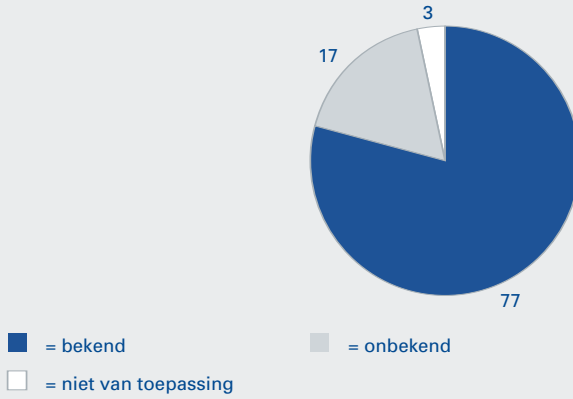
Tabel 2.5.1

Initiële operaties die het meest frequent aanleiding geven tot heroperatie

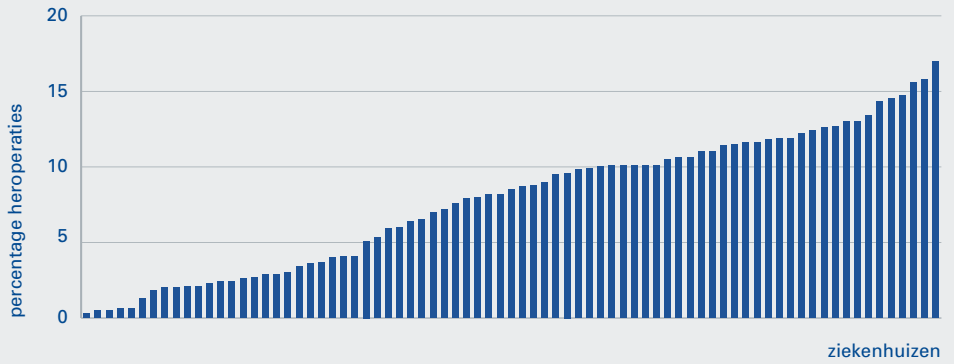
<i>Operatie</i>	<i>Aantal</i>
Buik	25
Hart/vaten	18
Botten/gewrichten/spieren	15
KNO	10
Borsten	8

In de Basisset prestatie-indicatoren 2006 is gekozen voor het vragen naar ongeplande heroperaties bij twee specifieke ingrepen: de hernia inguinalis (zoals in 2005) en daarnaast de colorectale operaties, met uitzondering van de appendix, bij patiënten van 18 jaar en ouder. Daarnaast is het de bedoeling dat geplande vervolgooperaties geëxcludeerd worden. De inspectie werkt verder aan het verbeteren van de definities rondom deze indicator voor de Basisset 2007.

Figuur 2.5.3

Beschikbaarheid van gegevens over het percentage heroperaties na een hernia inguinalis (n=97)

Figuur 2.5.4

Percentage ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis (n=77)

Figuur 2.5.3

Van de 97 ziekenhuizen is bij 77 (79%) het percentage heroperaties na een hernia inguinalis bekend. Bij 17 ziekenhuizen is het percentage onbekend en voor 3 (categorale) ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing omdat hier geen hernia inguinalis operaties plaatsvinden.

Negen ziekenhuizen geven in hun toelichting aan dat heroperaties bij een hernia inguinalis voor een deel afkomstig zijn van oude operatietechnieken die inmiddels niet meer gebruikt worden (langer dan 5 jaar tot zelfs 30 jaar geleden). De nieuwe methode van Lichtenstein voor het verhelpen van een hernia inguinalis veroorzaakt volgens de ziekenhuizen minder recidieven. Voor de Basisset 2007 wordt onderzocht of het hanteren van een tijdsinterval bij deze indicator noodzakelijk is.

Figuur 2.5.4

Na een liesbreukoperatie zijn heroperaties relatief frequent. In de 77 ziekenhuizen die cijfers leveren, zijn in totaal 28.533 liesbreukoperaties verricht en was 2.211 maal een heroperatie nodig (gemiddeld 7,7%, mediaan 9%). Het percentage heroperaties bij een liesbreukoperatie varieert per ziekenhuis van 0 tot 17,0 procent.

Conclusies

- 1 Meer dan de helft van de ziekenhuizen kan cijfers aanleveren over (ongeplande) heroperaties; dit aantal is wederom gegroeid ten opzichte van het vorige rapportagejaar.
- 2 Het gemiddelde percentage ongeplande heroperaties is 1,4, maar de variatie is groot.
- 3 De drie initiële operaties die het meest tot heroperatie leiden, zijn operaties aan maag en darm, hart en vaten en aan de borsten.
- 4 Het gemiddelde percentage heroperaties na een hernia inguinalis is relatief hoog (7,7%). Dit is ruim 1 procent gedaald ten opzichte van 2004. In de komende jaren zal dit percentage waarschijnlijk nog verder afnemen, omdat ziekenhuizen aangeven dat het gebruik van de nieuwe Lichtenstein-techniek voor het verhelpen van hernia inguinalis minder recidieven veroorzaakt.
- 5 Deze indicator is in de Basisset prestatie-indicatoren 2006 aangepast: naast de hernia inguinalis wordt gevraagd naar ongeplande heroperaties bij de colorectale operaties met uitzondering van de appendix bij patiënten van 18 jaar en ouder.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om gegevens over het percentage ongeplande heroperaties te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis heeft meer dan 2,4 procent ongeplande heroperaties uitgevoerd.
- 3 Het ziekenhuis heeft minder dan 0,3 procent ongeplande heroperaties uitgevoerd.
- 4 Het ziekenhuis heeft meer dan 12,9 procent ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis uitgevoerd.
- 5 Het ziekenhuis heeft minder dan 2 procent ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis uitgevoerd.

II.6 Intensive Care

Beschikbare indicatoren

- 1 Het level van de IC.
- 2 Bevestiging van het level bij visitatie.
- 3 Totaal aantal beademingsdagen verdeeld naar volwassenen (cardiochirurgisch en niet-cardiochirurgisch) en kinderen <16 jaar.
- 4 Totaal aantal IC-dagen verdeeld naar volwassenen (cardiochirurgisch en niet-cardiochirurgisch) en kinderen <16 jaar.
- 5 FTE geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC.

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

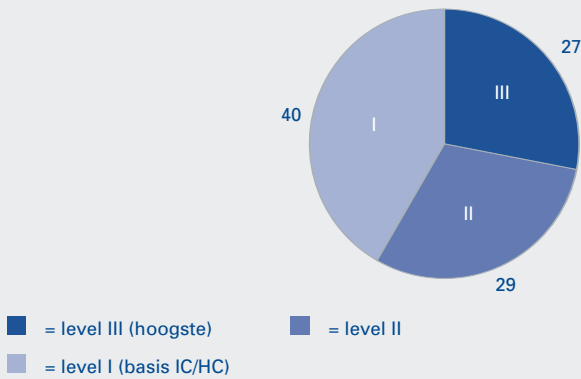
Ziekenhuisselectie

De gegevens over intensive care hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 2 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 2.6.1

Level van de IC per ziekenhuis en per locatie, volgens opgave van het ziekenhuis maar na correctie voor verwisselingen tussen level I en level III (n=96)



Tabel 2.6.1

Bevestiging van het IC-level na visitatie (n=96)

Level van de IC	Gevisiteerd		Niet gevisiteerd	N (%)
	Level bevestigd	Level niet bevestigd		
	N (%)	N (%)	N (%)	
Level III (hoogste)	17 (63)	2 (7)	8 (30)	27
Level II	14 (48)	3 (10)	12 (41)	29
Level I (basis IC/HC)	18 (45)	5 (13)	17 (43)	40
	49 (50)	10 (10)	37 (38)	96

Figuur 2.6.1

De 96 ziekenhuizen met één of meerdere IC-afdeling(en) geven alle aan op welk niveau zij intensieve zorg verlenen. Eén categoriaal ziekenhuis, het Oogziekenhuis uit Rotterdam, heeft geen IC-afdeling en wordt daarom niet opgenomen in dit hoofdstuk.

Volgens eigen opgave van de IC-afdelingen is de verdeling tussen level I, level II en level III: 27 IC-afdelingen op level III (hoogste niveau), 29 op level II en 40 op level I (basis IC/HC). Het gebruik van deze levelindeling is intussen bijna overal goed ingeburgerd, er waren nog twee hoogste level IC-afdelingen die zich per ongeluk als laagste level IC-afdeling presenteerden. De gegevens van deze ziekenhuizen zijn aangepast.

Een juiste inschatting van het niveau van de op de afdeling geleverde zorg is van belang, omdat aan de hand hiervan de doelgroep van de intensive care bepaald wordt. In de nieuwe richtlijn van de wetenschappelijke verenigingen (2006) is de naamgeving van het level van de IC in overeenstemming met internationaal gebruik gewijzigd in niveau (of level)³ voor de meest complexe patiënten en niveau (level)¹ voor basis IC.

Tabel 2.6.1

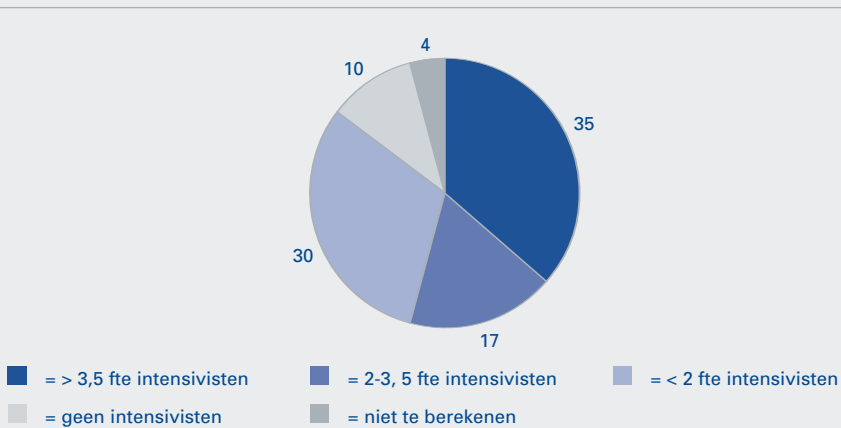
Visitatie door de beroepsgroep is een belangrijk middel om de kwaliteit van de medisch specialistische zorg te borgen. 59 van de 96 IC-afdelingen (60%) is gevisiteerd. Opleidingsvisitatie is een voorwaarde voor de opleidingsbevoegdheid van medisch specialisten; de kwaliteitsvisitatie is vrijwillig. Omdat level III afdelingen vaak ook intensivisten opleiden, zijn zij meestal gevisiteerd (70%). Bij kwaliteitsvisitatie is een belangrijk onderwerp of de afdeling voldoet aan de kwaliteitscriteria voor het opgegeven level. Bij 49 IC-afdelingen is het door het ziekenhuis opgegeven level bevestigd, 10 afdelingen geven aan (nog) niet (volledig) te voldoen aan de criteria. Visitatie voor level II en level I IC-afdelingen is vrijwillig. In ziekenhuizen die opgeven over een IC level II te beschikken, is meer dan de helft (58%) gevisiteerd. In 3 van de 17 ziekenhuizen werd het level II tijdens deze visitatie niet (volledig) bevestigd. Van ziekenhuizen die opgeven over een IC level I (basis IC/HC) te beschikken, is ook 58 procent gevisiteerd. In 5 van de 18 ziekenhuizen werd zelfs het level I tijdens deze visitatie niet (volledig) bevestigd.

De IC-afdelingen die niet gevisiteerd zijn, schreven in hun toelichting dat zij het opgegeven level gebaseerd hebben op: de levelindeling genoemd in de CBO-richtlijn 'Advies organisatie en werkwijze op Intensive Care-afdelingen' uit 1993, of op de nieuwe IC richtlijn van de wetenschappelijke verenigingen uit 2006. Enkele zieken-

huizen baseren dit level uitsluitend op de minimale eisen aan medische bezetting genoemd in het inspectierapport 'Intensieve zorgen' uit 2005. Een groot aantal nog niet gevisiteerde IC-afdelingen geeft in de toelichting bij deze indicator aan dat visitatie aangevraagd is en in 2006 of 2007 uitgevoerd zal worden. De publicatie van de nieuwe richtlijn van de wetenschappelijke verenigingen (2006) lijkt een grote stimulans om het eigen niveau van zorg opnieuw en officieel vast te laten stellen.

Figuur 2.6.2

FTE-geregistreerde intensivisten, beschikbaar voor de IC (n=96)



Tabel 2.6.2

Formatie intensivisten naar het level van de IC (n=96)

Level van de IC	> 3,5 fte	2 – 3,5 fte	< 2 fte	Geen	Onbekend	Totaal
IC level III	25	1	0	0	1*	27
IC level II	9	10	10	0		29
IC level I	1	6	20	10	3	40
	35	17	30	10	4	96

* Dit ziekenhuis publiceert op de eigen website wel >3,5 fte intensivisten

Figuur 2.6.2

In de 96 ziekenhuizen die gegevens publiceren over het aantal fte intensivisten zijn in totaal 376,2 fte intensivisten beschikbaar voor de intensive care afdeling (306,9 fte in 2004). Het aantal fte intensivisten varieert van nul (in 10 ziekenhuizen) tot 35. Afgezet naar het level dat de afdelingen zichzelf geven, zijn er op IC-afdelingen van level III gemiddeld 9,8 fte beschikbaar (8,6 in 2004), in level II IC-afdelingen gemiddeld 2,8 fte (2,3 in 2004) en in IC-afdelingen van level I (basis IC/HC) gemiddeld 1,0 fte (1,04 in 2004).

Tabel 2.6.2

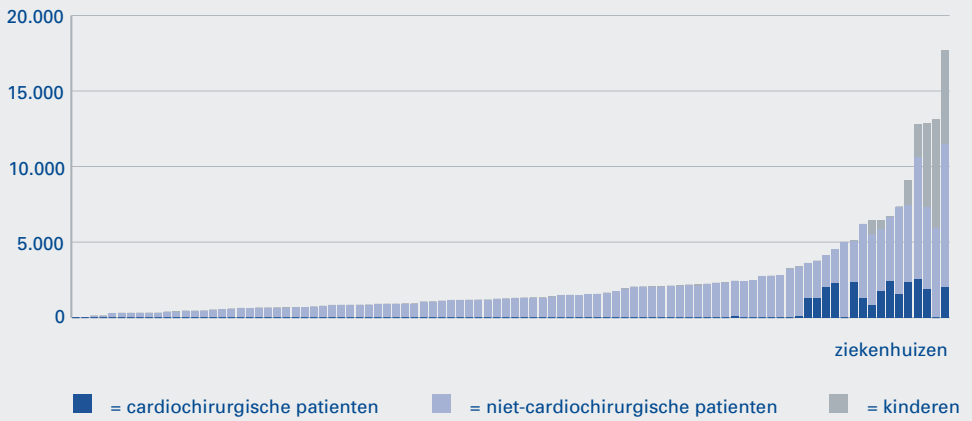
Op een na hebben alle 27 ziekenhuizen met level III IC-afdelingen meer dan 3,5 fte-geregistreerde intensivisten, genoeg om te voorzien in een 7x24 uursbezetting. Negen level II IC-afdelingen beschikken eveneens over 3,5 of meer fte intensivist en 10 afdelingen hebben meer dan 2 fte. Dat wil zeggen dat 19 level II afdelingen voldoende intensivisten hebben om ten minste voor een beperkte periode 7x24-uurs bezetting mogelijk te maken. 10 level II IC-afdelingen hebben echter een te kleine formatie intensivisten om dit te realiseren; hier kan de continuïteit van zorg ernstig in het gedrang komen in de periodes dat één of meer IC-patiënten met complexe problemen zijn opgenomen.

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

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

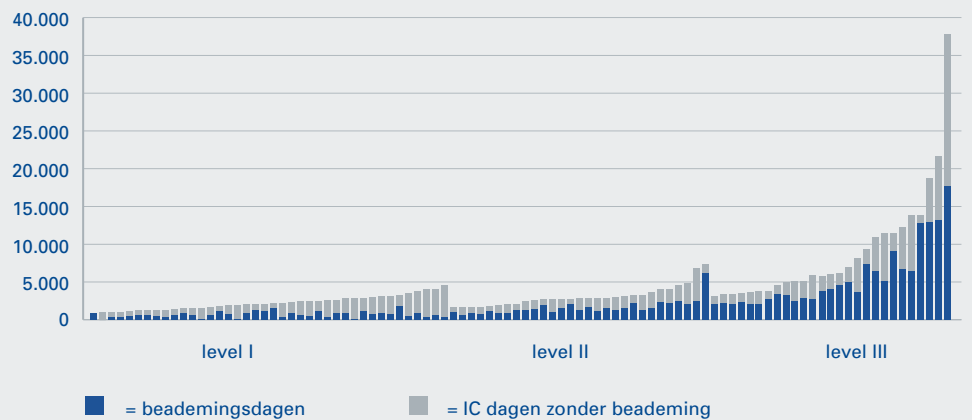
Figuur 2.6.3

Aantal beademingsdagen volwassenen (niet-cardiochirurgisch en cardiochirurgisch) en beademingsdagen voor kinderen opgeteld (n=96)



Figuur 2.6.4

Verhouding beademingsdagen en overige IC-dagen per IC level (n=96)



Figuur 2.6.3

Het totaal aantal beademingsdagen op een IC-afdeling wordt beschouwd als een maat voor de zorgzwaarte van een IC-afdeling. 96 ziekenhuizen registreerden samen 222.256 beademingsdagen (tegenover 174.496 uit 95 ziekenhuizen in 2004). Het aantal beademingsdagen varieert van nul tot meer dan 17.000 per ziekenhuis per jaar. Het gemiddeld aantal beademingsdagen per IC-niveau is verschillend: level III gemiddeld 5502 (4745 in 2004), level II gemiddeld 1639 (1225 in 2004) en level I gemiddeld 638 (620 in 2004).

Figuur 2.6.4

In level I en level II afdelingen is het aantal beademingsdagen in de meeste ziekenhuizen minder dan de helft van het totaal aantal IC-dagen. Dit varieert van 0 tot 85 procent met een gemiddelde van 29 in level I en 53 in level II. In de level III afdelingen worden patiënten gemiddeld op 61 procent van de IC-dagen beademd, met een spreiding van 45 tot 92 procent.

Op een afdeling waar (vrijwel) alle patiënten beademd worden, zijn patiënten opgenomen die ernstiger ziek zijn dan op een afdeling waar een groot deel van de patiënten geen beademing nodig heeft, zoals bijvoorbeeld op een gemengde IC/CCU-afdeling. Daarom is ook de verhouding tussen het aantal beademingsdagen en het totale aantal opnamedagen op een IC-afdeling te beschouwen als een maat voor de zorgzwaarte. Deze zorgzwaarte blijkt inderdaad samen te hangen met het level van de IC.

Conclusies

- 1 De kwaliteit van de aangeleverde gegevens is verbeterd in vergelijking met 2004. Er zijn nauwelijks onduidelijkheden over de definitie van de levelindeling en alle 96 ziekenhuizen met een IC-afdeling leveren gegevens.
- 2 Visitatie door de beroepsgroep heeft nog altijd maar bij ongeveer de helft van alle IC-afdelingen plaatsgevonden. De publicatie van de nieuwe richtlijn 'Organisatie en werkwijze op de IC-afdeling voor volwassenen' begin 2006 en de publicatie van de prestaties van de IC-afdelingen op deze manier blijkt een stimulans om visitatie te laten plaatsvinden. In de toelichting geven verschillende IC-afdelingen aan dat in 2006 of 2007 een visitatie gepland of aangevraagd is.
- 3 Het aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor IC-afdelingen is toegenomen van 306,9 fte in 2004 (91 ziekenhuizen leverden cijfers) naar 376,2 fte in 2005 (96 ziekenhuizen leverden cijfers).
- 4 In 10 ziekenhuizen met een basis IC (level I) zijn nog altijd geen geregistreerde intensivisten beschikbaar.
- 5 Alle 27 ziekenhuizen behalve één die zeggen over een level III IC-afdeling te beschikken, hebben ook voldoende formatie geregistreerde intensivisten om een 7x24 uursbezetting te organiseren.
- 6 Er zijn nog altijd 10 (van de 29) ziekenhuizen die zeggen over een level II IC-afdeling te beschikken, maar niet voldoen aan de voor level II minimaal benodigde formatie geregistreerde intensivisten.
- 7 Het aantal beademingsdagen varieert sterk, namelijk van 0 dagen in een jaar op een kleine IC van een categoriaal ziekenhuis tot meer dan 17.000 beademingsdagen in een universitair medisch centrum.
- 8 Het gemiddeld aantal beademingsdagen is in vergelijking met 2004 gestegen. Op level III IC-afdelingen is gemiddeld 5502 dagen beademd in vergelijking tot 4745 dagen in 2004, op level II IC-afdelingen werd gemiddeld 1639 dagen beademd in vergelijking tot 1225 in 2004 en op level I IC-afdelingen werd gemiddeld 638 dagen beademd in vergelijking tot 620 dagen in 2004.
- 9 De verhouding tussen beademingsdagen en IC-dagen zonder beademing is te beschouwen als een maat voor de zorgzwaarte. Hierin verschillen met name level I en level II afdelingen met een variatie van 0 tot rond 85 procent beademingsdagen. Ook op IC-afdelingen van level III zijn de verschillen groot, op tussen de 45 tot 92 procent van de IC-dagen worden patienten beademd, met een gemiddelde van 61 procent.

Reactie inspectie

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

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

III INDICATOREN BIJ SPECIFIEKE AANDOENINGEN OF INGREPEN

III.1 Zwangerschap

Beschikbare indicatoren

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

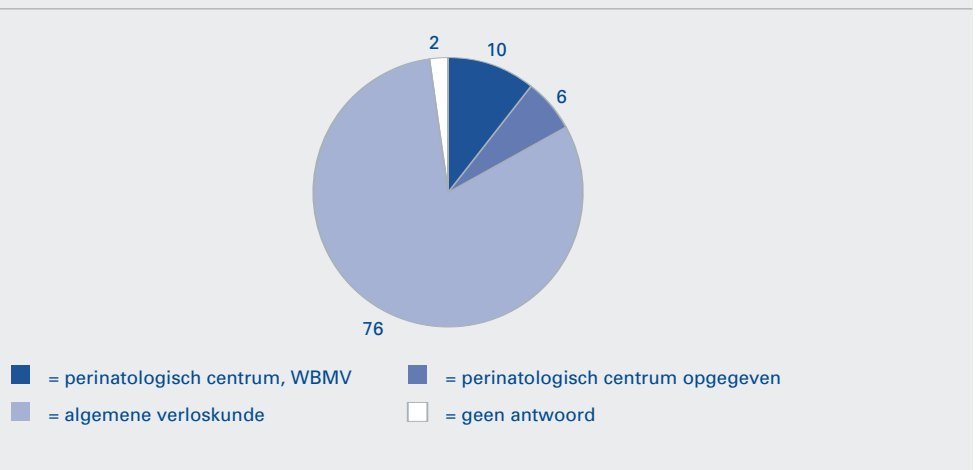
Relevante begrippen

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

Resultaten

Figuur 3.1.1

Niveau van verloskundige zorg: perinatologisch centrum (derdelijn) of tweedelijnscentrum (n=94)



Figuur 3.1.1

In 76 ziekenhuizen of locaties is sprake van een tweedelijns verloskundepraktijk, 16 ziekenhuizen (17%) geven aan een perinatologisch centrum te hebben. Twee ziekenhuizen hebben geen gegevens aangeleverd.

In Nederland hebben 10 ziekenhuizen een vergunning als perinatologisch centrum onder de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV), hier is naast een Intensive Care voor pasgeborenen ook een afdeling High Care voor verloskunde. Wat de aanduiding perinatologisch centrum in de overige 6 ziekenhuizen betekent, is niet geheel duidelijk. Mogelijk zijn dit ziekenhuizen met een High Care afdeling voor pasgeborenen maar zonder High Care voor verloskunde.

Van de 94 ziekenhuizen of locaties met een verloskundeafdeling geven 90 het totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Het aantal bevallingen varieert van 324 tot 2737, met een gemiddelde van 1229 per jaar per ziekenhuis. Het totaal aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog is in deze ziekenhuizen 110.569 (2004: 112.170), ruim 58 procent van het totale aantal geboorten in dat jaar in Nederland.^[5]

[5] CBS: totaal aantal geboorten 2005: 187.910.
CBS: totaal aantal geboorten 2004: 194.007.

Tabel 3.1.1

Verdeling van praktijken naar omvang in 2005 en 2004, gebaseerd op het aantal bevallingen onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog

<i>Praktijkomvang</i> <i>Aantal bevallingen olv gynaecoloog</i>	<i>Aantal praktijken</i> <i>2005</i>		<i>Aantal praktijken</i> <i>2004</i>	
	<i>n=90</i>		<i>n=83</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
< 500	4	4,44	3	3,61
500 – 750	12	13,33	11	13,25
750 – 1000	18	20,00	15	18,07
1000 – 1500	37	41,11	33	39,76
1500 – 2000	11	12,22	16	19,28
> 2000	8	8,89	5	6,02

Tabel 3.1.1

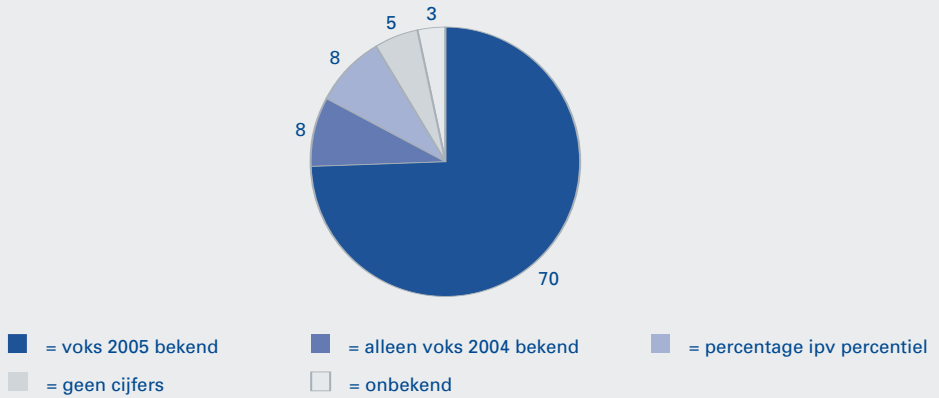
De praktijkomvang gebaseerd op het aantal bevallingen per jaar laat geringe verschuivingen zien. Het aantal kleine praktijken is relatief wat toegenomen, vooral door een toename van praktijken met 750 tot 1000 bevallingen per jaar. Deze trend was vorig jaar ook waarneembaar.

De meeste ziekenhuizen zagen een lichte afname van het aantal bevallingen, samenhangend met een teruglopend geboorteaantal. Het verschil tussen 2005 en 2004 is in de meeste ziekenhuizen gering, gemiddeld een daling 37 bevallingen per ziekenhuis. In 26 ziekenhuizen bedroeg het verschil tussen het aantal bevallingen in 2005 en 2004 meer dan 100 bevallingen.

Maximale afname	-1649 bevallingen
Maximale toename	1095 bevallingen
Afname bevallingen bij	48 ziekenhuizen
Stijging bevallingen bij	33 ziekenhuizen

Figuur 3.1.2

Aantal ziekenhuizen waar de VOKS-percentage bekend is (n=94)



Figuur 3.1.2

De VOKS-percentiel blijft voor het management in veel ziekenhuizen een moeilijk te verkrijgen of moeilijk te interpreteren gegeven. Drie ziekenhuizen beantwoorden de vraag niet. Vijf ziekenhuizen zeggen wel te beschikken over de gegevens maar leveren deze niet aan. Bij tenminste acht ziekenhuizen heeft de inspectie het vermoeden dat niet de gevraagde percentielen, maar de percentages sectio's zijn gegeven. Dit blijkt vaak uit de toelichting of uit de vergelijking met het sectio-percentage uit 2004 en 2003. Acht ziekenhuizen leveren alleen de gegevens over 2004. De overige 70 ziekenhuizen leveren de 2005 gegevens vaak samen met ook de 2004 gegevens.

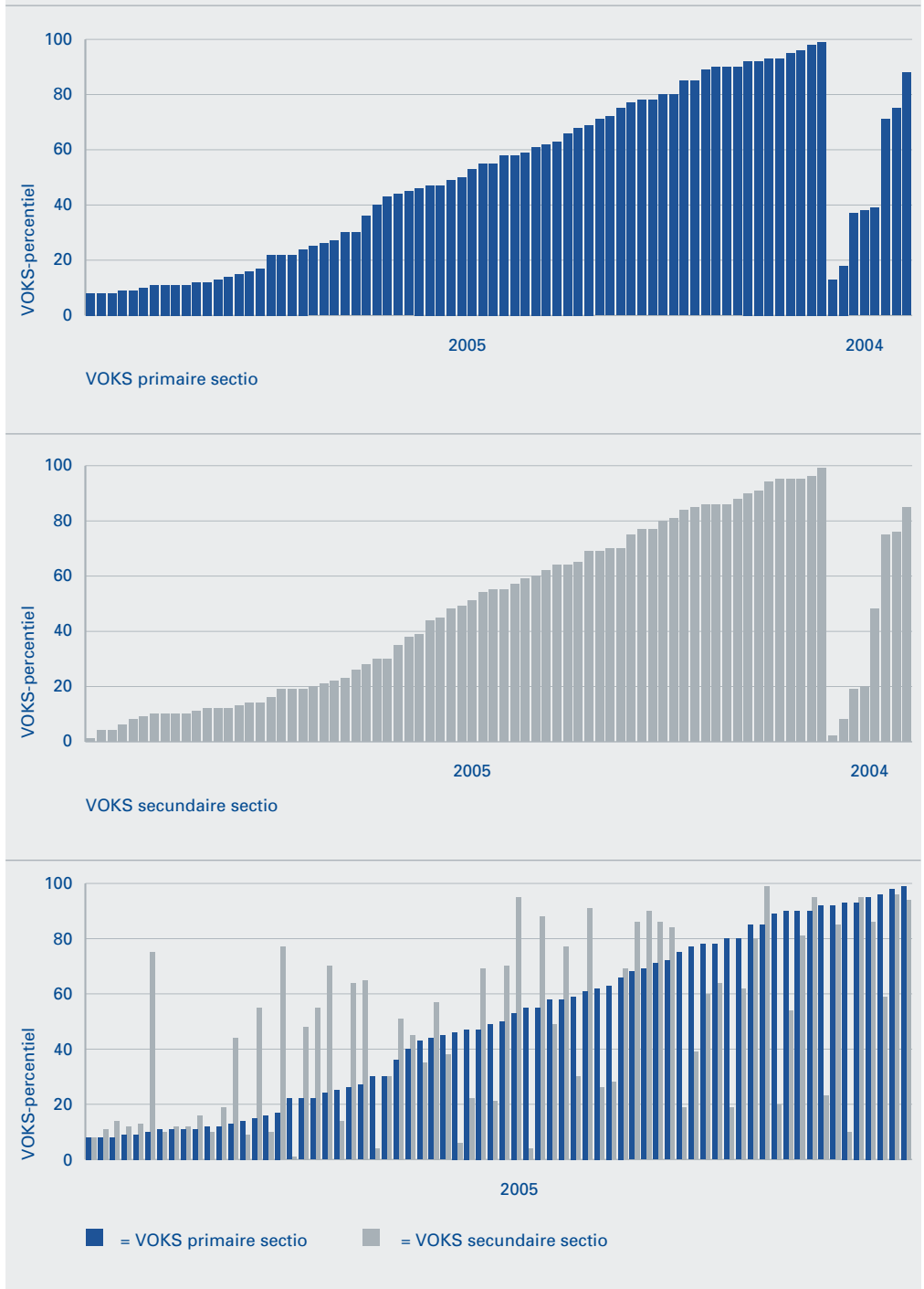
De VOKS-percentiel geeft de relatie weer van het werkelijke percentage keizersneden en het op grond van de populatie zwangeren te verwachten percentage (zie relevante begrippen). Omdat deze percentiel rekening houdt met de samenstelling van de populatie zwangeren is het een betere indicator voor het verloskundig beleid van het ziekenhuis dan het (ongecorrigeerde) percentage keizersneden.

Verificatie

De inspectie twijfelt bij een aantal ziekenhuizen over de juistheid van de aangeleverde VOKS-percentielen. Dit jaar heeft de inspectie de gegevens waarbij zij vragen stelde, ter controle voorgelegd aan de stichting Prenatale Registratie Nederland. De stichting heeft bevestigd dat bij een aantal ziekenhuizen deze gegevens inderdaad niet overeenstemmen.

Figuur 3.1.3

Verdeling VOKS-percentielen primaire en secundaire sectio



Figuur 3.1.3

Het beleid in Nederland is om de het aantal keizersneden zoveel mogelijk te beperken. Er is al jaren een toenemende trend waarneembaar waarbij het aantal keizersneden juist stijgt. De VOKS-registratie is een hulpmiddel voor de gynaecoloog om nog eens te evalueren of een beslissing tot het doen van een keizersnee gesteund zou worden door andere gynaecologen. Bij een percentielscore van 90 betekent dit dat 90 procent van die praktijken minder keizersneden zouden hebben uitgevoerd bij eenzelfde populatie.

Bij de primaire sectio hebben 70 ziekenhuizen de percentielen correct aangeleverd. Acht ziekenhuizen hebben alleen gegevens over 2004 geleverd. Van deze 70 ziekenhuizen bevinden zich er vijf onder de p10 en 11 boven de p90. De groep ziekenhuizen onder de p10 is erg terughoudend bij het toepassen van een geplande keizersnee. De groep ziekenhuizen boven de p90 is juist erg snel bereid om over te gaan tot een geplande keizersnee.

In de onderste grafiek is per ziekenhuis zowel het percentiel van de primaire (geplande) als van de secundaire (ongeplande) keizersneden te zien.

Wat opvalt is dat bij de lage percentielscores voor primaire sectio de percentielscore voor secundaire sectio soms hoger is. Dit kan betekenen dat het ziekenhuis voorzichtig is met het doen van een keizersnee op voorhand en dan later alsnog moet overgaan tot een niet-geplande keizersnee. Bij andere ziekenhuizen leidt een lage percentielscore voor een primaire sectio niet tot grote aantallen ongeplande keizersneden.

Praktijken met zowel een hoge percentielscore voor geplande als voor ongeplande sectio lijken slechts één beleid te kennen, namelijk het doen van een keizersnee.

Van de 34 ziekenhuizen die zowel vorig jaar als dit jaar gegevens over 2004 hebben aangeleverd ten aanzien van de primaire sectio's, komen bij 11 ziekenhuizen de gegevens niet overeen. De verschillen zijn voor een deel te wijten aan afrondingen (kleine verschillen van 1 tot 5). Bij zes ziekenhuizen is het verschil groter dan 5.

Conclusies

- 1 De inspectie verstaat onder een perinatologisch centrum een derdelijns-voorziening met neonatologische IC en verloskundige HC met een vergunning onder de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV).
- 2 Zes ziekenhuizen die niet over een vergunning gebaseerd op de WBMV beschikken, geven wel aan dat zij een perinatologisch centrum hebben. Wat dit inhoudt, is niet duidelijk.
- 3 De centra met 1500 tot 2000 bevallingen per jaar is sterk gedaald (van 19% naar 12%). Er is hierbij een verschuiving te zien naar de kleinere centra, deze stijgen allemaal ligt.
- 4 De VOKS-percentiel blijkt nog steeds een moeilijke indicator, hoewel deze percentiel voor iedere gynaecologenpraktijk in Nederland wordt berekend.
- 5 Landelijk gestandaardiseerde registratie van gegevens over de zwangerschap en bevalling is in alle ziekenhuizen gebruikelijk voor de interne kwaliteitsbewaking van de gynaecologen. Dit betekent dat het registreren van deze indicator de registratielast van ziekenhuizen niet verhoogt.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog.
- 2 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over de VOKS-percentiel.
- 3 Het ziekenhuis geeft een percentage in plaats van de gevraagde VOKS-percentiel.
- 4 Het ziekenhuis geeft andere cijfers in 2005 over 2004 dan in 2004.
- 5 De VOKS-percentiel ligt onder de P10.
- 6 De VOKS-percentiel ligt boven de P90.
- 7 Er bestaat een groot verschil tussen de VOKS-percentiel voor primaire en secundaire sectio.

III.2 Diabetes mellitus

Beschikbare indicatoren

- 1 De beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg.
- 2 Het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[6].
- 3 De gemiddelde HbA1c-waarde bij patiënten met diabetes mellitus, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[6].
- 4 Percentage van de bij de internist bekende patiënten met diabetes, die een fundusscopie of -fotografie hebben ondergaan.

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

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

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

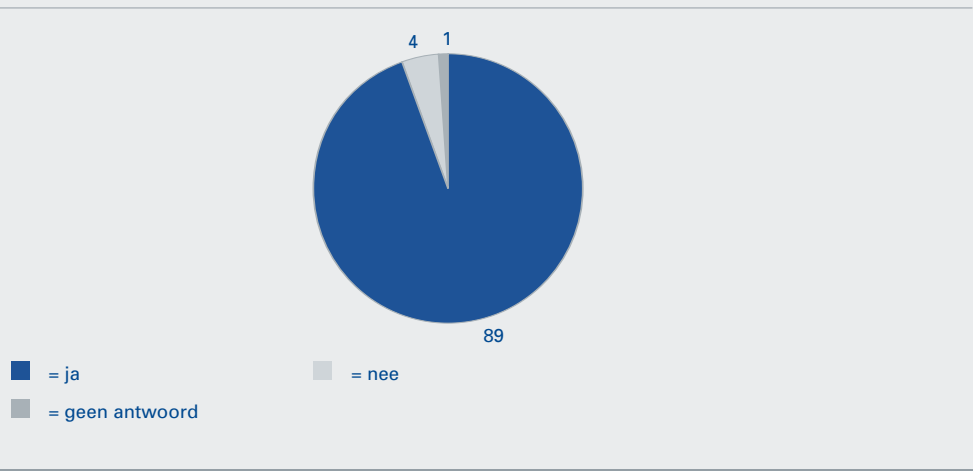
Ziekenhuisselectie

De gegevens over diabetes mellitus hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 86 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 3.2.1

Beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg (n=94)



Figuur 3.2.1

In 89 ziekenhuizen (95%) is sprake van geïntegreerde diabeteszorg. Bij 4 ziekenhuizen is de diabeteszorg niet geïntegreerd en 1 ziekenhuis geeft geen antwoord op deze vraag.

De vormgeving van de diabeteszorg is door de ziekenhuizen in kaart gebracht aan de hand van de aspecten die in het toelichtingschema bij de indicator genoemd worden. Aspecten die door de ziekenhuizen regelmatig genoemd worden, zijn met name intramurale samenwerking, werkafspraken tussen de eerste en tweede lijn en inzet van een casemanager/coördinator of diabetesverpleegkundige.

Een enkele keer wordt aangegeven dat men bezig is dan wel de intentie heeft een regionale (transmurale) registratie te ontwikkelen en toegang te verschaffen tot deze registratie aan de betrokken hulpverleners op alle locaties.

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

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

Aspecten geïntegreerde diabeteszorg

Samenwerking tussen interne geneeskunde, neurologie, oogheelkunde en chirurgie

Werkafspraken betrokken instellingen en hulpverleners uit de 1e en 2e lijn

Casemanager/ coördinator/ diabetesverpleegkundige voor patiënt

Eén regionale (transmurale) registratie

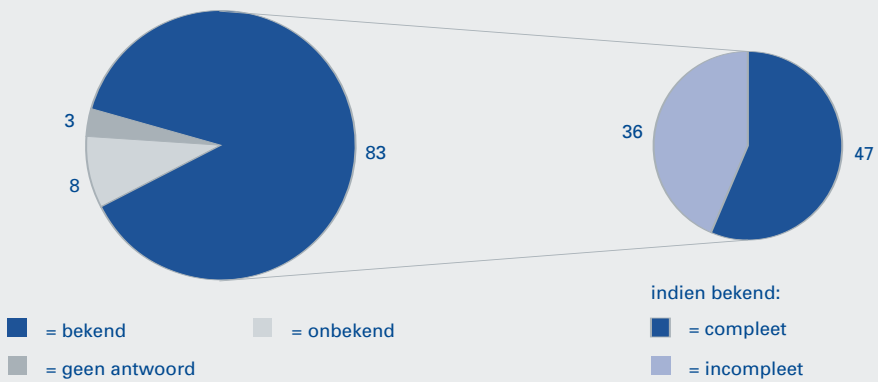
Toegang tot deze registratie vooral betrokken hulpverleners op alle locaties

Andere kenmerken die in uw ziekenhuis van belang zijn

Figuur 3.2.2

Beschikbaarheid van gegevens over HbA1c-bepalingen bij patiënten met diabetes mellitus (n=94).

Van de ziekenhuizen die aangeven cijfers beschikbaar te hebben, wordt aangegeven welke complete en incomplete cijfers hebben geleverd (n=83)



Figuur 3.2.2

Van de 83 ziekenhuizen (87%) die gegevens hebben aangeleverd over HbA1c-bepalingen, zijn de gegevens van 36 ziekenhuizen (43%) onvolledig of onjuist. Van de 47 ziekenhuizen waarvan de cijfers compleet zijn, beschikken 24 (51%) over gegevens uitgesplitst naar patiënten met diabetes type I of diabetes type II. De overige 23 ziekenhuizen (49%) kunnen dit onderscheid niet maken.

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

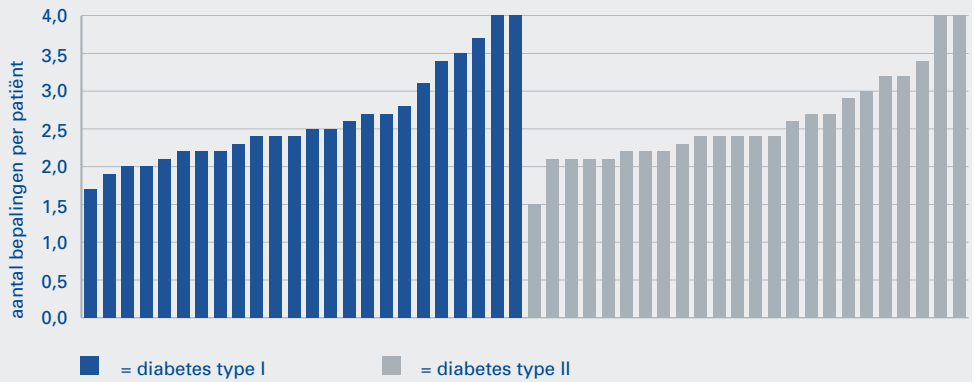
Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid hun uitslagen toe te lichten; deze worden door de IGZ gebruikt ter beoordeling van de situatie in het betreffende ziekenhuis. Een goede toelichting kan voorkomen dat de inspectie aan het ziekenhuis vragen moet stellen omtrent de totstandkoming van hun uitslag. Een voorbeeld van een informatieve toelichting bij diabetes mellitus is:

Gegevens over HbA1c-bepalingen wel bekend, maar geen onderscheid tussen type I en II. In Het Oogziekenhuis wordt de diabetespopulatie in 3 groepen verdeeld: 1. Groep patiënten die zowel bij de internist als bij de oogarts in Het Oogziekenhuis bekend is (N=680) 2. Groep patiënten die bij de oogarts in Het Oogziekenhuis en een externe internist bekend is 3. Groep patiënten die bij de oogarts in Het Oogziekenhuis en huisarts en/of diabetesverpleegkundige of STAR bekend is.^[7]

[7] De gegevens van het Oogziekenhuis zijn niet meegenomen in de analyse.

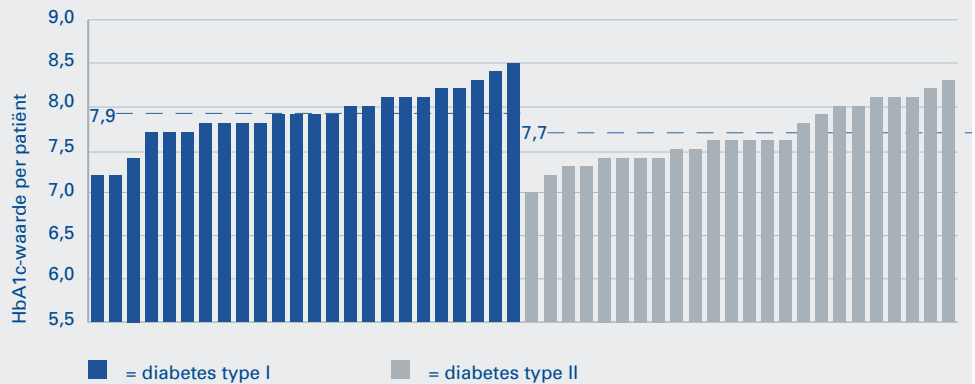
Figuur 3.2.3

Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar bij diabetes type I of type II (n=24)



Figuur 3.2.4

Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling voor patiënten met diabetes type I of type II (n=24)



Figuur 3.2.3 en 3.2.4

Er zijn 24 ziekenhuizen die uitgesplitste gegevens over diabetes type I en type II leveren. Het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar varieert bij diabetes type I van 1,7 tot 4,0 met een gemiddelde van 2,6 en bij diabetes type II van 1,5 tot eveneens 4,0 met een gemiddelde van 2,6.

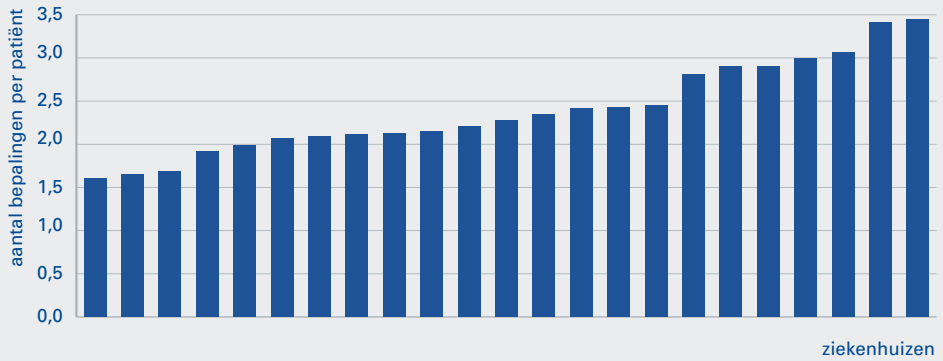
In 5 ziekenhuizen is het gemiddelde aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar voor beide typen gelijk. In 10 ziekenhuizen ligt het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar bij type II hoger dan bij type I en bij 9 ziekenhuizen is deze waarde bij type II lager dan bij type I.

De gemiddelde HbA1c-waarde varieert bij diabetes type I van 7,2 tot 8,5 met een gemiddelde van 7,9 en bij diabetes type II van 7,0 tot 8,3 met een gemiddelde van 7,7. In 1 ziekenhuis is de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij type I en II gelijk. Deze waarde is in 4 ziekenhuizen bij diabetes type II hoger dan bij type I. Bij 19 ziekenhuizen is de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij patiënten met diabetes type II lager dan type I.

De vermelding van ‘geïntegreerde diabeteszorg’ is geen garantie voor het bekend zijn van de gemiddelde HbA1c-waarde. Deze maat voor de kwaliteit van de diabetescontrole is bekend in 52 van de 89 ziekenhuizen met geïntegreerde diabeteszorg (58%), terwijl het ook bekend is bij de 4 ziekenhuizen zonder geïntegreerde diabeteszorg. Eén ziekenhuis levert wel op de juiste manier de gemiddelde HbA1c-waarde en het gemiddeld aantal bepalingen bij diabetes type I en II samen, maar geeft geen antwoord op de vraag of er sprake is van geïntegreerde diabeteszorg in hun ziekenhuis.

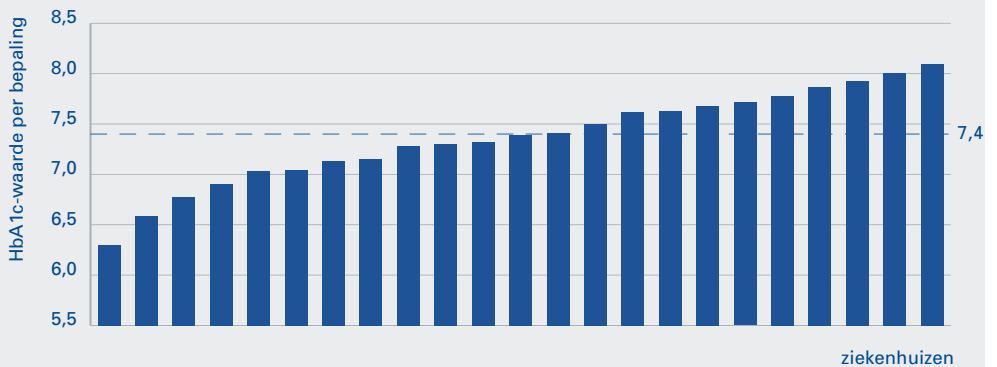
Figuur 3.2.5

Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar bij ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in type diabetes (n=23)



Figuur 3.2.6

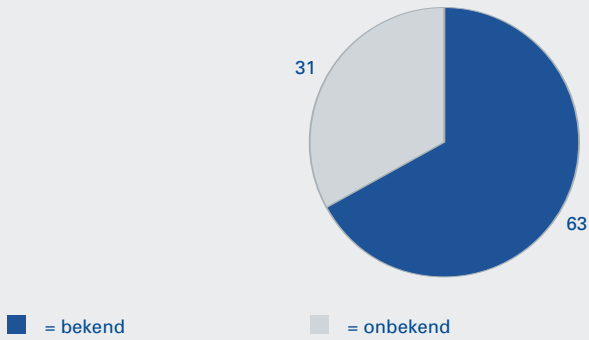
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in type diabetes (n=23)



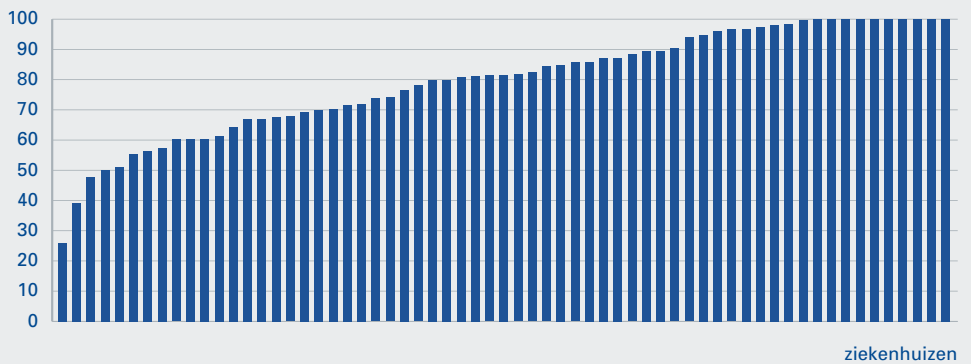
Figuur 3.2.5 en 3.2.6

In de 23 ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken tussen diabetes type I en type II ligt het aantal bepalingen wat lager dan bij de ziekenhuizen die wel onderscheid maken. Het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar varieert van 1,6 tot 3,4 met een gemiddelde van 2,3. De gemiddelde HbA1c-waarde van deze ziekenhuizen ligt met een variatie van 6,3 tot 8,1 en een gemiddelde van 7,4 eveneens lager.

Figuur 3.2.7

Beschikbaarheid van gegevens over oogheelkundig onderzoek bij diabetespatiënten (n=94)

Figuur 3.2.8

Percentage van bij de internist bekende diabetespatiënten, die binnen het onderzoeksjaar een fundusscopie of -fotografie hebben ondergaan (n=63)

Figuur 3.2.7

Van de 94 ziekenhuizen geven 63 (67%) complete en correcte gegevens over bij de internist bekende diabetespatiënten die een fundusscopie of fundusfotografie hebben ondergaan. Drie ziekenhuizen geven hierbij in hun toelichting aan dat de cijfers zijn gebaseerd op 2 jaar; het gevraagde percentage over 1 jaar zal dus lager liggen dan het opgegeven percentage. Van 13 ziekenhuizen zijn de gegevens niet meegenomen in de analyse; 5 ziekenhuizen geven in hun toelichting aan dat de cijfers zijn gebaseerd op schattingen, 4 leveren cijfers over een aangepaste patiëntengroep en 4 hebben een steekproef uitgevoerd. De overige 18 ziekenhuizen leveren geen gegevens.

Figuur 3.2.8

Het percentage diabetespatiënten met een oogheelkundig onderzoek varieert van 25 tot 100 met een gemiddelde van 79. In 10 ziekenhuizen wordt een percentage van 100 genoemd. Vijf hiervan vermelden in hun toelichting dat volgens protocol alle diabetespatiënten een fundusscopie of fundusfotografie ondergaan en baseren hun gegevens zeer waarschijnlijk niet op een registratie.

Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid hun uitslagen toe te lichten; deze worden door de IGZ gebruikt ter beoordeling van de situatie in het betreffende ziekenhuis. Een goede toelichting kan voorkomen dat de inspectie aan het ziekenhuis vragen moet stellen omtrent de totstandkoming van hun uitslag. Voorbeelden van informatieve toelichtingen bij oogheelkundige controle bij diabetes patiënten zijn:

Bovengenoemd percentage geldt voor controle binnen het eerste jaar. Percentage van bij de internist bekende diabetespatiënten met tweejaarlijkse oogheelkundige controle is 94%.

De patiënten waarbij we niets konden terugvinden in de status hebben we gescoord als 'geen oogcontrole'. Dit hoeft echter niet zo te zijn, want patiënten bezoeken ook oogartsen buiten het ziekenhuis. Van de type I patiënten heeft 61,4% een oogheelkundige controle gehad (313 van de 510); van de type II is dat 70,4% (838 van de 1190).

Conclusies

- 1 Het merendeel van de ziekenhuizen (87%) vermeldt geïntegreerde diabeteszorg te verlenen.
- 2 De helft van de ziekenhuizen registreert op de juiste manier het effect van hun diabeteszorg; ongeveer de helft hiervan geeft een gemiddelde HbA1c-waarde apart voor diabetes type I en II.
- 3 De variatie in het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar is groot.
- 4 Minder dan driekwart van de ziekenhuizen registreert hoeveel procent van de diabetespopulatie een fundusscopie of fundusfotografie ondergaat.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen informatie over de beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg.
- 2 Het ziekenhuis geeft niet aan ook transmurale samenwerking rond diabeteszorg gerealiseerd te hebben.
- 3 Het ziekenhuis geeft geen, incomplete of onjuiste gegevens over het gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar.
- 4 Het ziekenhuis heeft een gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt van 1 of minder per jaar.
- 5 Het ziekenhuis geeft geen, incomplete of onjuiste gegevens over de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling.
- 6 Het ziekenhuis heeft een gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling van 8 of hoger óf lager dan 6,5.
- 7 Het ziekenhuis geeft geen, incomplete of onjuiste gegevens over het percentage bij de internist bekende diabetespatiënten die binnen een jaar een fundusscopie ondergaan, tenzij het ziekenhuis op een andere wijze aangeeft de effectiviteit van geïntegreerde diabeteszorg te evalueren.
- 8 Het percentage patiënten dat de oogarts bezoekt, is lager dan 40 procent of 98 procent of hoger.

III.3 Hartfalen

Beschikbare indicatoren

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

Relevante begrippen

Hartfalen Bij hartfalen is de pompkracht van het hart verminderd. Daardoor wordt de patiënt bij inspanning snel moe en kortademig. Hartfalen kan verschillende oorzaken hebben. Zo kan het 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 hart-ritmestoornissen kunnen hartfalen veroorzaken.

Hartfalenpolikliniek In 2002 is een richtlijn^[8] opgesteld met betrekking tot de diagnostiek, behandeling en zorg voor chronisch hartfalen. Deze richtlijn is gericht op een goede voorbereiding van ontslag uit het ziekenhuis, stabiliteit van de ingestelde therapie en voldoende (na)zorg na ontslag. De nazorg kan worden geoptimaliseerd door met behulp van protocollen, superviserende cardiologen en specifiek opgeleide verpleegkundigen een zogenoemde 'hartfalenpolikliniek' in te stellen. Uit de literatuur blijkt dat deze multidisciplinaire benadering leidt tot vermindering van de ziektelast, het aantal heropnames, uitstel van de eerste heropname en tot een verbetering van de kwaliteit van leven.

De onderstaande componenten horen een plek te krijgen in een hartfalenpoli.

A Nazorg

- Medische controle binnen 1 maand na ontslag.
- Huisbezoek door hartfalenverpleegkundige binnen 2 weken na ontslag.
- Vaste momenten van herevaluatie met de patiënt.
- Laagdrempelige mogelijkheid voor patiënt tot telefonisch contact met contactpersoon (=hartfalenverpleegkundige).

[8] Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen

ISBN 90-76906-57-2

© 2002, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

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

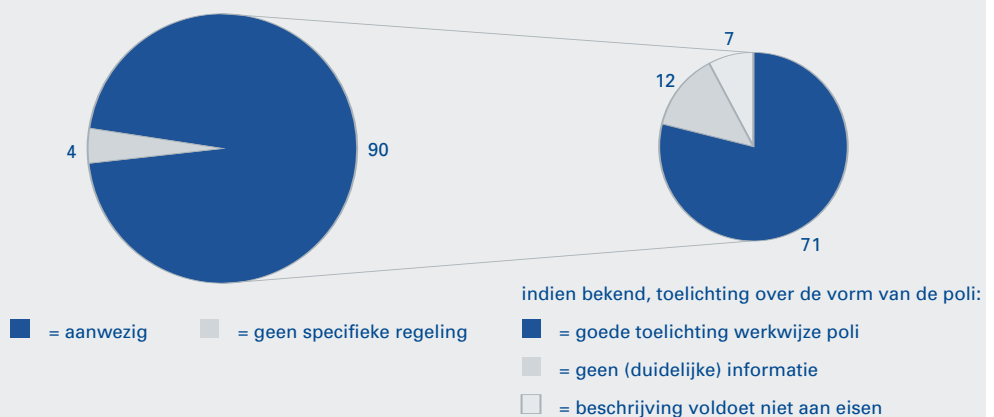
Ziekenhuisselectie

De gegevens over hartfalen hebben betrekking op 8 universitair medische centra en 86 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

Figuur 3.3.1

De beschikbaarheid van een hartfalenpolikliniek en de beschrijving van de vorm van de poli (n=94)



Figuur 3.3.1

Van de 94 ziekenhuizen geven 90 (96 procent) aan te beschikken over een hartfalenpolikliniek. Er zijn vier algemene ziekenhuizen die geen specifieke regeling hebben voor hartfalenpatiënten, maar deze hebben alle vier aangegeven in 2006 met een poli te starten. Voor 2005 zijn deze ziekenhuizen nog opgenomen als 'geen specifieke regeling'.

De invulling van een hartfalenpolikliniek verschilt sterk tussen ziekenhuizen. In de toelichting bij de Basisset 2005 werd een aantal componenten uit succesvolle zorgprogramma's genoemd. Aan de hand van de toelichting van de ziekenhuizen over de vormgeving van hun poli lijken 71 hartfalenpoli's de meeste van deze componenten een plek gegeven te hebben. In 7 ziekenhuizen voldoet de hartfalenpoli volgens de beschrijving slechts aan één of enkele componenten. Van 12 ziekenhuizen is uit de toelichting onvoldoende informatie over de inrichting van hun hartfalenpoli af te leiden.

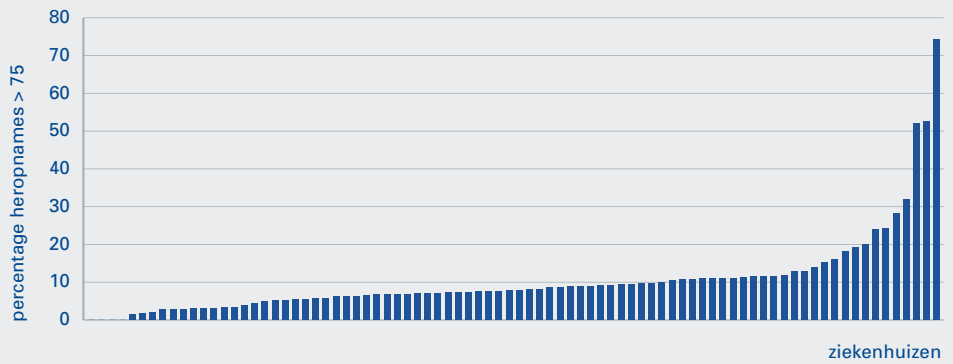
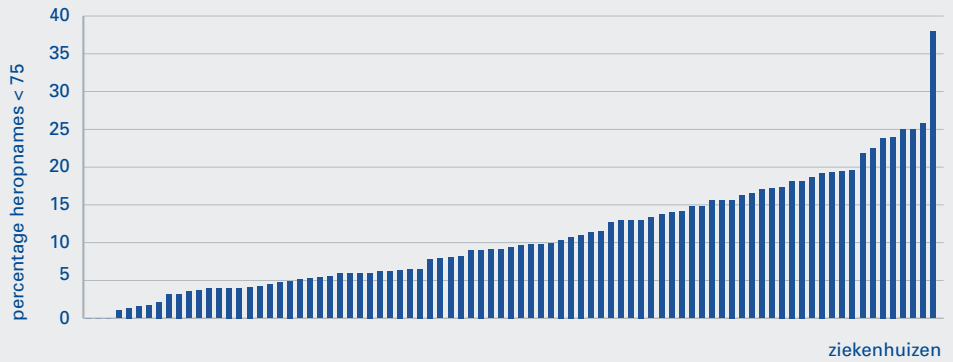
Van de genoemde componenten blijkt met name de transmurale begeleiding onvoldoende geregeld. In veel ziekenhuizen ontbreekt de mogelijkheid tot een huisbezoek van een hartfalenverpleegkundige en/of wordt de medische en verpleegkundige informatie niet aan de patiënt meegegeven in een ontslagbrief voor de huisarts.

Voorbeeld toelichting

De controle vindt plaats 3 weken na ontslag op het verpleegkundig spreekuur, er is een telefonisch spreekuur, patiënten zijn voorzien van informatie en telefoonnummers na ontslag en zijn geïnformeerd over signalen van verslechtering waarop ze actie kunnen ondernemen. De hartfalenverpleegkundige coördineert de zorg rondom de patiënt waarover een multidisciplinair overleg plaatsvindt waarbij de cardioloog de eindverantwoordelijke is omtrent het beleid.

Figuur 3.3.2a en 3.3.2b

Percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar oud (3.3.2a) en patiënten van 75 jaar en ouder (3.3.2b) (n=85)



Figuur 3.3.2

Van de 94 ziekenhuizen die patiënten behandelen voor hartfalen, geven 85 (90%) cijfers over het aantal keren dat deze patiënten binnen 12 weken na ontslag heropgenomen werden^[9]. Het aantal ziekenhuizen dat heropnames bij hartfalen patiënten monitort, is hiermee toegenomen van 30 procent in 2003 tot 60 procent in 2004 en 90 procent in 2005. Er zijn nog 4 ziekenhuizen die geen informatie kunnen leveren over het aantal heropnames.

In totaal werden in deze ziekenhuizen 20.490 patiënten met hartfalen opgenomen, van wie bijna 60 procent 75 jaar of ouder is. Ruim 10 procent van de patiënten is een of meer keren heropgenomen in verband met een toename van de klachten van hartfalen. Het aantal heropnames ten opzichte van het totaal aantal opnames voor hartfalen is bij de jongere patiënten hoger (996/8.450, 11,8%) dan bij patiënten van 75 jaar en ouder (1.167/12.040, 9,7%). De spreiding tussen ziekenhuizen is groot, het percentage heropnames varieert van 0 tot 38 procent voor patiënten jonger dan 75 jaar (gemiddelde=10,5 procent en mediaan 9,1 procent) en van 0 tot 74 procent bij patiënten van 75 jaar en ouder (gemiddelde=10,6 procent en mediaan 8,0 procent).

De drie ziekenhuizen met hoge percentages heropnames bij patiënten van 75 jaar en ouder, geven geen toelichting bij hun cijfers.

Uit de toelichting van de ziekenhuizen bij de cijfers kan afgeleid worden dat de vergelijkbaarheid van de percentages heropnames onder andere beïnvloed wordt door:

- Een verschil in patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld door alleen patiënten met hartfalen als hoofddiagnose mee te tellen in plaats van alle patiënten met hartfalen als hoofd- of als nevendiaagnose.
- Een verschil in wijze van tellen van heropnames, bijvoorbeeld door het tellen van patiënten in plaats van opnames, waardoor een enkele patiënt die meerdere keren heropgenomen wordt slechts een keer telt.
- Een verschil in de periode waarin gemeten wordt, bijvoorbeeld doordat het ene ziekenhuis de 12 weken na het registratiejaar neemt en een ander ziekenhuis 12 weken terugkijkt aan het begin van het verslagjaar.

In de Basisset 2006 is de definitie van heropname bij hartfalen aangepast.

[9] Het Mesos Medisch Centrum gaf bij het aantal heropnames voor hartfalen voor patiënten jonger dan 75 jaar zo onwaarschijnlijk hoge getallen op, dat hier

waarschijnlijk een fout gemaakt is. Dit ziekenhuis is daarom niet meegenomen in figuur 3.3.2a en 3.3.2 b.

Conclusies

- 1 De beschikbaarheid van een geïntegreerde hartfalenpolikliniek is ten opzichte van 2003 toegenomen (toename 12 procent). De laatste vier ziekenhuizen die nog geen hartfalenpolikliniek hebben, kondigen aan met deze poli in 2006 te starten.
- 2 Bijna drie kwart van de hartfalenpoliklinieken zijn vormgegeven met (de meeste van) de in de inleiding genoemde succesvolle componenten. De transmurale begeleiding van hartfalenpatiënten blijkt relatief onvoldoende goed geregeld.
- 3 Net als in 2004 is de beschikbaarheid van gegevens over heropnames binnen 12 weken na ontslag van patiënten met hartfalen toegenomen met bijna 50 procent. 85 van de 94 ziekenhuizen die hartfalen patiënten behandelen kunnen cijfers over heropnames leveren.
- 4 Het percentage heropnames in de groep jonger dan 75 jaar is vrijwel gelijk aan dat in de groep van 75 jaar en ouder (gemiddeld 10,5 procent en mediaan 9,1 procent tegenover 10,6 procent en mediaan 8,0 procent).

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over de (vorm van de) hartfalenpolikliniek.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het percentage heropnames.
- 3 Het aantal heropnames ligt op 0 procent bij alle leeftijden.
- 4 Het aantal heropnames ligt boven de 20 procent bij patiënten jonger dan 75 jaar en boven de 20 procent bij patiënten van 75 jaar en ouder.
- 5 Het ziekenhuis geeft een onwaarschijnlijk hoog aantal patiënten op.

III.4 Sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct (AMI)

Beschikbare indicatoren

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

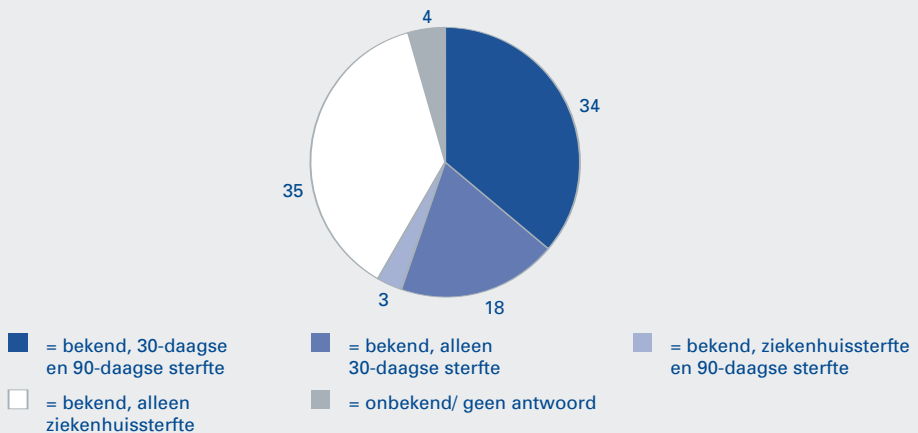
Relevante begrippen

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

Resultaten

Figuur 3.4.1

Beschikbaarheid van gegevens over sterfte na opname voor een AMI (n=94).



Figuur 3.4.1

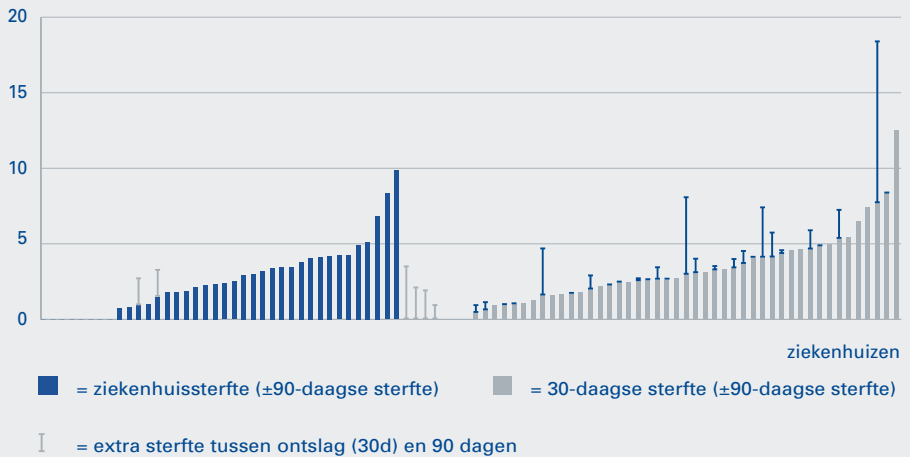
De sterftcijfers voor patiënten met een acuut myocardinfarct (AMI) zijn bekend in 90 (96%) ziekenhuizen. Vier ziekenhuizen geven geen cijfers over de sterfte na opname voor een AMI. Dit is beduidend minder dan in 2004, toen nog een kwart van de ziekenhuizen aangaf niet over deze gegevens te beschikken.

Van de 90 ziekenhuizen die cijfers rapporteren, geven 34 (38%) gegevens over zowel de 30-daagse sterfte als de 90-daagse sterfte na opname voor een AMI. In 18 ziekenhuizen (20%) is alleen de 30-daagse sterfte bekend. Mogelijk betreft dit in werkelijkheid de ziekenhuissterfte. In de toelichting geven deze 18 ziekenhuizen enerzijds niet aan op welke wijze de sterfte na ontslag uit het ziekenhuis is achterhaald en anderzijds ontbreekt de (facultatieve) sterfte bij 90 dagen. In 35 ziekenhuizen (39%) is alleen de ziekenhuissterfte bekend. Drie ziekenhuizen geven naast de ziekenhuissterfte ook de 90-daagse-sterfte, maar vermelden de sterfte binnen 30 dagen niet.

In de 90 ziekenhuizen die cijfers rapporteren, zijn in totaal 23.194 patiënten met een AMI opgenomen, van wie ruim de helft (55%) 65 jaar of ouder is. De totale sterfte kort na een hartinfarct, namelijk binnen 30 dagen of in het ziekenhuis, was 1.758 (7.6%). De 30-daagse sterfte en de ziekenhuissterfte zijn, hoewel afkomstig uit verschillende ziekenhuizen, vergelijkbaar.

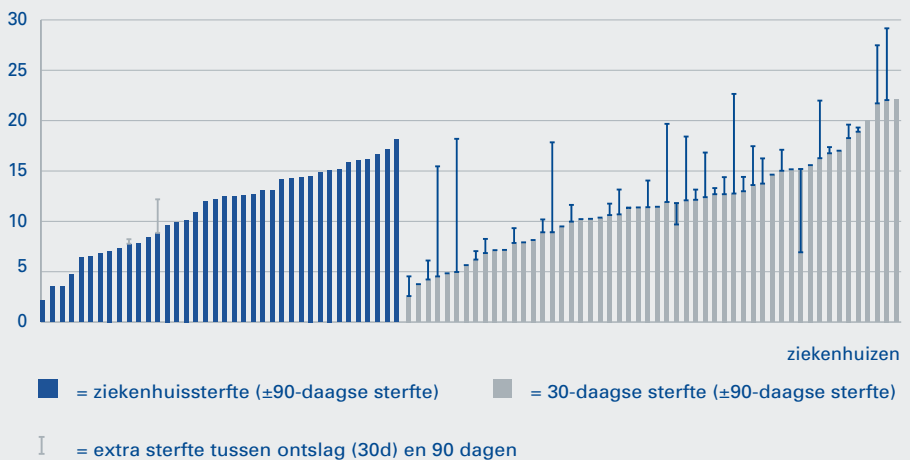
Figuur 3.4.2

Ziekenhuissterfte (n=38) en sterfte binnen 30 dagen (n=52) na opname voor een AMI bij patiënten jonger dan 65 jaar; sterfte binnen 90 dagen (n=37) is daar waar de gegevens beschikbaar zijn meegeteld



Figuur 3.4.3

Ziekenhuissterfte (n=38) en sterfte binnen 30 dagen (n=52) na opname voor een AMI bij patiënten van 65 jaar en ouder; sterfte binnen 90 dagen (n=37) is daar waar de gegevens beschikbaar zijn meegeteld



Figuur 3.4.2

In de 52 ziekenhuizen die de 30-daagse sterfte rapporteren zijn 6.434 patiënten jonger dan 65 jaar met een AMI opgenomen, van wie 185 (2,9%) zijn overleden. Bij deze patiënten varieert de sterfte binnen 30 dagen van 0 tot 12,5 procent. In 7 ziekenhuizen werden in deze leeftijdscategorie geen overleden patiënten geregistreerd, op een totaal van 306 opnamen na AMI.

In de 38 ziekenhuizen die aangeven dat ze niet beschikken over betrouwbare cijfers over de 30-daagse sterfte is wel de ziekenhuissterfte bekend. In deze ziekenhuizen zijn 3.867 patiënten jonger dan 65 jaar als gevolg van een AMI opgenomen, van wie 110 (2,8%) zijn overleden. De ziekenhuissterfte varieert bij patiënten jonger dan 65 jaar met AMI van 0 tot 9,9 procent. In 8 ziekenhuizen werden in deze leeftijdscategorie geen overleden patiënten geregistreerd, op een totaal van 356 opnamen na een AMI. Van de 90 ziekenhuizen registreren 37 (41%) de sterfte in de eerste 3 maanden na opname voor een AMI. In deze ziekenhuizen zijn 5.437 patiënten jonger dan 65 jaar met een AMI opgenomen, van wie 187 (3,4%) zijn overleden. De sterfte in de eerste 3 maanden na opname voor een AMI (90-daagse sterfte) varieert bij patiënten jonger dan 65 jaar van 0 tot 18,5 procent. In 3 ziekenhuizen werden in deze leeftijdscategorie geen overleden patiënten geregistreerd, op een totaal van 178 opnamen na AMI.

Figuur 3.4.3

Zoals verwacht is de sterfte bij ouderen hoger. Van de 7.592 patiënten van 65 jaar en ouder zijn er 851 (11%) binnen 30 dagen overleden. Voor deze patiënten varieert het percentage sterfte van 2,5 tot 22,1 procent.

In de 38 ziekenhuizen die aangeven dat ze niet beschikken over betrouwbare cijfers over de 30-daagse sterfte, is wel de ziekenhuissterfte bekend. Van de 4.991 patiënten van 65 jaar en ouder zijn 604 patiënten (12%) in het ziekenhuis overleden. Voor patiënten van 65 jaar en ouder varieert het percentage sterfte tussen de 2,2 en 18,2 procent. Van de 90 ziekenhuizen registreren 37 (41%) de sterfte in de eerste 3 maanden na opname voor een AMI. Voor patiënten van 65 jaar en ouder varieert het percentage sterfte van 4,6 tot 29,3 procent. Van de 7.152 patiënten van 65 jaar en ouder zijn 965 patiënten (13,5%) in het ziekenhuis overleden.

Uit de toelichtingen die bij deze sterftecijfers worden gegeven, blijkt dat het verschil tussen ziekenhuizen gedeeltelijk te verklaren is door het al dan niet registreren van patiënten die zijn doorverwezen naar een ander ziekenhuis, bijvoorbeeld als zij in aanmerking komen voor een Percutane Coronaire Interventie (PCI). Als in de toelichting de cijfers inclusief PCI staan vermeld, zijn deze cijfers gebruikt voor de analyse.

Daarnaast gaat het 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.

Enkele ziekenhuizen hebben hun cijfers gegeven inclusief de patiënten die bij binnenkomst zijn overleden. Het sterftepercentage van deze ziekenhuizen ligt daardoor hoger dan in andere populaties. In 2006 is dit meegenomen als exclusie criterium in de basisset.

Conclusies

- 1 Bijna alle ziekenhuizen hebben cijfers beschikbaar over sterfte na opname voor een AMI.
- 2 De 30-daagse sterfte, ziekenhuissterfte en 90-daagse sterfte van patiënten van 65 jaar en ouder is 4 maal zo hoog als die van patiënten jonger dan 65 jaar.
- 3 De sterfte na opname voor een AMI varieert sterk tussen ziekenhuizen. Een deel van die variatie zou verklaard kunnen worden door het al dan niet opnemen van voor PCI overgeplaatste patiënten.
- 4 De gegevens over de sterfte in de eerste drie maanden na opname voor een AMI blijken moeilijk beschikbaar. Naar verwachting maakt de invoering van het Burger Service Nummer dit in de toekomst wel mogelijk.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over sterfte na een AMI.
- 2 De 30-daagse sterfte bij patiënten jonger dan 65 jaar is hoger dan 5 procent of lager dan 1 procent.
- 3 De ziekenhuissterfte bij patiënten jonger dan 65 jaar is hoger dan 5 procent of lager dan 1,5 procent.
- 4 De 30-daagse sterfte bij patiënten van 65 jaar en ouder is hoger dan 17,5 procent of lager dan 5 procent.
- 5 De ziekenhuissterfte bij patiënten van 65 jaar en ouder is hoger dan 16 procent of lager dan 15 procent.

III.5 Cerebrovasculair accident (CVA)

Beschikbare indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Ziekenhuisselectie

De gegevens over CVA hebben betrekking op 8 universitaire centra en 86 algemene ziekenhuizen.

Resultaten

Van de 94 ziekenhuizen geven 93 (99%) aan in 2005 te beschikken over een stroke service en stroke unit. Eén ziekenhuis meldt dat hun stroke service medio 2006 operationeel zal zijn. Twee ziekenhuizen geven in de toelichting aan dat de stroke unit onderdeel is van de stroke service.

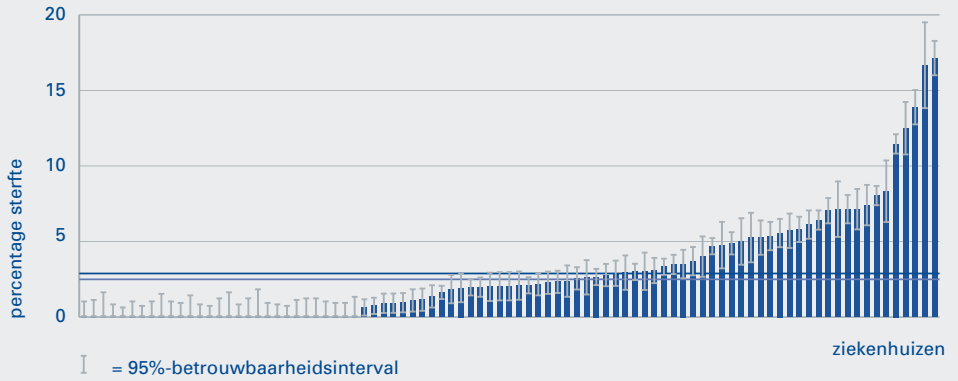
De organisatie van de acute opvang speelt bij de uitkomst na een hersenbloeding of -infarct (CVA) een grote rol.

Bij opname op een stroke unit is de kans op overlijden kleiner dan bij opname op een neurologische of algemene interne afdeling.

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

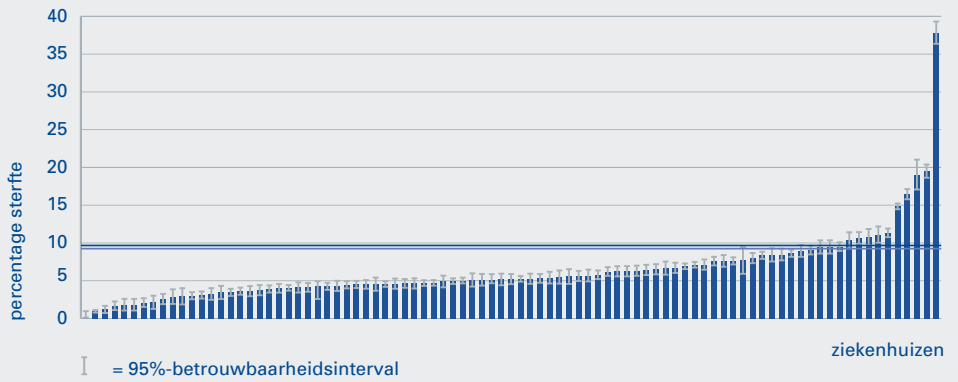
Figuur 3.5.1a

Percentage sterfte na ischemisch CVA van patiënten jonger dan 65 jaar (n=89)

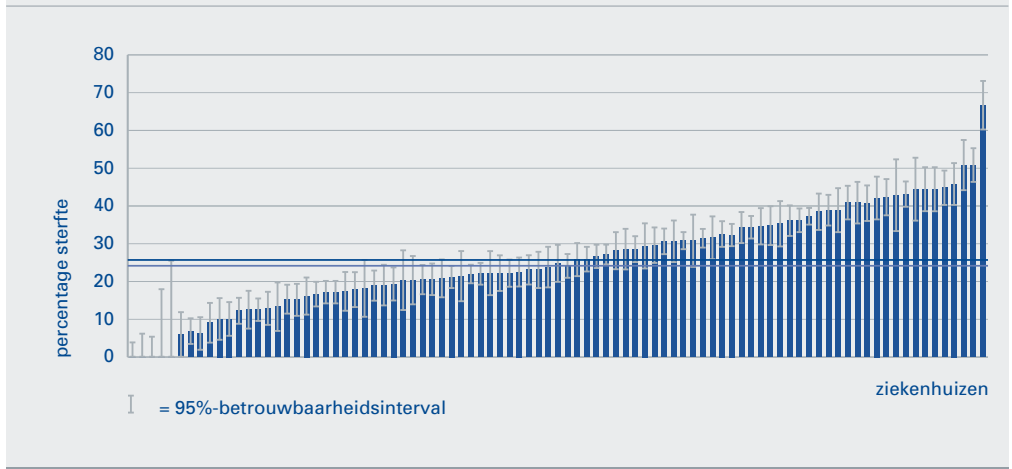


Figuur 3.5.1b

Percentage sterfte na ischemisch CVA van patiënten van 65 jaar en ouder (n=89)



Figuur 3.5.1c

Percentage sterfte na hemorrhagisch CVA van patiënten van 65 jaar en ouder (n=89)

Ziekenhuizen hebben in 2005 meer inzicht in de sterftcijfers bij het CVA dan in 2004. Het aantal ziekenhuizen dat de complete en juiste cijfers over patiënten met een CVA en de daaraan gerelateerde sterfte meldt, is 89 (95%) en is daarmee met eenderde gestegen ten opzichte van 2004. Deze 89 ziekenhuizen publiceren de sterfte uitgesplitst naar leeftijd (jonger dan 65 jaar of 65 jaar en ouder) en naar soort CVA (ischemisch of hemorrhagisch). Bij 4 ziekenhuizen is het percentage sterfte na een CVA onbekend. Van 1 ziekenhuis worden de gegevens buiten beschouwing gelaten, omdat er geen onderscheid wordt gemaakt in soort CVA.

Figuur 3.5.1

In 89 ziekenhuizen zijn in totaal 25.759 patiënten met een CVA opgenomen, waarvan 8 procent (n=1997) is overleden. In de meeste gevallen (84%) gaat het om een verstopping van een bloedvat en bijna driekwart van de patiënten is 65 jaar of ouder. In de Landelijke Medische Registratie^[10] is het totaal aantal patiënten opgenomen in 2005 met een CVA 28.415. Het verschil van 2.656 patiënten kan deels verklaard worden door de ontbrekende cijfers van de ziekenhuizen die geen gegevens hebben aangeleverd.

Ruim 80 procent van de patiënten (n=21.610) heeft een ischemisch CVA. Bij deze groep is de sterfte naar verhouding laag (5%). Voor patiënten met een ischemisch CVA jonger dan 65 jaar varieert dit van 0 tot 17 met een gemiddelde sterfte van 2,7 (fig. 3.5.1a). 29 ziekenhuizen rapporteren geen overleden patiënten jonger dan 65 jaar met ischemisch CVA op een totaal van 1323 opgenomen patiënten.

Voor de patiënten van 65 jaar en ouder ligt de sterfte hoger en varieert van 0 tot 38 procent met een gemiddelde van 5.6 (fig. 3.5.1b). Eén ziekenhuis registreert geen overleden patiënten van 65 jaar en ouder met een ischemisch CVA op een totaal van 71 opgenomen patiënten.

Het percentage sterfte bij de 4.149 patiënten met een hemorrhagisch CVA is met 23 procent beduidend hoger dan bij de patiënten met een ischemisch CVA. Bij de 3.081 patiënten van 65 jaar en ouder varieert de sterfte van 0 tot 68 procent met een gemiddelde van 25,8 (fig. 3.5.1c). Vijf ziekenhuizen rapporteren bij deze groep geen overleden patiënten. Het gaat hier in totaal om 79 patiënten.

Bij de 1.068 patiënten jonger dan 65 jaar met een hemorrhagisch CVA varieert de sterfte van 0 tot 37 met een gemiddelde van 14,8. In deze kleine patiëntengroep met een hoge kans op overlijden kunnen sterftcijfers per jaar sterk variëren. Zo is in een ziekenhuis met 1 patiënt de sterfte 0 of 100 procent afhankelijk van het overlijden of in leven blijven van die ene patiënt. 25 ziekenhuizen melden dat geen van hun patiënten jonger dan 65 jaar met een hemorrhagisch infarct is overleden, op een totaal van 177 patiënten. Vanwege dit kleine aantal patiënten per ziekenhuis (gemiddeld 12 patiënten) zijn de cijfers niet interpreteerbaar en is ervoor gekozen om deze gegevens dit jaar niet te publiceren.

[10] Bron: www.prismant.nl

Conclusies

- 1 In Nederland is geïntegreerde zorg voor patiënten met een CVA inmiddels volledig ingeburgerd; op een na melden alle ziekenhuizen de aanwezigheid van een stroke service en stroke unit.
- 2 Bijna alle ziekenhuizen hebben cijfers over patiënten met een CVA en de daaraan gerelateerde sterfte (95%); de IGZ beschouwt het registreren van deze gegevens dan ook als veldnorm.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de beschikbaarheid van een stroke service of stroke unit, tenzij dit regionaal op andere wijze geregeld is.
- 2 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de sterfte van patiënten met een CVA.
- 3 Het ziekenhuis geeft aan geen onderscheid te kunnen maken tussen een ischemisch en een hemorrhagisch CVA.
- 4 De totale sterfte gecorrigeerd voor patiëntenkenmerken (leeftijd en soort CVA) is significant hoger of lager dan verwacht.

III.6 Heupfractuur

Beschikbare indicatoren

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

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

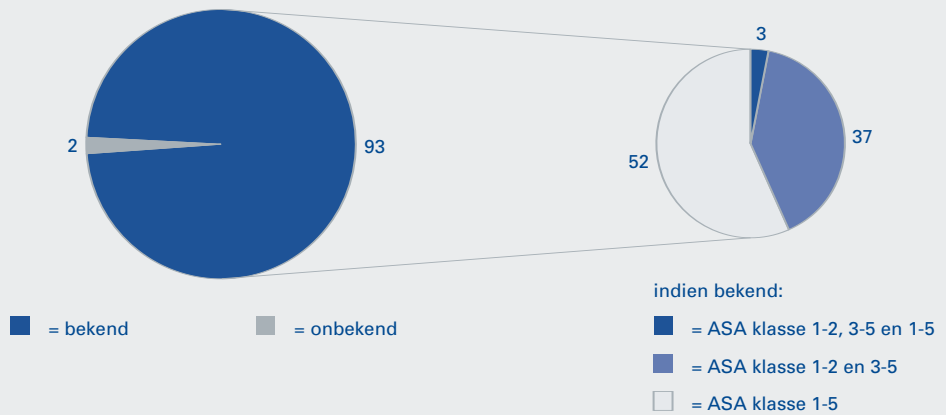
Ziekenhuisselectie

De gegevens over de heupfractuur hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Figuur 3.6.1

Beschikbaarheid gegevens over patiënten met heupfractuur die binnen 1 kalenderdag na opname zijn geopereerd (n=95). Van de groep ziekenhuizen met aangeleverde gegevens wordt weergegeven of onderscheid gemaakt wordt in ASA-klasse (n=92); één ziekenhuis is buiten beschouwing gelaten vanwege een onjuistheid in de cijfers.



Figuur 3.6.1

In 92 van de 95 ziekenhuizen (97%) is bekend welk percentage patiënten met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd. Dit is beduidend meer dan in 2004, toen 85 procent van de ziekenhuizen aangaf te beschikken over deze gegevens. Van 1 ziekenhuis zijn de gegevens buiten beschouwing gelaten vanwege een onjuistheid in de cijfers.

Ook de onderverdeling naar ASA-klasse blijkt dit jaar bij meer ziekenhuizen bekend te zijn. Bijna de helft van de ziekenhuizen (43%) geeft aan dit onderscheid te kunnen maken; dit was in 2004 nog 27 procent. Van deze ziekenhuizen geven 3 aan, naast de patiënten met een bekende ASA-klasse, ook een groep patiënten meegenomen te hebben waarvan de ASA-klasse onbekend is. Deze ziekenhuizen zijn dan ook opgenomen in zowel figuur 3.6.2 als figuur 3.6.3. Bij 52 ziekenhuizen (56%) kan dit onderscheid niet gemaakt worden.

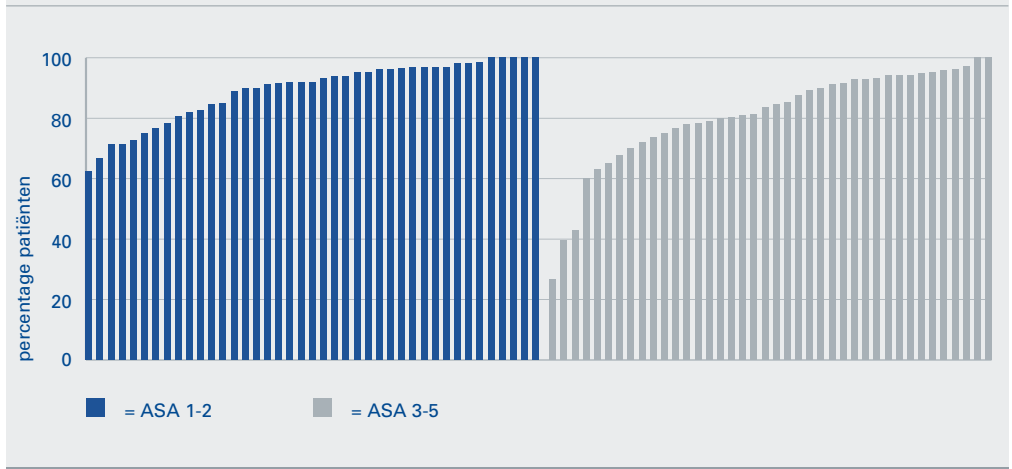
Binnen de wetenschappelijke vereniging wordt nog gediscussieerd over de vraag of de ASA-klasse noodzakelijk is voor deze indicator of dat een leeftijds criterium voldoende is. Tot consensus bereikt is, blijft de indeling in ASA-klasse gehandhaafd.

Uit de toelichting blijkt dat sommige ziekenhuizen over 24 uur spreken, anderen over 1 dag. Het is mogelijk dat de termijn van 1 kalenderdag niet altijd even strak aangehouden wordt.

Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat bij een heupfractuur soms een conservatieve behandeling plaatsvindt in plaats van een operatie. Wanneer deze patiënten meegenomen worden in de registratie, is het niet mogelijk 100% van de patiënten binnen 1 kalenderdag te opereren.

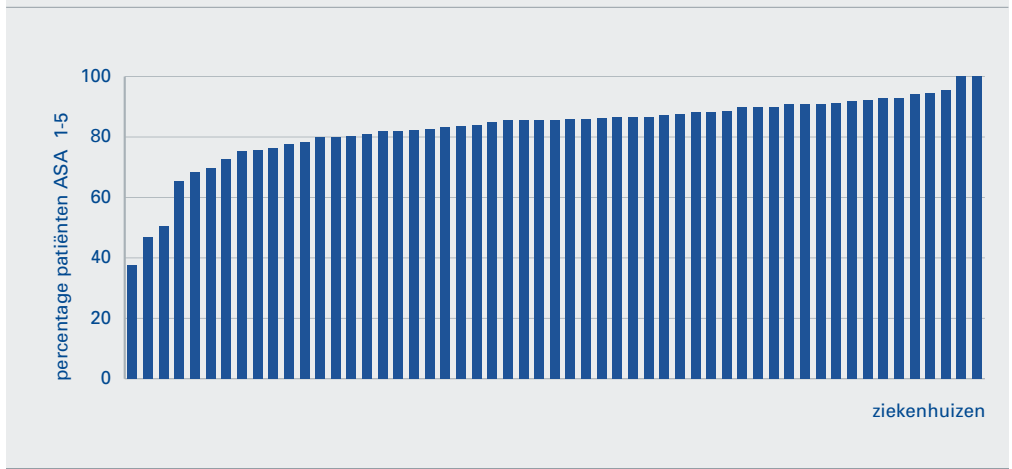
Figuur 3.6.2

Percentage patiënten met heupfractuur dat binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd, onderverdeeld naar ASA-klasse 1-2 en 3-5 (n=40)



Figuur 3.6.3

Percentage patiënten met heupfractuur dat binnen 1 kalenderdag na opname is geopereerd, waarbij geen onderscheid gemaakt wordt in ASA-klasse (n=55)



In de 92 ziekenhuizen die gegevens aanleveren, zijn in totaal 13.534 patiënten met een heupfractuur geregistreerd. Hiervan zijn 2.622 patiënten met weinig bijkomende klachten (ASA-klasse 1-2), 2.554 patiënten met een minder goede of slechte conditie (ASA-klasse 3-5) en 8.358 patiënten waarbij de pre-operatieve conditie niet opgegeven is (ASA-klasse 1-5).

Figuur 3.6.2

Zoals verwacht worden meer patiënten met weinig bijkomende klachten binnen 1 kalenderdag geopereerd dan patiënten met een minder goede of slechte conditie. Van de patiënten met een ASA-klasse 1-2 wordt gemiddeld 89,2 procent (mediaan 91,9%) binnen 1 kalenderdag geopereerd en het percentage varieert van 62,4 tot 100. Bij patiënten met een ASA-klasse 3-5 is het verschil tussen ziekenhuizen veel groter. Het percentage varieert hierbij van 26,7 tot 100 procent met een gemiddelde van 80,8 procent (mediaan 84,1%). 2 van deze 40 ziekenhuizen (5%) geven aan alle patiënten met ASA-klasse 1-2 én ASA-klasse 3-5 binnen 1 kalenderdag te opereren.

Figuur 3.6.3

Ook het verschil tussen de 52 ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in ASA-klasse en de 3 ziekenhuizen die niet van alle patiënten de ASA-klasse konden geven, is groot en varieert van 24,5 tot 100 procent. Gemiddeld wordt 82,1 procent (mediaan 85,7%) van deze patiënten met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd. 2 van de 55 ziekenhuizen (4%) geven aan alle patiënten met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag te opereren.

Het is bekend dat een zo kort mogelijk tijdsverloop tussen het ongeval en de (operatieve) correctie van de heupfractuur bevorderlijk is voor een goed herstel. Maar ook dat een zorgvuldige voorbereiding van een operatie, spoedig herstel bevordert. Dit zijn twee van de klippen waartussen de behandelende artsen moeten varen om patiënten zo goed mogelijke zorg te verlenen. De slechte toestand waarin een patiënt soms binnenkomt, is een van de redenen waarom deze indicator niet bij voorbaat op 100 procent van de patiënten uit zal komen. Veel ziekenhuizen wijzen daar terecht op.

Dit neemt niet weg dat in enkele ziekenhuizen een groot deel van de patiënten langer dan 1 kalenderdag op een operatie moet wachten. Nader onderzoek naar bijvoorbeeld logistieke barrières en daaropvolgende verbeteracties kunnen bijdragen aan een effectievere en patiëntvriendelijkere zorg in deze ziekenhuizen.

Conclusies

- 1 Het aantal ziekenhuizen dat gegevens aanlevert over het tijdsverloop tussen opname en operatie bij ouderen met een heupfractuur is toegenomen van 85 procent in 2004 naar 98 procent in 2005.
- 2 Iets minder dan de helft van de ziekenhuizen (44%) maken in hun registraties onderscheid tussen ASA-klasse 1-2 en 3-5.
- 3 Gemiddeld worden meer patiënten met weinig bijkomende klachten binnen 1 kalenderdag geopereerd dan de patiënten met mindere of slechte conditie. Ook is de spreiding tussen de ziekenhuizen van de eerste groep patiënten veel kleiner dan die van de groep patiënten in een hoge ASA-klasse.
- 4 Bij de ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in ASA-klasse is de spreiding van het percentage operaties binnen 1 kalenderdag groot. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat bij deze ziekenhuizen meer patiënten met ASA-klasse 3-5 worden geregistreerd, maar dit wordt in de toelichting zelden genoemd.
- 5 Zowel de hoge als de lage percentages vragen om een nadere verklaring.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens verstrekt over deze indicator.
- 2 Het percentage patiënten dat binnen 1 kalenderdag wordt geopereerd is in vergelijking met andere ziekenhuizen laag (lager dan 70 procent voor ASA 1-2 en lager dan 65 procent voor ASA 3-5, of lager dan 70 procent voor ASA 1-5)
- 3 Het percentage patiënten dat binnen 1 kalenderdag wordt geopereerd is opvallend hoog (hoger dan 98 procent voor ASA 1-2 én ASA 3-5 of hoger dan 98 procent voor ASA 1-5)

III.7 Mammatumor

Beschikbare indicatoren

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

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

Ziekenhuisselectie

De gegevens over de diagnostiek en behandeling van patiënten met verdenking op borstkanker hebben betrekking op 8 universitair medische centra, 86 algemene ziekenhuizen en 1 categoriaal ziekenhuis.

Resultaten

Op de vraag of de ziekenhuizen over een mammapolikliniek beschikken, zegt één ziekenhuis hiermee in januari 2006 te zijn gestart. Alle overige ziekenhuizen (94) geven aan dat ze over een mammapolikliniek beschikken.

Vrijwel alle ziekenhuizen (96%) geven aan dat bekend is welk percentage van de patiënten binnen 5 werkdagen na het eerste consult voor een mammatumor weet of het om een goedaardige of kwaadaardige tumor gaat. Vier ziekenhuizen mét een mammapolikliniek geven aan dat het percentage 'patiënten met een uitslag binnen 5 dagen' onbekend is.

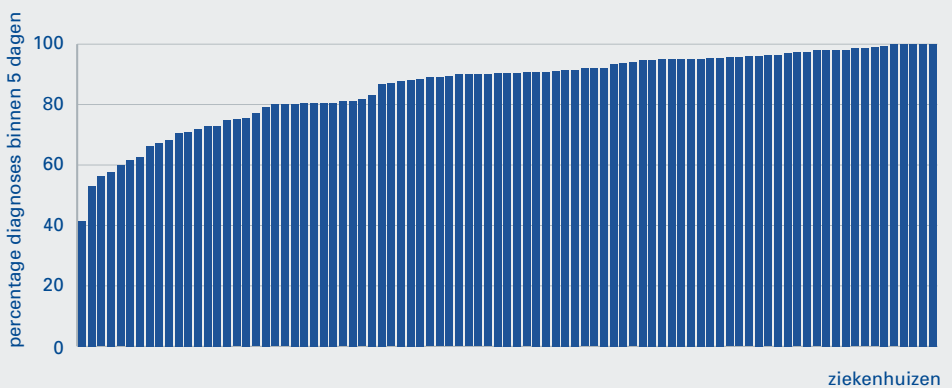
Van de 90 ziekenhuizen die aangeven dat de uitslag binnen 5 dagen bekend is, geven 89 ook cijfers. Het ziekenhuis dat geen cijfers geeft, vermeldt in haar toelichting wel een percentage dat gebaseerd is op een schatting. De aantallen die bij dit percentage horen zijn echter niet herleidbaar en zijn daarom niet opgenomen in de resultaten.

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

Een andere winst van een mammapolikliniek is dat het merendeel van de patiënten binnen 5 dagen verteld kan worden of het om een goedaardige of kwaadaardige aandoening gaat. Bij een klein deel van de patiënten is de aandoening zo complex dat uitgebreidere diagnostiek noodzakelijk is en de uitslag langer op zich laat wachten. Dat betekent dat een uitslag binnen 5 dagen niet bij 100% van de patiënten binnen het bereik ligt.

Figuur 3.7.1

Percentage patiënten met verdenking op borstkanker bij wie de diagnose binnen 5 dagen bekend is (n=89)



Figuur 3.7.1

In de 89 ziekenhuizen die zowel het totale aantal patiënten als het aantal patiënten met een tijdige diagnose noemen, krijgt gemiddeld 86 procent van de bijna 39.000 onderzochte patiënten binnen 5 dagen te horen of de diagnose goedaardig of kwaadaardig is. Het percentage patiënten met een tijdige diagnose in deze ziekenhuizen varieert van 41 tot 100 procent. Wanneer de diagnose niet binnen 5 dagen gesteld kan worden, is dit meestal het gevolg van noodzakelijk vervolgonderzoek.

Het percentage patiënten met een tijdige diagnose geeft ziekenhuizen inzicht in de mate waarin het diagnostisch traject bij verdenking op borstkanker adequaat is geregeld. Er blijken verschillende interpretaties te zijn van hetgeen geldt als 'binnen 5 dagen de diagnose benigne of maligne'. Op grond van tenminste één van deze interpretaties zou het onmogelijk moeten zijn om een 100% score binnen 5 dagen te bereiken. Waar in 2004 13 van de 71 ziekenhuizen (18%) vermeldden dat bij alle patiënten, conform het protocol, een diagnose binnen 5 dagen mogelijk was, zijn dat in 2005 nog slechts 4 van de 89 (4,5%) van de ziekenhuizen. Dit gegeven wijst erop dat ziekenhuizen zorgvuldiger registreren. Uit de toelichting van twee van deze vier ziekenhuizen blijkt bovendien dat zij de patiënten die vervolgonderzoek moeten ondergaan niet meerekenen in het opgegeven percentage. Het werkelijke percentage patiënten dat in deze ziekenhuizen een definitieve diagnose binnen 5 dagen te horen krijgt, ligt dus lager dan 100 procent (zie tekstkader).

De gegevens van de ziekenhuizen zijn niet volledig vergelijkbaar. Er bestaat bijvoorbeeld verwarring over de start van de diagnosetermijn en over het eindpunt hiervan en over de inclusie- en exclusiecriteria van de patiëntenpopulatie. Als gevolg hiervan wordt de noemer, het totaal aantal patiënten dat een eerste consult heeft gehad in het ziekenhuis voor diagnostiek naar een mammatumour, door de ziekenhuizen op verschillende wijze geconstrueerd.

Om te komen tot een meer betrouwbaar diagnosepercentage wordt de definitie van de diagnosetermijn vanaf 2007 aangescherpt. In overleg met de wetenschappelijke vereniging wordt een eenduidige definitie van het begrip 'eerste consult' opgesteld. Hierbij wordt afgesproken of het eerste bezoek aan de radioloog en de door de huisarts zelf aangevraagde mammografieën hieronder vallen, omdat een deskundig radioloog die klinisch voldoende georiënteerd is de beoordeling goed kan uitvoeren; Óf dat pas sprake is van een eerste consult wanneer sprake is van een bezoek aan de chirurg en/of mammapolikliniek en hiermee de specifieke tripliediagnostiek gemoeid is. Ook het begrip 'definitieve diagnose' behoeft nadere omschrijving. Zo wordt de diagnose pas definitief na een eventueel noodzakelijke MRI of stereotactische bipten. Vanaf 2007 zullen deze definities in aangescherpte vorm gehanteerd worden.

Conclusies

- 1 Vanaf 2006 beschikken alle ziekenhuizen over een mammapolikliniek.
- 2 Vrijwel alle mammapoliklinieken (96%) hebben gegevens om vast te stellen of het doel ‘binnen een bepaalde tijd afwerken van een gecoördineerd diagnostisch programma en het meedelen van een diagnose benigne / maligne’ bereikt wordt.
- 3 De registratie van de gegevens met betrekking tot ‘diagnose binnen 5 dagen’ is in 2005 aanzienlijk zorgvuldiger uitgevoerd dan in voorgaande jaren.
- 4 In samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen wordt de omschrijving van het eindpunt, meedelen diagnose ‘benigne’ of ‘maligne’, aangescherpt.
- 5 In samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen wordt de omschrijving van de noemer, het aantal patiënten dat een eerste consult heeft gehad in het ziekenhuis voor *diagnostiek naar een mammatumor* aangescherpt.

Reactie inspectie

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

- 1 Het ziekenhuis geeft geen antwoord op de vraag of er een mammapolikliniek is.
- 2 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over het aantal patiënten met een diagnose binnen 5 dagen.
- 3 Het ziekenhuis geeft aan dat alle patiënten zonder uitzondering binnen 5 dagen een diagnose hebben.
- 4 Het ziekenhuis geeft aan dat minder dan 65 procent van de patiënten binnen 5 dagen een diagnose heeft.

BIJLAGE 1 Literatuuroverzicht

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

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

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

Inspectie vraagt om uitkomstindicatoren

J.H. Kingma

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

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

Het toezicht

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

Jaarboek Medisch Specialistische Zorg 2005, p. 73

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

Het resultaat telt 2004: prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

VWS/Inspectie voor de Gezondheidszorg

BIJLAGE 2 Lijst van ziekenhuizen

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

Groene Hart Ziekenhuis
Bleulandweg 10
2803 HH Gouda

HagaZiekenhuis locatie Juliana Kinderziekenhuis
Sportlaan 600
2566 MJ Den Haag

HagaZiekenhuis locatie Leyenburg
Leyweg 275
2545 CH Den Haag

HagaZiekenhuis locatie Rode Kruis
Sportlaan 600
2566 MJ Den Haag

Hofpoort Ziekenhuis
Polanerbaan 2
3447 GN Woerden

IJsselland Ziekenhuis
Prins Constantijnweg 2
2906 ZC Capelle aan den IJssel

IJsselmeerziekenhuizen
Ziekenhuisweg 100
8233 AA Lelystad/Emmeloord

Ikazia Ziekenhuis
Montessoriweg 1
3083 AN Rotterdam

Isala klinieken
Groot Wezenland 20
8011 JW Zwolle

Jeroen Bosch Ziekenhuis
Nieuwstraat 34/Deutersestraat 2
5211 NL Den Bosch

Kennemer Gasthuis
Velsierstraat 19
2023 EA Haarlem

Laurentius Ziekenhuis
Mgr Driessenstraat 6
6043 CV Roermond

LUMC
Albinusdreef 2
2300 RC Leiden

Maasziekenhuis Pantein
Loerangelsestraat 1
5831 HA Boxmeer

Martini Ziekenhuis
Van Ketwich Verschuurlaan 92
9721 SW Groningen

Máxima Medisch Centrum
De Run 4600
5504 DB Veldhoven/Eindhoven

Meander Medisch Centrum
Postbus 1502
3800 BM Amersfoort/Baarn

Medisch Centrum Haaglanden locatie Antoniushove
Burgemeester Banninglaan 1
2262 BA Den Haag/Leidschendam

Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde
Lijnbaan 32
2512 VA Den Haag/Leidschendam

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid
Groene Hilledijk 315
3075 EA Rotterdam

Medisch Spectrum Twente
Haaksbergerstraat 55
7513 ER Enschede

Mesos Medisch Centrum
Van Heuven Goedhartlaan 1
3527 CE Utrecht

Oogziekenhuis
Schiedamsevest 180
3011 BH Rotterdam

Oosterscheldeziekenhuizen
's-Gravenpolderseweg 114
4462 RA Goes

Orbis medisch en zorgconcern
Walramstraat 23
6131 BK Sittard

Refaja Ziekenhuis
Boerhaavestraat 1
9501 HE Stadskanaal

Reinier de Graaf Groep, locaties Reinier de Graaf
Gasthuis in Delft en Diaconessenhuis in Voorburg
Reinier de Graafweg 3 -11
2625 AD Delft/Voorburg

Rijnland Ziekenhuis
Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp/Alphen ad Rijn

Rivas Zorggroep
Banneweg 57
4204 AA Gorinchem

Rode Kruis Ziekenhuis
Vondellaan 13
1942 LE Beverwijk

Ruwaard van Putten Ziekenhuis
Ruwaard van Puttenweg 500
3201 GZ Spijkenisse

Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep
J. Weitkampaan 4 A
7772 SE Hardenberg/Coevorden

Slingeland Ziekenhuis
Kruisbergseweg 25
7009 BL Doetinchem

Slotervaartziekenhuis
Postbus 90440
1006 BK Amsterdam

St. Anna Ziekenhuis
Bogardeind 2
5664 EH Geldrop

St. Antonius Ziekenhuis
Koekoekslaan 1
3435 CM Nieuwegein

St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
Hilvarenbeekseweg 60
5022 GC Tilburg

St. Franciscus Gasthuis
Kleiweg 500
3045 PM Rotterdam

St. Jans Gasthuis
Vogelsbleek 5
6001 BE Weert

St. Lucas Ziekenhuis
Gassingel 18
9671 CX Winschoten

St. Maartenskliniek
Hengstdal 3
6522 JV Ubbergen

Stg. BovenIJ Ziekenhuis
Statenjachtstraat 1
1034 CS Amsterdam

Stg. Havenziekenhuis & Instituut voor
Tropische Ziekten
Haringvliet 2
3011 TD Rotterdam

Stg. Interconfessioneel Spaarne Ziekenhuis
Handellaan 2
2102 CW Heemstede

Stg. Medisch Centrum Alkmaar
Wilhelminalaan 12
1815 JD Alkmaar

Stg. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Oosterpark 9
1091 AC Amsterdam

Stg. St. Lucas Andreas Ziekenhuis
Jan Tooropstraat 164
1061 AE Amsterdam

Stg. Ziekenhuis De Tjongerschans
Thialfweg 44
8441 PW Heerenvveen

Stg. Ziekenhuis Lievensberg
Boerhaaveplein 1
4624 VT Bergen op Zoom

Stichting Ziekenhuis Walcheren
Koudekerkseweg 88
4382 EE Vlissingen

Streekziekenhuis Koningin Beatrix
Beatrixpark 1
7101 BN Winterswijk

Talma Sionsberg
Birdaarderstraatweg 70
9101 DC Dokkum

TweeSteden ziekenhuis
Dr. Deelenlaan 5
5042 AD Tilburg

UMC St Radboud
Geert Grooteplein 10
6525 GA Nijmegen

UMC Utrecht
Heidelberglaan 100
3508 GA Utrecht

UMCG-Universitair Medisch
Centrum Groningen
Hanzeplein 1
9700RB Groningen

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Stationsweg 22
3247 BW Dirksland

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

Vlietland Ziekenhuis
Postbus 215
3100 AE Schiedam

VUmc
De Boelelaan 1117
1007 MB Amsterdam

Waterlandziekenhuis
Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Europaweg Zuid 1
9401 RK Assen

Zaans Medisch Centrum
Kon. Julianaplein 58
1502 DV Zaandam

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

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

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

Ziekenhuis Bronovo
Bronovolaan 5
2597 AX Den Haag

Ziekenhuis Gelderse Vallei
Willy Brandtlaan 10
6716 RP Ede

Ziekenhuis Gooi-Noord
Rijksstraatweg 1
1261 AN Blaricum

Ziekenhuis Hilversum
Van Riebeeckweg 212
1213 XZ Hilversum

Ziekenhuis MCL Zuid
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden

Ziekenhuis Nij Smellinghe
Compagnonsplein 1
9202 NN Drachten

Ziekenhuis Rivierenland
Pres. Kennedylaan 1
4002 WP Tiel

Ziekenhuis St. Jansdal
wethouder Jansenlaan 90
3844 DG Harderwijk

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

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

Zorggroep Noorderbreedte
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden

Zorggroep Suydevelt locatie Scheperziekenhuis
Boermarkeweg 60
7824 AA Emmen

BIJLAGE 3 Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma aorta abdominalis
AMI	Acuut myocardinfarct
BSN	Burger Service Nummer
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CDC/ WIP	Centre for Disease Control/ Werkgroep Infectie Preventie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebrovasculair accident
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
FTE	Fulltime 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
NVVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
OCR	Oesophaguscardiaresectie
PAR	Post Anesthetic Recovery
PCI	Percutane Coronaire Interventie
PREZIES	Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
TRIP	Het nationale bureau TransfusieReacties In Patiënten
VAS	Visual Analog Scale
VOKS	Verloskundige Onderlinge Kwaliteitsspiegeling
WBMV	Wet op de 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 inspectie-toezicht.

Komen het volgende overeen:

Definities

Prestatie-indicator:

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

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

Basisset:

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

Ziekenhuizen:

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

Preventief toezicht:

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

Proces

1 Ten aanzien van de *samenstelling en vaststelling van de basisset prestatie-indicatoren*

- a Jaarlijks wordt gezamenlijk door de IGZ, NVZ, NFU en Orde input geleverd ten behoeve van de samenstelling van de basisset prestatie-indicatoren. Het Bestuurlijk Overleg (zoals genoemd onder 7) doet op grond hiervan een voorstel voor de samenstelling van de basisset.
- b De basisset wordt vastgesteld door de IGZ, gehoord het Bestuurlijk Overleg, en door de IGZ aan de ziekenhuizen toegestuurd.
- c De omvang van de basisset is constant. Jaarlijks wordt maximaal 25% van de basisset vernieuwd of gewijzigd.
- d Daar waar de wetenschappelijke verenigingen betrokken zijn bij de ontwikkeling en onderhoud van de prestatie-indicatoren, draagt de Orde zorg voor het contact tussen de wetenschappelijke verenigingen en de IGZ.
- e Reacties van wetenschappelijke verenigingen op (IGZ-) indicatoren worden door de Orde ingebracht in het Bureau Overleg (zoals genoemd onder 8).
- f De basisset wordt gepubliceerd op www.ziekenhuizen transparant.nl en www.igz.nl.
- g Nadere uitwerking van het proces dat leidt tot de totstandkoming van de basisset is opgenomen in bijlage 1.

2 Ten aanzien van de *aangifte van de gegevens*

- a Ten behoeve van de aangifte van de gegevens op uniforme wijze door de ziekenhuizen stelt de NVZ en de NFU tot nader order een website met daarop een invoerfaciliteit ter beschikking.
- b De NVZ, NFU en de Orde zullen via hun communicatiebeleid bevorderen dat de ziekenhuizen de gegevens uit de basisset tijdig en volledig en op kwalitatief goed niveau aanleveren.
- c Vanaf 1 juni publiceert de IGZ op www.ziekenhuizen transparant.nl en www.igz.nl een overzicht van de ziekenhuizen die aangifte hebben gedaan van hun gegevens.
- d Nadere uitwerking van het proces van aangifte en verwerking van gegevens is opgenomen in bijlage 2.

3 Ten aanzien van de *beschikbaarheid van de gegevens*

- a Ieder ziekenhuis is verantwoordelijk voor de juistheid van deze gegevens.
- b De NVZ en NFU zijn (op basis van punt 2a) houder van de invoermodule/database; de NVZ is beheerder van de gegevensverzameling.
- c De gegevens in de invoermodule/database zijn, na schriftelijke verzoek aan de houder, volgens het Protocol Gegevensgebruik NVZ-databanken, beschikbaar voor derden.

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

Organisatie


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

Duur van de overeenkomst en evaluatie

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

Den Haag, 19 december 2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg,



Prof. dr. J.H. Kingma

NVZ vereniging van ziekenhuizen,



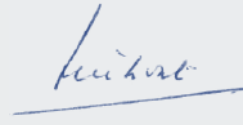
Mw. ir. J. M. Leemhuis-Stout

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% 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^[11] 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.

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

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

Werkwijze aanvullen en wijzigen

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

Planning

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

Afspraken rondom procesgang

- Initiele contacten van de IGZ met de wetenschappelijke verenigingen/experts, in het kader van de indicatoren, lopen via de relevante branche-organisatie.
- Als start van het proces zal de IGZ een brief aan de relevante branche-organisatie sturen met de vraag de betreffende WV-en / experts te betrekken bij de ontwikkeling van een indicator.
- De betreffende organisatie stelt de betreffende experts/WV-en vervolgens op de hoogte van dit verzoek en zorgt dat z.s.m. een reactie volgt.
- Bij een positieve reactie zorgt de betreffende branche-organisatie voor contact tussen de experts/WV en de vertegenwoordiger namens de IGZ.
- De experts/WV en de vertegenwoordiger namens de IGZ maken werkafspraken (volgens eerder vermelde planning) en stellen hiervan de brancheorganisaties en IGZ op de hoogte.
- Werkgroepen werken aan indicatoren en dragen deze voor ter bespreking in juni.
- De voorgestelde indicatoren worden 2 weken voor te plannen vergaderingen in de 3e week juni rondgestuurd.
- Tijdens vergaderingen in de 3e week van juni worden de concept indicatoren vastgesteld.
- In juli en 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.

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 - aangifefase 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.

De Basisset prestatie-indicatoren 2005
is totstandgekomen in samenwerking
met:

- NVZ vereniging van ziekenhuizen
- Nederlandse Federatie van
Universitair medische centra
- Orde van Medisch Specialisten

Internet

- www.ziekenhuizen transparant.nl
(Basisset ingevuld)
- www.igz.nl
(Basisset leeg, Het resultaat telt,
overzicht indicatoren per ziekenhuis,
Veel gestelde vragen)
- www.snellerbeter.nl
(Basisset leeg, Het resultaat telt)

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

Den Haag, december 2006