



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Kwaliteits- indicatoren

2014

Basisset ziekenhuizen

In samenwerking met

NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

OMS Orde van Medisch Specialisten

V&VN Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Utrecht, juli 2013

Voor algemene informatie over kwaliteitsindicatoren en een digitale set indicatoren verwijzen wij u naar de websites **www.igz.nl** en **www.ziekenhuizentransparant.nl**.

Inhoud

Inleiding	9
Gebruikershandleiding	17
Indicatoren	21
1 Operatief proces	22
1.1 Pijn na een operatie	24
1.1.1 Indicator Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten	24
1.1.2 Indicator Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	26
1.2 Heupfractuur	28
1.2.1 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	28
1.2.2 Indicator Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur	30
1.3 Stopmoment IV: Time-out	32
1.3.1 Indicator Time-out	32
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	33
1.4.1 Indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	33
1.5 Bariatrische chirurgie	35
1.5.1 Indicator Volume bariatrische ingrepen	35
1.5.2 Indicator Percentage postoperatieve controles	36
1.6 Cataractregistratie	38
1.6.1 Indicator Cataractregistratie	38
1.7 Registratie neurochirurgie	40
1.7.1 Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	40
1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie	43
1.8.1 Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg	43
2 Spoedprocessen	45

3	Verpleegkundige zorg	46
3.1	Wondzorg	47
3.1.1	Indicator Wondexpertisecentrum	48
3.1.2	Indicator Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texasclassificatie	48
3.2	Ondervoeding	50
3.2.1	Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	51
3.2.2	Indicator Behandeling van ondervoeding	53
3.2.3	Indicator Screening op ondervoeding op de polikliniek	55
3.3	Delirium	58
3.3.2	Indicator Risico op delirium	59
3.3.3	Indicator Screening op en observatie van delirium	60
4	Intensive care	62
4.2	Beademingsuren	63
4.2.1	Indicator Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling	63
5	Oncologie	64
5.1	Samenwerking	65
5.1.1	Indicator Multidisciplinair overleg (MDO)	65
5.2	Borstkanker	68
5.2.1	Indicator Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	68
5.2.2	Indicator Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)	71
5.2.3	Indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	72
5.3	Longchirurgie	74
5.3.1	Indicator Aantal anatomische resecties	74
5.4	Gastro-intestinaal	76
5.4.1	Indicator Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA)	76
5.4.2	Indicator Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)	78
5.4.3	Indicator Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom	79

5.5	Urologische tumoren	81
5.5.1	Indicator MDO spierinvasief blaascarcinoom	81
5.5.2	Indicator Deelname aan de registratie prostatectomie	83
5.6	Ovariumcarcinoom	85
5.6.1	Indicator Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom	85
5.7	Palliatieve radiotherapie botmetastasen	87
5.7.1	Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen	87
6	Hart en vaten	89
6.1	Volume van risicovolle interventies	90
6.1.1	Indicator Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties	90
6.2	Sterfte na eerste consult	92
6.2.1	Indicator Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie	92
6.3	Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)	94
6.3.1	Indicator Behandeling patiënten met een STEMI	94
6.4	Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's	99
6.4.1	Indicator Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens	99
6.4.2	Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's	100
6.5	Carotischirurgie	102
6.5.1	Indicator Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct	102
6.5.2	Indicator Percentage complicaties	105
6.6	Thoraxchirurgie	107
6.6.1	Indicator Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteitsregistratie NVT	107
6.6.2	Indicator Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft	108
6.6.3	Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	109

7	Infectieziekten	111
7.1	Ziekenhuisinfecties	112
7.1.1	Indicator Surveillantie van ziekenhuisinfecties	112
7.2	Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	115
7.2.1	Indicator Gebruik scoresysteem CAP	115
7.2.2	Indicator Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP	116
8	Maag-darm-lever (MDL)	118
8.1	MDL-infrastructuur	119
8.1.2	Indicator Digitale verslaglegging endoscopie	119
8.2	Time-out procedure endoscopische verrichtingen	120
8.2.1	Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen	120
9	Verloskunde	122
9.1	De spontane bevalling	122
9.1.1	Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	122
9.2	Audit van perinatale zorg	124
9.2.1	Indicator Mate van invoering perinatale audits	125
10	Kwetsbare groepen	126
10.1	Ondervoeding geriatrische patiënten	128
10.1.1	Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten	128
10.2	Colonchirurgie bij ouderen	131
10.2.1	Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	131
10.2.2	Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid	132

11	Algemeen kwaliteitsbeleid	134
11.1	Evaluëren van het functioneren van medisch specialisten	135
11.1.1	Indicator Jaargesprekken	136
11.1.2	Indicator IFMS	137
11.2	Disfunctioneren medisch specialisten	139
11.2.1	Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	139
12	Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	140
12.1	Ziekenhuissterfte	141
12.1.1	Indicator HSMR	141
12.1.2	Indicator Verbeteracties op basis van HSMR	142
12.2	Dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	143
12.2.1	Indicator Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade	143
12.2.2	Indicator Onverwacht lange opnameduur	144
	Bijlagen	145
	Wijzigingen basisset 2014 ten opzichte van 2013	146
	Veiligheidsindicatoren	149
	Lijst van afkortingen	153

Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt kwaliteitsindicatoren om te bepalen welke zorgprocessen in een ziekenhuis extra aandacht behoeven of om nader onderzoek vragen. Hiertoe brengt de inspectie jaarlijks de Basisset kwaliteitsindicatoren uit, voor u ligt de twaalfde jaargang.

Een zorgproces kan om meerdere redenen opvallen, de inspectie noemt dat een inspectie-indicatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de uitslag van een indicator die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Dit kan zijn omdat iets opvallend vaak of juist opvallend weinig voorkomt. Ook kunnen meerdere op zich niet sterk afwijkende uitslagen samen een indicatie vormen voor nader onderzoek. Daarbij kunnen ook gegevens uit andere IGZ-onderzoeken worden betrokken en zelfs gegevens van andere rijksinspecties. Uit het enkele feit dat er een inspectie-indicatie bestaat, mag worden afgeleid dat er een bijzondere situatie bestaat die nader onderzoek behoeft. Wat echter niet mag worden afgeleid is dat dan sprake is van onverantwoorde zorg. Die conclusie kan alleen worden getrokken na aanvullend onderzoek.

In de basisset 2014 is zoals elk jaar een aantal wijzigingen doorgevoerd. Een compleet overzicht daarvan staat in de bijlage achter in dit boekje. De meeste indicatoren die niet terugkomen in deze set, zijn vervallen omdat bijna alle ziekenhuizen hier in ruime mate aan voldeden. Dit betreft onder meer het deliriumbeleid bij klinische patiënten, de deelname aan de DSCA, en de beschikbaarheid van data bij de aanvraag van cytostatica. Vrijwel alle indicatoren voor de intensive care zijn vervallen omdat ze niet langer veranderingen lieten zien. De indicator signalering van kindermishandeling is vervallen, onder meer omdat de ziekenhuizen nu de grootste groep aanvragers van adviezen zijn bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en een van de belangrijkste groepen vormen bij het aantal meldingen van kindermishandeling aan het AMK.

Met het vervallen van indicatoren is er ruimte gekomen voor nieuwe indicatoren zonder de omvang van de basisset te vergroten.

De basisset is over 2014 voor het eerst gekoppeld aan een risicoprofiel (de grootste risico's binnen het betreffende vakgebied) voor medisch specialistische zorg. Dit risicoprofiel is in 2012 opgesteld in overleg met alle betrokken wetenschappelijke verenigingen. Een voorbeeld van een indicator die op deze manier is voorgesteld door de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie is de aanwezigheid van een multidisciplinair overleg voor minimaal invasieve chirurgie.

Enkele nieuwe indicatoren besteden specifiek aandacht aan de kritieke punten in de zorg voor kwetsbare ouderen. Dit is overeenkomstig met het Meerjarenbeleidplan 2012-2015 van de IGZ en een gevolg van de analyses over het thema kwetsbare ouderen gepubliceerd in *Het resultaat telt 2011* en de gesprekken met de wetenschappelijke verenigingen over de risico's voor kwetsbare ouderen die er binnen hun vakgebied zijn.

De basisset 2014 bevat ongeveer 300 variabelen, hiervan wordt 20 procent vernieuwd. Dit jaar is dit voor het eerst specifiek berekend om het verschil in belasting beter duidelijk te maken. De vernieuwing is conform de samenwerkingsafspraken: 'De omvang van de basisset is constant. Jaarlijks wordt maximaal 25 procent van de basisset vernieuwd of gewijzigd.'. De overall belasting daalt licht, dit wordt gespaard voor 2015 omdat onderwerpen als medicatiebewaking en intensive care over 2014 veel beperkter dan gewenst worden uitgevraagd.

Nieuwe indicatoren zijn opgenomen binnen de hoofdstukken Operatief Proces, Oncologie, Hart en vaten, Maag- darm- lever en Kwetsbare groepen. De twee facultatieve indicatoren uit 2013 (Diabetische voetwonden geassocieerd volgens de Texas-classificatie en Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP) worden in 2014 verplicht. Dit jaar zijn voor het eerst indicatoren (Registratie Neurochirurgie) opgenomen voorgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie. Alle veranderingen zijn het resultaat van overleg met alle partijen betrokken bij deze set. De nieuwe indicatoren zijn alle voorgedragen door één of meer direct betrokken wetenschappelijke verenigingen.

Achter in de basisset is een bijlage opgenomen met veiligheidsindicatoren. Dit zijn de indicatoren uit de veiligheidsset die nog niet zijn opgenomen in de basisset. De bijlage heeft een aparte inleiding die uitlegt waarom voor deze constructie is gekozen.

Hoe komen de indicatoren tot stand?

Indicatoren worden jaarlijks vastgesteld door de IGZ na overleg met de organisaties van de instellingen en professionals waar de IGZ direct toezicht op houdt. Dat zijn de NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde). Sinds begin 2012 is de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) ook toegetreden tot dit overleg. Het vaststellen van de indicatoren gebeurt op basis van een voorstel dat is voorbereid door groepen deskundigen uit onder andere wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten.

Veel indicatoren hebben betrekking op een proces dat multidisciplinair is. Daarom hebben die indicatoren een coördinator die contacten onderhoudt met andere partijen die een rol spelen bij de ontwikkeling van deze indicator. De keuze om een nieuwe indicator in de basisset op te nemen, is de verantwoordelijkheid van de IGZ.

De keuze wordt gemaakt in goed overleg met de inspecteur-accounthouders en met vertegenwoordigers van de samenwerkingspartners in de basisset. Het hele proces, vanaf het eerste voorstel tot aan het moment van het starten van de eerste registratie, beslaat ongeveer twee jaar.

Het is het vaste voornemen om indicatoren, nadat ze zijn opgenomen in de set, niet meer te wijzigen na de start van het registratiejaar tenzij evidente fouten of totaal veranderde omstandigheden een goede registratie onmogelijk maken. Als het toch nodig blijkt, zal een erratum worden gepubliceerd op de website www.ziekenhuizen transparant.nl.

Verzamelen van data

Bij het opstellen van de indicatoren is zoveel mogelijk getracht methoden te standaardiseren. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om de indicatoren voor pijn, ondervoeding en delirium in één keer te verzamelen. Dit reduceert de belasting die een indicator oplegt aan het ziekenhuis. Die gezamenlijke manier van gegevensverzameling is natuurlijk niet verplicht.

Ziekenhuizen dienen de data vóór 15 april 2015 voor zover beschikbaar aan te leveren op www.ziekenhuizen transparant.nl. Uiterlijk 1 juni dienen de gegevens definitief ondertekend te worden. Tot deze definitieve ondertekening hebben ziekenhuizen nog de mogelijkheid om gegevens aan te vullen en indien nodig aan te passen. De gegevens zijn openbaar zodra alle ziekenhuizen definitief hebben ondertekend.

Indeling

De kwaliteitsindicatoren in de basisset zijn ingedeeld onder grotere zorgprocessen. In de tabel (pagina 12) kunt u zien welke processen dat zijn. De grote zorgprocessen staan in de bovenste rij, de indicatoren in de linkerkolom. Bij elke indicator staan mogelijk meerdere kruisjes en elke indicator heeft een 'V' in een donker vakje. De kruisjes geven aan dat de indicator een rol speelt in het betreffende zorgproces. Omdat de meeste indicatoren een rol spelen in meerdere zorgprocessen, zijn er meerdere kruisjes per indicator. Het zorgproces waar de indicator de grootste rol in speelt, heeft een donker vakje gekregen. Elke indeling van indicatoren blijft tot op zekere hoogte arbitrair, immers een indicator voor postoperatieve pijn te meten op een verpleegafdeling is een indicator voor het operatieve proces, maar ook voor de wijze waarop verpleegafdelingen functioneren.

Onderwerp	Indicatoren
Anesthesie	Percentage pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie
Traumatologie	Heroperaties bij een heupfractuur Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur
Oogheelkunde	Cataractregistratie
Pre- en peroperatieve richtlijn	Time-out Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe Uitvoering Time-out procedure bij endoscopische verrichtingen
Bariatric	Volume baratische ingrepen Percentage postoperatieve controles
Neurochirurgie	Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)
Minimaal invasieve chirurgie	Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg
Wondzorg	Wondexpertisecentrum Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texasclassificatie
Ondervoeding	Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen Behandeling van ondervoeding bij volwassenen Behandeling van ondervoeding bij kinderen Screening op ondervoeding op de polikliniek Screening ondervoeding geriatrische patiënten
Delirium	Risico op delirium Screening op en observatie van delirium
Intensive care (IC)	Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling
Mammacarcinoom	Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie Multidisciplinair overleg (MDO) mammacarcinoom Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA) Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten
Longcarcinoom	Aantal anatomische resecties Multidisciplinair overleg (MDO) longcarcinoom
Pancreascarcinoom	Resectie van de pancreas (whipple of PPPD)
Colorectale tumoren	Ongeplande reinterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom
Urologische tumoren	Deelname aan de registratie prostatectomie Multidisciplinair overleg (MDO) urologische tumoren MDO spierinvasief blaascarcinoom
Gynaecologische tumoren	Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom
Radiotherapie	Palliatieve radiotherapie botmetastasen
Upper GI-carcinoom	Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA)
Aandoening aan de vaten	Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties Interval bij patiënten met een TIA/herseninfectie tot operatie Percentage complicaties
Aandoening aan het hart	Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI) Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens Implanteren en/of wisselen van pacemakers Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis
Ziekenhuisinfecties	Surveillance van ziekenhuisinfecties
Pneumonie	Gebruik scoresysteem CAP Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP
Aandoening aan maag, darm, lever	Digitale verslaglegging endoscopie

Verloskunde	Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'
	Mate van invoering perinatale audits
Kwetsbare groepen	Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie
	Beoordeling bij kwetsbaarheid
Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	Jaargesprekken
	IFMS
	Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten
Sterfte en schade	HSMR
	Verbeteracties op basis van HSMR
	Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade
	Onverwacht lange opnameduur

Basisfilosofie

De volgende vijf uitgangspunten vormen de basisfilosofie van de kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen:

- *Een kwaliteitsindicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.*
Over een negatief signaal kunnen door de inspectie vragen worden gesteld, bijvoorbeeld tijdens het jaargesprek. Overigens zal de inspectie niet alleen op basis van de gepubliceerde gegevens een oordeel over een individueel ziekenhuis naar buiten brengen. Indicatoren zijn een hulpmiddel voor het risicogebaseerd toezicht en kunnen een aanvulling geven op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over het ziekenhuis.
- *Ziekenhuizen maken zelfresultaten openbaar.*
De gekozen kwaliteitsindicatoren kunnen zonder nadere uitleg geen goed beeld geven van de zorg in een individueel ziekenhuis, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per ziekenhuis verschillen. Om die reden wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere specifieke uitleg te voorzien. Dit kan in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg en via de website van het ziekenhuis.
- *Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.*
Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Een deel van de kwaliteitsindicatoren wordt al ten behoeve hiervan geregistreerd. Als het ziekenhuis op meer dan één locatie zorg levert, is inzicht in eventuele verschillen in de kwaliteit van zorg van belang, zowel voor de interne kwaliteitsbewaking als voor het toezicht.
- *Registratielast blijft beperkt.*
Bij de vaststelling van de basisset is rekening gehouden met het gegeven dat indicatoren in (het merendeel van) de ziekenhuizen al om andere redenen worden geregistreerd. Hierdoor blijft de extra registratielast tot een minimum beperkt. Een verzwaring van de registratiedruk is alleen acceptabel als dat ook tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leidt.
- *De basisset is een ontwikkelingsmodel.*
Een indicatorenset voor een complexe sector als de ziekenhuiszorg is nooit af. De ontwikkeling van de indicator is mede afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit de ziekenhuizen. Indicatoren die niet meer relevant zijn of die door iedereen voor 100% met ja worden beantwoord, worden na verloop van tijd door andere indicatoren vervangen.

Gebruikershandleiding

De *Basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen* is bedoeld voor alle algemene ziekenhuizen, universitair medische centra en radiotherapeutische centra en een beperkt aantal categorale ziekenhuizen waar een breed scala aan medische zorg wordt geboden.

Veel gegevens worden per locatie gevraagd. De onderstaande tabel helpt u bij het bepalen van het aantal locaties.

Maatschap/vakgroep	Zorgverlening	Aantal locaties waarover u indicatorgegevens apart vermeldt
2 (of meer) aparte maatschappen/vakgroepen	Op 2 (of meer) locaties volledige zorg	2 (of meer)
Gefuseerd/samenwerkend	Op 2 (of meer) locaties volledige zorg	2 (of meer)
Gefuseerd/samenwerkend	Zorg gedeeltelijk gelateraliseerd ^[1] op 2 (of meer) locaties volledige basiszorg, patiënten met specifieke indicatie op 1 locatie geconcentreerd	2 (of meer)
Gefuseerd/samenwerkend	Zorg gedeeltelijk gelateraliseerd ^[1] , op 1 (of meer) locatie(s) poliklinische zorg/dagbehandeling, op 1 locatie volledige zorg	1
Gefuseerd	Volledige lateralisatie ^[1] , alle zorg op 1 locatie	1

Een indicator en zijn toelichting

Iedere indicator begint met een toelichting die een korte samenvatting geeft van het belang van deze indicator in relatie tot de kwaliteit van de zorg. Voor een aantal specifieke voorzieningen is een overzicht opgenomen van de kenmerken die door de betrokken beroepsgroep(en) van belang worden geacht voor de gevraagde voorziening. Deze lijst van kenmerken kan u helpen de situatie in uw ziekenhuis in kaart te brengen. Door het opnemen van de aanwezige kenmerken in de uitleg bij uw antwoord, neemt de transparantie toe over wat uw ziekenhuis heeft te bieden. Verder worden belangrijke begrippen die in definities voorkomen nader uitgelegd. De vragen die gesteld worden in deze tekstgedeelten hoeven niet opgevat te worden als items die beantwoord moeten worden.

De daadwerkelijke vragen die horen bij deze indicator, worden gesteld in het lichter

[1] Bij gelateraliseerde zorg wordt het 'hoofdbestanddeel' van de zorg nog maar op één locatie uitgevoerd: bijvoorbeeld patiënten met de meest complexe zorgbehoefte op locatie A, patiënten met een meer eenvoudige zorgbehoefte afhankelijk van afstand en vrije keuze op locatie A en B.

gekleurde gedeelte van de tekst. U wordt geacht deze vragen, indien voor uw ziekenhuis van toepassing, allemaal te beantwoorden.

In de gevallen waar om een percentage of een ratio wordt gevraagd, moet u een teller en een noemer invullen en kan een nadere uitleg gegeven worden. De percentages worden op de website automatisch berekend.

Verslagjaar

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2014, tenzij in de indicator een andere definitie staat. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december kunnen worden afgesloten, onafhankelijk van de lengte van de follow-up, zodat op tijd met de productie van het jaarverslag kan worden begonnen. De periode voor de noemer is altijd het verslagjaar, zodat ze vergeleken kunnen worden met andere bronnen. Ook de periode voor de teller is bijna altijd het verslagjaar. Dit betekent dat de populatie unieke patiënten die onder de noemer valt, soms net een andere is dan die onder de teller valt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij indicatoren die vragen naar een gebeurtenis na 30 dagen.

Minimumnormen per locatie

De kwantitatieve minimumnormen gelden per ziekenhuislocatie. Deze aantallen moeten altijd per locatie waar de ingreep wordt uitgevoerd aangeleverd worden.

Gebruik landelijke registraties

In verband met de administratieve lastendruk als ook de vergelijkbaarheid van de gegevens is er bewust gekozen voor een aantal indicatoren waarbij de gevraagde gegevens uit landelijke registraties zoals die van de wetenschappelijke vereniging, het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) of het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) gehaald kunnen worden. Voor de basisset van 2014 betreft dit in ieder geval de volgende indicatoren:

- Cataractregistratie.
- Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS).
- Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA).
- Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA).
- Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom.
- Deelname aan de registratie prostatectomie.
- Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom.
- Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT.
- Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'.
- Onverwacht lange opnameduur.

Website is leidend

Hoewel de uiterste zorg is besteed aan het opstellen van dit boekje en het maken van de website, is het mogelijk dat er discrepanties zijn tussen de twee belangrijkste publicatievormen van de basisset. Mocht dat zo zijn, dan is de versie zoals die op de website www.ziekenhuizentransparant.nl staat leidend.

Voorbeeld indicator:

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage heroperaties binnen 30 dagen na een operatie in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Teller: aantal reïnterventies binnen dezelfde opname of binnen 30 dagen na de resectie (langste interval kiezen) binnen het verslagjaar.			
Noemer: totaal aantal primaire resecties binnen het verslagjaar.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Toelichting

Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een *, dan is een toelichting verplicht. Bij de overige antwoorden wordt een toelichting op de geleverde getallen zeer op prijs gesteld. Wij raden u aan deze toelichtingen met zorg samen te stellen. Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een #, dan moet u de gegevens per locatie aanleveren.

Steekproef

Indien u een steekproef genomen hebt, moet u de grootte van de populatie aangeven naast een specificatie van de selectiecriteria die u hebt toegepast om tot een steekproef te komen (voorbeeld: alle patiënten in de maand april). De teller en noemer worden vervolgens ingevuld op basis van de (niet-geëxtrapoleerde) steekproef. Als u aangeeft geen steekproef genomen te hebben, gaat de inspectie er van uit dat u beschikt over gegevens over alle patiënten.

Indicatoren

1 Operatief proces

Tot 50 procent van alle opgenomen patiënten ondergaat een operatieve ingreep. Deze ingreep varieert van een kleine ingreep in dagopname met minimaal (initieel) risico die zeer frequent wordt uitgevoerd tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar per ziekenhuis verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat zij na een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar voorbereidingsproces in een gecontroleerde omgeving, binnen hoogstens enkele dagdelen worden uitgevoerd, waarna een steeds korter verblijf in de instelling volgt. In deze relatief korte tijd moet een groot aantal mensen complexe acties op elkaar afstemmen. Dit vraagt om duidelijke communicatie. Deze communicatie is regelmatig onderwerp van door de IGZ uitgevoerd thematisch onderzoek.

In dit hoofdstuk komen indicatoren aan bod die voornamelijk gezien worden als onderdeel van het operatieve proces. De volgende indicatoren kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar dit proces:

- **Peroperatief**
 - Heroperaties bij een heupfractuur.
 - Cataractregistratie.
 - Time-out.
 - Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe.
 - Heupfractuur bij ouderen.
- **Postoperatief**
 - Pijn na een operatie.

De meeste van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis (bijvoorbeeld de indicatoren horend bij 'Pijn na operatie' geven ook een indicatie van de kwaliteit van het verpleegkundig proces). De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van het operatief proces, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- **Preoperatief inclusief verwijzing**
 - Multidisciplinair overleg (MDO).
 - Aantal anatomische resecties.
 - Resectie van de pancreas (whipple of PPPD).
 - Volume van aneurysma van de abdominale aorta.
 - Ondervoeding (alle onderdelen).
 - Delirium (alle onderdelen).
- **Peroperatief**
 - Surveillance van ziekenhuisinfecties.
 - Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste

- borstsparende operatie.
- Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom.
- **Postoperatief**
 - Delirium (alle onderdelen).
 - Ondervoeding (alle onderdelen).
- **Kwaliteitsbewaking**
 - Cataractregistratie.
 - Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA).
 - Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA).
 - Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS).
 - Deelname aan de registratie prostatectomie.
 - Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg.
 - Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens.
 - Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT.

1.1 Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is van belang zowel voor het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Daarnaast is pijn een symptoom van mogelijke complicaties. Op de verkoeverkamer is er inmiddels gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding. Belangrijk is ook de gestructureerde aandacht hiervoor tijdens de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling is.

1.1.1 Indicator: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnbestrijding, waarin naast medicatieadviezen ook pijnmeting aan de orde komt. Op basis hiervan kunnen de ziekenhuizen eigen beleid ontwikkelen met betrekking tot het te gebruiken meetinstrument en de tijdstippen en condities van de patiënt waarbij pijnmetingen gedaan worden. Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen is postoperatieve pijn ongewenst, pijn belemmert ook een spoedig herstel. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat ernstige postoperatieve pijn in relatie staat tot het ontwikkelen van chronische pijn na een operatie. Het structureel meten van pijnintensiteit (pijnscore) met een Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS) draagt bij aan de effectiviteit van de pijnbehandeling. Een pijnscore van minder dan 4 (op een schaal van 1 tot 10) geeft acceptabele pijn aan, een pijnscore van 4 tot en met 7 matig ernstige pijn en een pijnscore van boven de 7 ernstige pijn.

Patiënten waarbij de score is uitgevoerd, maar waarbij deze om communicatieve redenen mislukt is (bijvoorbeeld omdat de patiënt een delier heeft), mogen meegeteld worden bij de teller, mits de reden voor de mislukking is gedocumenteerd in de patiëntendocumentatie.

- **Inclusie criterium:**
 - Postoperatieve patiënten.
- **Exclusie criteria:**
 - Kinderen jonger dan 7 jaar.
 - Patiënten in dagopname.

Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Beschikt u over een registratiesysteem voor pijnmeting bij postoperatieve patiënten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u een steekproef genomen op de verpleegafdeling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Teller: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd.			
Noemer: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.			
Toelichting:			

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

1.1.2

Indicator:**Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie**

Het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een ernstige pijnscore aangeeft, is een indicator voor de postoperatieve pijnbestrijding.^[2] Patiënten die behandeld zijn in dagbehandeling, worden geëxcludeerd omdat follow-up moeilijk uitvoerbaar is.

Kinderen jonger dan 7 jaar vallen niet onder deze indicator. Pijnmeting dient echter wel uitgevoerd te worden. Hiervoor zijn aangepaste instrumenten beschikbaar.

- Inslusie criterium:
 - Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten.
- Exclusie criteria:
 - Kinderen jonger dan 7 jaar.
 - Patiënten in dagopname.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?

 ja
#

 nee

Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?

 ja

 nee
*

 n.v.t.
*

Heeft u een steekproef genomen?

 ja

 nee

Indien ja, vul in:
Populatiegrootte: N =
Selectiecriteria:

Teller: aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie)

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

[2] In een review van Dolin et al. (BJA 2002; 89 (3): 409-423) wordt geconcludeerd dat ernstige pijn onder gemiddeld 11% (95% betrouwbaarheidsinterval 8-13%) van de patiënten voorkomt na grote gynaecologische abdominale chirurgie, grote orthopedische chirurgie en na laparotomie of thoracotomie.

Percentage (wordt automatisch berekend):	%
Toelichting:	

1.2 Heupfractuur

Bij personen jonger dan 50 jaar komen heupfracturen weinig voor en meestal alleen na een ernstig trauma. In het ziekenhuis zijn oudere patiënten met een heupfractuur extra kwetsbaar. Uit literatuur blijkt een associatie met significant meer comorbiditeit, slechtere gezondheidsuitkomst en hogere mortaliteit.^[3,4] Op latere leeftijd (boven de 65 jaar) treden heupfracturen steeds vaker op na een val. In 2008 werden bijna 18.500 personen met een heupfractuur in het ziekenhuis opgenomen, waarvan ruim 16.000 personen 65 jaar en ouder waren. 8% van de oudere patiënt met een heupfractuur loopt in ziekenhuis schade op die potentieel vermijdbaar is.^[5] De kans op complicaties is het grootst bij kwetsbare ouderen.

1.2.1 Indicator: Heroperaties bij een heupfractuur

Een heroperatie is gedefinieerd als een operatie aan hetzelfde gewricht, binnen 60 dagen na de eerste ingreep met het doel om een complicatie van de eerste ingreep te behandelen. Een heroperatie omvat ook de onbloedige repositie van een geluxeerde endoprothese. Alle heroperaties binnen één verslagjaar worden meegeteld, ook als de primaire ingreep vóór het verslagjaar werd uitgevoerd.

- *Inclusie criterium teller:*
 - *Heroperaties uitgevoerd in het registratiejaar waarvan de primaire operatie (die voldoet aan het inclusie criterium voor de noemer) minder dan 60 dagen voor de start van het registratiejaar is uitgevoerd.*
- *Inclusie criterium noemer:*
 - *Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling.*
- *Exclusie criterium:*
 - *Multitraumapatiënten met een vastgestelde injury severity score > 15. Indien deze score niet bepaald wordt, of niet beschikbaar is in uw ziekenhuis kan dit exclusie criterium niet gebruikt worden.*

Deze indicator beschrijft een situatie waarin de administratieve data geen onderscheid maken tussen twee ingrepen (endoprothese en interne fixatie) die klinisch wel een belangrijk onderscheid hebben. Dat maakt de indicator moeilijker te registreren voor ziekenhuizen zonder een goede klinische informatievoorziening. Daarnaast wordt deze ingreep uitgevoerd door orthopeden en traumatologen. Ook dat maakt de registratie in veel ziekenhuizen ingewikkelder, als de indicator op basis van administratieve data berekend moet worden. De betrokken wetenschappelijke verenigingen vonden het onderscheid zo essentieel voor de evaluatie van de zorg voor deze kwetsbare groep patiënten dat zij van mening waren dat dit gegeven deel uit moet maken van een goede elektronische verslaglegging.

[3] Merchant, RA, Lui, KL, Ismail, NH, Wong, HP, Sitoh YY. The relationship between Postoperative Complications and Outcomed after Hip Fracture Surgery. Ann Acad Med Singapore 2005;34:163-8.

[4] Moran, WP, Chen GJ, Watters C, Poehling G, Millman F. Using a collaborative approach to reduce postoperative complications for hip-fracture patients: a three-year follow-up. Journal on Quality and Patient Safety, 2006, 32 (1):16-23.

[5] Lubberding, S., Merten, H., Wagner, C. Patiëntveiligheid en Complexe Zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur Utrecht, NIVEL, 2010.

1 Heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur

Teller: aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur.

Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

2 Heroperatie na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese

Teller: aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese.

Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

3 Heroperaties van een interne fixatie van een petrochantere fractuur

Teller: aantal heroperaties van een interne fixatie van een petrochantere fractuur.

Noemer: aantal petrochantere fracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

Teller 1 (ZA 38533)

Teller 2 (ZA 38565)

Teller 3 (ZA 38535)

Noemer 1 (ZA 38533)

Noemer 2 (ZA 38565)

Noemer 3 (ZA 38535)

Het is raadzaam de data over de aantallen heroperaties door een medisch specialist te laten beoordelen, voordat u deze op de website invoert. Indien nodig kunt u een toelichting geven.

1.2.2 Indicator: Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur

Het is aangetoond dat structurele medebehandeling door een geriatrisch team bij patiënten met heupfractuur (van 70 jaar en ouder) leidt tot minder complicaties in het ziekenhuis tijdens de postoperatieve periode^[6]. Ook zijn er aanwijzingen dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor oudere patiënten opgenomen met een heupfractuur de kans op herstel tot oorspronkelijk functieniveau en ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie verhoogd en de kans op mortaliteit na 30 dagen en 1 jaar verminderd^[7,8,9,10,11,12].

- Definities:
 - Een geriatrieteam bestaat tenminste uit een generalistisch specialist gespecialiseerd in de ouderengeneeskunde (bijvoorbeeld een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde) en een verpleegkundig specialist gespecialiseerd in de geriatrie^[13].
 - ‘Preoperatief in medebehandeling gevraagd’ kan geregistreerd worden als een intercollegiaal consult (ZA-code 190009) of als een medebehandeling (ZA-code 190017).
- Inclusiecriteria:
 - Alle unieke patiënten die op de dag van het trauma 70 jaar of ouder waren.
 - Met een heupfractuur gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3).
 - En die daarna een operatieve behandeling hebben ondergaan.

[6] Stenvall M, Olofsson B, Lundstrom M, Englund U, Borssén B, Svensson O, Nyberg L, Gustafson. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture, Osteoporos Int, 2007, 18(2):167–175.

[7] Fisher, A.A., Davis, M.W., Rubenach, S.E., Sivakumaran, S., Smith, P.N., & Budge, M.M. (2006). Outcomes for Older patients with hip fractures: the Impact of orthopedic and geriatric medicine cocare. J. Orthop. Trauma, 20, 172-180.

[8] Leung, A.H., Lam, T., Cheung, W., Chan, T., Sze, P., Lau, T., & Leung, K. (2011). An orthogeriatric Collaborative Intervention Program for Fragility Fractures: A Retrospective Cohort Study. The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical care, 71, 5.

[9] Lundstrum, M., Edlund, A, Lundstrom, G., Gustafson, Y. (1998). Reorganisation of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. Scand J Caring Sci, 13, 193-200.

[10] Shyu, Y.L., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., Yang, C. (2008). Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in older Taiwanese: Benefits Last for 1 Year. Journal of Gerontology: Medical sciences, 63a (1), 92- 97.

[11] Stenvall, M., Olofsson, B., Nyberg, L., Lundstrom, M., & Gustafson, Y. (2007b). Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: randomized controlled trial with 1-year follow-up. J. Rehabil.Med., 39, 232-238.

[12] Vidan, M., Serra, J.A., Riquilme, G., & Ortiz, J. (2005). Efficacy of Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. JAGS, 53, 1476-1482.

[13] Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010.

Behandelt u patiënten met een heupfractuur?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/>
Is de zorg voor patiënten met een heupfractuur verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	
Teller: aantal medebehandelingen geriatrieteam bij patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.			
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.			
Percentage (wordt automatisch berekend):		%	
Toelichting:			

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

1.3 Stopmoment IV: Time-out

1.3.1 Indicator: Time-out

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid bevoegd en bekwaam personeel en materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, vóór de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt^[14]. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd in het medisch dossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam. Deze indicator is ook opgenomen als interne indicator in de richtlijn Peroperatief proces^[15].

- Inlusie criterium:
 - Alle electieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Peroperatief proces.
 - Bron teller: checklist stopmomenten OK.
 - Bron noemer: operatieplanning.

Worden operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?

ja
#

nee

Teller: aantal electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd.

Noemer: totaal aantal patiënten waarbij de besproken electieve operatie is goedgekeurd en ingepland.

Percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Gegevens per locatie aanleveren

[14] In het geval van een minderjarige of wilsonbekwame patiënt tevens, indien mogelijk, in aanwezigheid van een ouder/verzorger of vertegenwoordiger.

[15] <http://www.anesthesiologie.nl/richtlijnen>.

1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

1.4.1 Indicator: Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Antibioticaprofylaxe draagt bij aan het verhinderen van postoperatieve wondinfecties (POWI). In de periode 2001 tot en met 2010 kreeg 3,0% van de patiënten die geopereerd werden een postoperatieve wondinfectie^[16]. Postoperatieve wondinfecties kunnen ernstige gevolgen hebben voor de patiënt.

Alle patiënten die geopereerd worden en waarvoor antibioticaprofylaxe is geïndiceerd, dienen het juiste middel, op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te borgen en is de effectiviteit het grootst.

Het nut van antibioticaprofylaxe is aangetoond voor een groot aantal ingrepen. In het algemeen is het gebruik geïndiceerd bij operaties bij een verhoogd infectierisico of als een infectie leidt tot ernstige patiëntschade (zoals bij implantatie van een prothese).

Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de incisie. Zo wordt er voor gezorgd dat tijdens de operatie een goede concentratie van het antibioticum in de weefsels aanwezig is waarvan inmiddels klassiek te noemen onderzoek het belang heeft aangetoond^[17,18,19].

Profylaxe die langer dan een uur voor de operatie wordt gegeven, leidt tot meer wondinfecties^[20] evenals profylaxe gegeven na de incisie^[21,22]. Het tijdstip waarop profylaxe werd gegeven, bleek de belangrijkste determinant voor het optreden van POWI's bij implantatie van heupprothesen^[23]. Herhalen van de toediening tijdens de operatie is alleen nodig bij operaties die langer dan 4 uur duren en operaties met veel bloedverlies (meer dan twee liter bij volwassenen). De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte).

In de (geautomatiseerde) OK/anesthesielijst dient volgens de richtlijn Peroperatief proces te zijn opgenomen op welk tijdstip de toediening en incisie hebben plaatsgevonden^[24]. Binnen het VMS Veiligheidsprogramma is een praktijkgids Voorkomen van wondinfecties na een operatie (2009) ontwikkeld, waarin voor antibioticaprofylaxe de procedure staat beschreven.

- Inslusiecriteria:
 - Een overzicht van de mogelijk te gebruiken antibiotica en ATC codes staat op de website van het Farmaceutisch Kompas (www.fr.cvz.nl). Ziekenhuizen maken hieruit een eigen, beperkte keuze.

[16] www.prezies.nl/zkhs/powi/ref_cijfers.

[17] Dipiro 1984.

[18] Burke 1961.

[19] Stone 1976.

[20] Galandiuk 1989.

[21] Clasen 1992.

[22] Lizan-Garcia 1997.

[23] Kasteren 2007.

[24] Richtlijn Peroperatief Traject (2011).

- *Indicatoroperaties*
 - *Cardio chirurgie: coronaire arteriële bypassoperatie.*
 - *Algemene chirurgie: colonresectie (CTG code 34738).*
 - *Vaatchirurgie: reconstructie aorta + bloedvaten in de buik (CTG code 33556/7/8 en 33500/20/21/31/71).*
 - *Orthopedie: totale heupprothese (CTG code 38567).*
 - *Orthopedie: totale knieprothese (CTG code 38663).*

Is de zorg voor geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan een locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Teller: aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar en waarbij tussen de 15:00-59:59 minuten voor de incisie (of bloedleegte) de voorgeschreven antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt.			
Noemer 1: totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar waarbij antibioticaprofylaxe gegeven is.			
Noemer 2: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar.			
Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe (wordt automatisch berekend):	%		
Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven (wordt automatische berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

1.5 Bariatrische chirurgie

Sinds de jaren vijftig worden operaties uitgevoerd om ernstig overgewicht te behandelen. Gebleken is dat deze behandelingen een hoog risico kunnen hebben. Gezien de risico's dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan, waaronder directe toegang tot een IC op niveau 1 en het uitvoeren van anesthesie door een ervaren anesthesioloog. De operatieve ingrepen kunnen in drie groepen worden verdeeld: restrictieve ingrepen (beperking voedselinname), malabsorptieve ingrepen (verminderde absorptie uit de darm) en een combinatie van beide. Chirurgische behandeling resulteert in significant gewichtsverlies, maar kan ten koste gaan van een groter risico op operatieve en langetermijncomplicaties. De laparoscopische techniek resulteert in een sneller postoperatief herstel met vergelijkbare resultaten maar de leercurve is vanwege de hoge technische moeilijkheidsgraad wel langer. Adolescenten (kinderen van 14 jaar en ouder) komen in aanmerking voor chirurgische behandeling bij extreme obesitas en obesitasgerelateerde comorbiditeit.

1.5.1 Indicator: Volume bariatrische ingrepen

In de richtlijn Morbide Obesitas uit 2011 is onder meer aangegeven dat per ziekenhuis jaarlijks gemiddeld (gemeten over een aaneensluitende periode van drie jaar) tenminste 100 bariatrische procedures plaatsvinden en dat complexe bariatrische ingrepen zoals de laparoscopische gastric bypass procedure, duodenal switch en sleeve resecties pas worden uitgevoerd nadat voldoende ervaring is opgedaan met eenvoudiger procedures (minimaal 100 laparoscopisch verstelbare maagbanden, LAGB) en de professionals voldoende getraind zijn.

Maagballonnen worden in de Richtlijn Morbide Obesitas niet genoemd en vallen niet onder de voorwaarden van tenminste 100 bariatrische procedures. De ingreep zou inmiddels niet vaak meer worden uitgevoerd.^[25]

Worden in het ziekenhuis bariatrische ingrepen uitgevoerd?

 ja

 nee
*

Is de zorg voor geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan een locatie?

 ja

 nee

Is het aantal patiënten bekend waarbij maagballonnen zijn geplaatst?

 ja

 nee
*

 n.v.t.
*

Totaal aantal patiënten waarbij een maagballon is geplaatst:

* Geef toelichting

[25] Het resultaat telt particuliere klinieken 2010, p.56, IGZ (2011).

Is het aantal patiënten bekend waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Totaal aantal patiënten ≥18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd.			
Totaal aantal patiënten ≥14 jaar maar <18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd.			
Totaal aantal patiënten waarbij een maagband is geplaatst (alle leeftijden).			
Totaal aantal patiënten waarbij een gastric bypass is uitgevoerd (alle leeftijden).			
Totaal aantal patiënten waarbij een sleeve resectie is uitgevoerd (alle leeftijden).			
Toelichting:			

**1.5.2 Indicator:
Percentage postoperatieve controles**

Follow-up is van groot belang voor een succesvolle behandeling en vindt gewoonlijk plaats na 6 weken en na 3, 6, 12 en 24 maanden na een bariatrische ingreep. Hierbij vindt controle van micronutriënten en vitamines plaats, na een bypass tevens op eiwit, albumine en PTH.

Postoperatief wordt het dieet regelmatig, en bij voorkeur door een diëtist met ervaring bij morbide obese patiënten, bewaakt. Daarbij zijn informatie over het juiste dieet voor de bariatrische procedure, bewaking van de micronutriëntenstatus, informatie over patiëntenorganisaties, individuele voedingssupplementen, begeleiding en aanwijzingen om gewichtsverlies en behoud hiervan op de lange termijn te bewerkstelligen van belang.

Werden er in uw ziekenhuis twee jaar voor het verslagjaar bariatrische ingrepen uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
---	-----------------------------	------------------------------

* Geef toelichting

Indien **ja**

Teller: totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (d.w.z. patiënten die in 2012 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).

Noemer: totaal aantal patiënten waarbij in 2012 bariatrische chirurgie is uitgevoerd.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.6 Cataractregistratie

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft met de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract een instrument in handen waarmee de uitkomsten van cataractoperaties kunnen worden vergeleken en benchmarking mogelijk is. Om kwaliteit van cataractchirurgie te verbeteren is het noodzakelijk dat iedere chirurg zich spiegelt aan de kwaliteit van anderen. Het belang van dataregistratie en medical auditing op basis van de verzamelde gegevens is onomstreden. Een complete registratie is daarbij onontbeerlijk. In 2011 werd slechts ongeveer 50 procent van de resultaten van cataractoperaties ingevoerd in de nationale database.

1.6.1 Indicator: Cataractregistratie

Uitvraag naar deelname in het landelijke NOG registratiesysteem betekent derhalve impliciet dat hiermee wordt gevraagd naar de bereidheid van de individuele specialist tot benchmarking en dit is onderscheidend in het streven naar kwaliteit.

Voor een patiënt betekent dit dat zijn/haar behandelaar diens kwaliteit vergelijkt met de door anderen geleverde kwaliteit en uit literatuur is bekend dat benchmarking een kwaliteitsverhogend effect heeft. Wat immers niet wenselijk is, is de situatie dat door een individuele beroepsbeoefenaar niet gekeken wordt hoe een nog beter resultaat kan worden bereikt en wat bepalend is bij anderen voor tevredenheid van patiënten na een staaroperatie.

De oogarts registreert na afsluiting van de operatie en de follow-up (4-6 weken). Het feitelijk aantal verrichte operaties door die oogarts is herleidbaar uit de Vektis data.

- *Inclusie criterium:*
 - *Alle cataract operaties.*
 - *De NVZ heeft in overleg met het Nederlands Oogheelkunde Gezelschap in haar handreiking coderingen bij de basisset 2013 de volgende specifieke ZA coderingen genoemd:*
 - *031241 Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens.*
 - *031242 Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens, m.b.v. niet standaard materialen of technieken, of uitgevoerd in de amblyogene leeftijd.*
 - *031250 Cataractoperatie intracapsulair.*
 - *031251 Cataractoperatie intracapsulair, met inbrengen van kunststoflens.*
 - *031268 Cataractoperatie extracapsulair.*

Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: aantal cataractoperaties die zijn ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem.			
Noemer: aantal cataractoperaties.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting

1.7 Registratie neurochirurgie

De leden van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) hebben in 2007 en 2008, per consensus, kwaliteitsindicatoren opgesteld voor vier, in de neurochirurgie belangrijke, ziektebeelden, waarvan de zorg onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen valt. Het betreft laag volume, complexe zorg die gepaard gaat met ernstige morbiditeit. Sindsdien registreren alle Nederlandse neurochirurgische centra de relevante items en rapporteert de NVvN deze jaarlijks aan haar leden voor benchmarking. Een indicator voor kwaliteit is de uitkomst van een behandeling. Dit is echter sterk afhankelijk van de case-mix van de behandelde pathologie. Om hier inzicht in te krijgen is een uitgebreide en gestandaardiseerde registratie nodig.

1.7.1 Indicator: Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)

Met de web-based QRNS biedt de NVvN alle centra de mogelijkheid om eenvoudig een uitgebreidere dataset per kwaliteitsindicator te registreren. Door voldoende relevante patiënteninformatie te registreren, is goede case-mixcorrectie mogelijk. Bij deelname aan QRNS krijgt elk centrum de mogelijkheid zijn data te spiegelen aan de landelijke gepoolde uitkomsten, waardoor de eigen kwaliteit van zorg te beoordelen en te verbeteren is. Uitkomstregistratie en monitoring wordt algemeen gezien als de eerste, essentiële stap voor kwaliteitsverbetering, zo ook in de neurochirurgie^[26]. Een complete, continue en landelijk dekkende registratie is hiervoor essentieel.

- **Inclusie criterium:**
- Definities aanhouden zoals die bij de QRNS gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de QRNS leidend.
- Alle patiënten die chirurgisch behandeld zijn voor een maligne glioom (ICD-9: 191.x, ICD-10: C71.x). Diagnose 1115 Hersentumor intra-axiaal of diagnose 1110 Hersentumor nn omschreven met OKpluscode 330165E Zorgactiviteits(ZA)code 030114 operatieve behandeling intraparenchymale aandoening supratentorieel oppervlakkig (oa tumor) zonder betrokkenheid ventrikel, basale kernen, thalamus (zwaarteklasse 4).
 - Geeft met verpleegdagen (1-5) in DOT de Zorgproduct(ZP)code 972802091 en met neuro-monitoring 972802090.
 - Geeft met verpleegdagen (6-28) in DOT ZPcode 972802093 en met neuromonitoring 972802092.
- Alle patiënten die behandeld (chirurgisch, endovasculair en expectatief) zijn voor een subarachnoïdale bloeding (ICD-9: 430, ICD-10: I60.9).
- Patiënt met subarachnoïdale bloeding die gecoiled is: Neurochirurgie: Diagnose 1201: Conservatieve beh + of -coiling:
 - Geeft met verpleegdagen (1-5) in DOT de ZPcode 099999017.
 - Geeft met verpleegdagen (6-28) in DOT de ZPcode 099999026.

[26] Wong JM, Bader AM, Laws ER, Popp AJ, Gawande AA. Patterns in neurosurgical adverse events and proposed strategies for reduction. *Neurosurg Focus.* 2012 Nov; 33(5):E1.

Voor coiling mag de Radioloog een DBC zorgproduct registreren: Met AMCcode 381028D of E (on)geruptureerd = ZAcodes 081328: Neurovasculaire coiling cerebraal aneurysma.

- ZPcode 990062020 neurointerventie.

- Patiënt met subarachnoïdale bloeding die geopereerd is: Diagnose 1205: Op beh enkv niet complex aneurysma en 1210: Op beh complex aneurysma(ta). Met OKpluscode 333430C ZAcodes 033424: Operatieve behandeling intracranieel aneurysma voorste deel cirkel van Willis, fronto-temporale benadering (zwaarteklasse 4).

- Geeft met verpleegdagen (1-5) in DOT de ZPcode 972802091.

- Geeft met verpleegdagen (6-28) in DOT ZPcode 972802093.

Met OKpluscode 333430D ZAcodes 033423: Operatieve behandeling intracranieel aneurysma achterste deel cirkel van Willis. (zwaarteklasse 5).

- Geeft met verpleegdagen (1-5) in DOT de ZPcode 972802082.

- Geeft met verpleegdagen (6-28) in DOT ZPcode 972802084.

- Patiënt met subarachnoïdale bloeding die niet behandeld is, alleen observatie: Neurologie: diagnose: 1101: subarachnoïdale bloeding.

- Geeft met verpleegdagen (1-5) in DOT de ZPcode 099999003.

- Geeft met verpleegdagen (6-28) in DOT ZPcode 099999040.

Indien de neurochirurg patiënt heeft opgenomen en observeert geeft dit dezelfde codes als bij coiling voor NEC.

Maligne glioom

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een maligne glioom?

 ja

 nee

Heeft u in het verslagjaar informatie over chirurgische behandeling van maligne glioom aan QRNS geleverd?

 ja

 nee
*

Teller: aantal chirurgische behandelingen van een maligne glioom, waarvan gegevens aangeleverd aan QRNS^[27].

Noemer: totaal aantal chirurgische behandelingen van een maligne glioom in uw ziekenhuis.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

* Geef toelichting

[27] Dit item wordt in rapportage van QRNS aan ziekenhuis aangeleverd.

Subarachnoïdale bloeding?

Worden er in uw ziekenhuis patiënten behandeld in verband met een subarachnoïdale bloeding?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u in het verslagjaar informatie over de behandeling van subarachnoïdale bloeding aan QRNS geleverd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: aantal behandelingen van een subarachnoïdale bloeding, waarvan gegevens aangeleverd aan QRNS ^[28] .		
Noemer: totaal aantal patiënten behandelingen van een subarachnoïdale bloeding in uw ziekenhuis.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting

[28] Dit item wordt in rapportage van QRNS aan ziekenhuis aangeleverd.

1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie

De minimaal invasieve chirurgie (MIC) is een relatief nieuwe techniek in het chirurgisch palet. Dit geldt zowel voor de algemene chirurgie, de gynaecologie als de urologie. Met de implementatie van technisch moeilijkere ingrepen (hoogcomplexere zorg, zoals de laparoscopische hysterectomie) bestaat er behoefte om risico's, implementatiegraad en kwaliteit te meten. Voor de kwaliteitsmeting geldt dat met het uitrollen van deze techniek er volgens de IGZ een specialisme overstijgend draagvlak en controlesysteem dient te bestaan^[29]. Dit houdt in dat voor zowel chirurgen, gynaecologen, als urologen die de MIC-techniek toepassen, dezelfde basiscriteria zullen moeten gelden. Hierdoor kan binnen het ziekenhuis geanticipeerd worden op nieuwe ontwikkelingen en kan de veiligheid voor de patiënt, bij het toepassen van deze technologie, gegarandeerd worden. De aanwezigheid van een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg binnen het ziekenhuis kan deze risico's, implementatiegraad en kwaliteit monitoren.

1.8.1 Indicator: Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg

Het multidisciplinaire MIC-gebruikersoverleg kan de kwaliteit van de toegepaste techniek en technologie bewaken en zo ook de eenheid van het gebruik van instrumentarium en apparatuur nastreven. Het MIC-gebruikersoverleg bevat voldoende factoren om die kwaliteit te meten (jaarverslag, complicatieregistratie, certificeringstatus, protocollen en richtlijnen). Ook zal hiermee de implementatiegraad van de techniek in het betreffende ziekenhuis naar voren komen.

Recent is vanuit de diverse beroepsgroepen de multidisciplinaire MIC-richtlijn kamerbreed geaccordeerd^[30]. In deze richtlijn wordt de inhoud van een 'functionerend MIC-gebruikersoverleg' toegelicht.

Het gebruikersoverleg moet voldoen aan de volgende kenmerken:

- *Regelmatische vergaderingen (ten minste 2 keer per jaar), met opvraagbare notulen.*
- *Samenstelling: alle vertegenwoordigers van de bij de MIC betrokken disciplines (ook instrumentele zaken, OK-assistenten etc.).*
- *Vaste agendapunten zijn:*
 - *complicatiebespreking.*
 - *(nieuw te introduceren) apparatuur, instrumentarium en technieken.*
 - *certificeringstatus van de zorgverleners die de minimaal invasieve verrichting uitvoeren.^[31]*
 - *richtlijnen en protocollen.*
 - *jaarverslag.*

[29] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. Den Haag, 2007.

[30] Multidisciplinaire richtlijn minimaal invasieve chirurgie.

[31] De anesthesioloog (geen certificeringstatus) dient op de hoogte te zijn van de anesthesiologische risico's die aan een MIC ingreep verbonden zijn en zoals weergegeven in de betreffende richtlijn.

Wordt er in het ziekenhuis minimaal
invasieve chirurgie uitgevoerd?

ja

nee

Functioneert binnen het ziekenhuis een
multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg
volgens de bovengenoemde kenmerken?

ja

nee
*

Toelichting:

* Geef
toelichting

2 Spoedprocessen

Het proces waarin patiënten met een acuut probleem zorg ontvangen heeft zijn eigen risico's. Niet alleen omdat de aandoeningen zelf risico's hebben en een complexe behandeling kunnen vragen, maar ook omdat veel behandelingen binnen een bepaalde tijd gestart moeten zijn. De meeste indicatoren binnen deze groep hebben als maat een interval gemeten tussen een moment van binnenkomst en het moment waarop een cruciaal element uit de behandeling is uitgevoerd, meestal uitgedrukt in uren, maar soms ook in één of meer kalenderdagen. Het startpunt van alle indicatoren is het moment waarop de patiënt op de spoedeisende hulp of polikliniek wordt ingeschreven, vóór de start van de diagnostiek op de afdeling. Tijdens de voorbereiding van deze indicatoren is bij een aantal ziekenhuizen na onderzoek gebleken dat dit tijdstip eenduidig wordt vastgelegd in het administratieve systeem van SEH of polikliniek.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. Uitkomsten van de volgende indicatoren kunnen aanleiding zijn voor een nader onderzoek van het spoedproces.

- **Spoed**
 - Behandeling patiënten met een STEMI.
 - Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur.

- **Interval** (tussen een moment van binnenkomst en het moment waarop een cruciaal element uit de behandeling is uitgevoerd):
 - Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP.
 - Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct.
 - Palliatieve radiotherapie botmetastasen.

Bovengenoemde indicatoren treft u respectievelijk aan in de hoofdstukken Operatief proces, Hart en vaten, Oncologie en Infectieziekten.

3 Verpleegkundige zorg

Het verplegen in ziekenhuizen is de laatste jaren zeer sterk veranderd. Verpleeguren zijn sterk teruggebracht. Complexe ingrepen worden in dagverpleging uitgevoerd en de eisen aan het vak zijn sterk toegenomen. Toch blijft de gewone basiszorg van buitengewoon groot belang voor patiënten en organisatie. Goed en verantwoord eten versnelt het herstel, evenals een goede wondbehandeling. De lijst is veel langer dan de onderwerpen waarvoor indicatoren zijn geformuleerd. Goed toezicht op verpleegkundige zorg is dan ook van groot belang.

Intensive care is een onderdeel waar verpleegkunde ook een bijzonder essentiële rol vervult. Intensieve zorg vormt een afdeling waar hoog technisch opgeleide verpleegkundigen en sterk invasief medisch beleid bij elkaar komen. Hierdoor ontstaat een omgeving waar hoog risico en patiëntenbelang samen moeten gaan. In een dergelijke omgeving is toezicht dermate belangrijk dat de intensive care is ondergebracht in een eigen hoofdstuk, en wel hoofdstuk 4.

Om een duidelijk overzicht te krijgen van een veelomvattend onderdeel als de verpleegkundige zorg is een verdeling gemaakt in indicatoren die onder basiszorg vallen en indicatoren die te maken hebben met een bewakingsfunctie. De volgende indicatoren kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

- **Basiszorg**
 - Wondzorg (alle indicatoren).
 - Ondervoeding (alle indicatoren).
- **Bewakingsfunctie**
 - Delirium (alle indicatoren).

De meeste van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis maar zijn hier ingedeeld vanwege het belang van de verpleegkundige zorg in deze zorgprocessen. De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van de verpleegkundige zorg, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- **Bewakingsfunctie**
 - Pijn na een operatie (alle indicatoren).
 - Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling.

De meeste indicatoren zijn zo vormgegeven dat indien het in uw ziekenhuis wenselijk wordt geacht, een aanzienlijke reductie van de belasting van het verzamelen kan worden bereikt door de informatie voor deze indicatoren in één keer te verzamelen.

3.1 Wondzorg

Kennis en ervaring ten aanzien van wondzorg is thans verspreid over meerdere (para) medische specialisaties. In de zorgketen is onderlinge communicatie over wondbehandeling gering. Wondbehandeling is daardoor versnipperd en veelal inefficiënt. In snelle opvolging van zorgverleners worden verschillende therapieën met verscheidene doelstellingen ten aanzien van een zelfde cliënt voorgeschreven. Dit kan leiden tot uitstel van de meest effectieve behandeling of tot opname in een ziekenhuis c.q. een verpleeghuis. De cliënt blijkt vaak langer dan nodig geconfronteerd te zijn met zijn lijden aan een (chronische) wond, evenals de gerelateerde pijnklachten en de resulterende beperkingen in zijn dagelijkse leven.

De impact die de komst van 'leg ulcerclinics' in Groot-Brittannië hadden op wondgenezing en kwaliteit van leven van cliënten met een wond, is goed gedocumenteerd.^[32-33-34] Frequentie consultatie, toezicht en begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen, evenals een 'laagdrempeligheid' bij het voorkomen van een recidief, zijn factoren die patiënten en hun wondgenezing ten goede komen.^[35]

De patiënt heeft recht op goede wondzorg waarbij een efficiënte aanpak dient te leiden tot een snelle wondgenezing, onafhankelijk van waar de patiënt zich bevindt. In navolging van Groot-Brittannië zien we ook in Nederland de opkomst van wondexpertisecentra met als kerntaken evidence based wondzorg, coördinatie in de keten en het verspreiden van expertise. Om de kwaliteit van nieuw op te richten en bestaande wondexpertisecentra te borgen is door V&VN Wondconsulenten en Woundcare Consultant Society (WCS) het initiatief genomen om kwaliteitscriteria te ontwikkelen. Enkele van deze criteria worden behandeld in de volgende twee indicatoren.

Voor een goede behandeling van wonden is het belangrijk dat iedere regio over een wondexpertisecentrum beschikt dat qua organisatiestructuur voldoet aan de volgende kenmerken:

- Beschikbaarheid van een multidisciplinair team waarin samenwerkingsafspraken tussen medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden zijn vastgelegd.
- Aanwezigheid van een elektronisch patiëntendossier dat het multidisciplinair team in staat stelt om met elkaar te communiceren. Doel van het elektronisch patiëntendossier is kwaliteit, continuïteit en coördinatie van zorg.
- Het wondexpertisecentrum beschikt over een meerjarenbeleidplan met een duidelijke visie over de toekomstige noodzakelijke ontwikkelingen om zodoende wondzorg in de keten op een kwalitatief hoog niveau te garanderen.
- Het wondexpertisecentrum werkt volgens de geldende richtlijnen.
- Het wondexpertisecentrum participeert in onderzoek, onderwijs en kennismanagement.

[32] Moffat 1992.

[33] Liew 2000.

[34] Gottrup 2001.

[35] Ruckley 1998.

Van belang is dat het wondexpertisecentrum beschikt over een casemanager die verantwoordelijk is voor de organisatiestructuur en de kerntaken van het wondexpertisecentrum. De casemanager wondzorg is een verpleegkundige met aantoonbare expertise in wondzorg.

3.1.1 Indicator: Wondexpertisecentrum

Beschikt u binnen uw ziekenhuis over of heeft u toegang tot een wondexpertisecentrum?

ja

nee
*

n.v.t.
*

Toelichting:

3.1.2 Indicator: Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texas classificatie

Bij 3% van de patiënten met diabetes ontstaat een voetulcus. Meer dan 15% van deze patiënten heeft vroeg of laat te maken met een amputatie van (een deel van) de voet, onderbeen of bovenbeen. Bij het ontstaan van een diabetische voetwond spelen vele factoren een rol. Inschatting van de mate van weefselperfusie is essentieel; bij ernstige ischemie zal genezing niet optreden, matige ischemie gaat gepaard met vertraagde wondgenezing en een slechtere prognose bij infectie. Een systematisch onderzoek is daarom belangrijk en zal als leidraad dienen bij de behandeling. Het is hiervoor van belang om landelijk en eenduidig te classificeren. Dit zodat ziekenhuizen in Nederland de behandeling van patiënten met een diabetisch voetwond met elkaar kunnen vergelijken en om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op landelijk niveau worden met een eenduidige classificatie beroepsverenigingen in staat gesteld vroegtijdig kwaliteitsproblemen te signaleren en verbetertrajecten in te zetten. Eenduidige classificatie is een voorwaarde voor een succesvolle landelijke registratie en voor verder gebruik van indicatoren. Internationaal bestaan er verschillende classificatiesystemen. De Wagner- en Texas classificatie zijn de meest bekende. In de consensustekst uit 1998 wordt ook de Nederlandse classificatie beschreven. Omdat de Texas classificatie internationaal is gevalideerd wordt in de basisset de Texas classificatie als standaard gebruikt.

Behandelt u patiënten met diabetische voetwonden?

ja

nee
*

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer één locatie?

ja
#

nee

Is het aantal patiënten met diabetische voetwonden geregistreerd?

ja

nee

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Registreert u patiënten met diabetische voetwonden volgens de Texas classificatie?

ja

nee

Zo nee, volgens welk ander systeem registreert u diabetische voetwonden?

Bij onderstaande vragen gaat het bij meerdere controles om de eerste classificatie.

Hoeveel diabetische voetwonden zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 1 Oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot'?

Hoeveel diabetische voetwonden zijn geclassificeerd in klasse. 'Graad 2 Wond penetreert tot op kapsel of pees'?

Hoeveel diabetische voetwonden zijn geclassificeerd in klasse. 'Graad 3 Wond penetreert in gewricht of op bot'?

Wordt bij de behandeling van patiënten met een diabetische voetwond het wond-expertisecentrum ingeschakeld?

ja

nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

3.2 Ondervoeding

Het probleem van ziektegerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen is al jaren bekend. De prevalentie is hoog (20-40 procent bij volwassenen en kinderen) en zonder systematische screening wordt slechts de helft van de ondervoede patiënten als zodanig herkend en hiervoor behandeld. De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan onder meer leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Deze factoren leiden tot een toename van de kosten van gezondheidszorg.

Het energiemetabolisme verandert ten gevolge van ziekte, waardoor het lichaam inefficiënt gebruikmaakt van energiebronnen. Ook breekt het lichaam bij ziekte in verhouding meer spiermassa af, waardoor de eiwitbehoefte toeneemt. Om ervoor te zorgen dat er geen lichaamsmassa wordt afgebroken, is het belangrijk om patiënten die in een slechte voedingstoestand verkeren voldoende energie en eiwit te geven.

Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht, eventueel gewichtstoename, een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. Bij kinderen kan ondervoeding leiden tot een vermindering van het IQ en een kortere definitieve lichaamslengte.

Om tijdig te kunnen behandelen, is herkenning van de ondervoede patiënt bij opname een eerste voorwaarde. Systematisch gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument voor ondervoeding kan het percentage terecht herkende ondervoede patiënten vergroten van 50 naar 80 procent.

Een adequate voedingsbehandeling houdt in dat de patiënt bij opname in het ziekenhuis wordt gescreend op ondervoeding, dat er indien nodig binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan ingezet wordt en dat binnen vier dagen de doelstelling wat betreft eiwitinname en energie-inname gehaald wordt.

Deze kwaliteitsindicatoren meten de mate waarin patiënten systematisch bij opname worden gescreend op ondervoeding en ondervoede patiënten tijdig en op adequate wijze worden behandeld.

Gegevens voor deze indicatoren worden ziekenhuisbreed verzameld. Hiervoor is gekozen omdat de hoge prevalentie van ondervoeding bij alle patiëntengroepen maakt dat screenen hoort bij de basiszorg.

Aangezien er op de kinderafdeling op een andere manier gescreend wordt en de criteria voor een optimale voedingsbehandeling ook anders zijn dan voor de volwassen patiëntengroep, moeten de gegevens van kinderen van 28 dagen -< 18 jaar apart gerapporteerd worden.

Definities

Ondervoede patiënten:

- Kinderen (28 dagen-1 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij -2 SD op de groeicurve gewicht naar leeftijd.
- Kinderen (1-< 18 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij -2 SD op de groeicurve gewicht naar lengte^[36,37].
- Volwassen patiënten (≥ 18 jaar) met een screeningsuitslag bij opname van SNAQ ≥ 3 punten of MUST ≥ 2 punten.

3.2.1 Indicator: Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

Een eerste stap om ondervoeding aan te pakken, is iedere patiënt bij opname in de kliniek te screenen (op het risico) op ondervoeding en zo nodig een behandelplan op te stellen. De actuele voedings-toestand bij kinderen kan bepaald worden middels het meten van gewicht en lengte bij kinderen ≥1 jaar en het gewicht bij kinderen <1 jaar. Aan de hand van deze gegevens kan de standaarddeviatiescore berekend worden en kan vastgesteld worden of er sprake is van acute ondervoeding. Een optimale screening bevat naast de vaststelling of er sprake is van acute ondervoeding ook een bepaling van chronische ondervoeding. Hiervoor kan er bij kinderen ≥1 jaar aan de hand van de gemeten lengte vastgesteld worden of er sprake is van chronische ondervoeding. Om vast te stellen of het kind een risico heeft om tijdens opname ondervoed te raken, dient bij opname een screeningsinstrument gebruikt te worden. Een voorbeeld van een screeningsinstrument is de STRONGkids; aan de hand van een viertal vragen kan het risico op ondervoeding bij opname bepaald worden^[38,39].

- **Exclusiecriteria:**
 - Kinderen in dagopname.
 - Kinderen jonger dan 28 dagen.

[36] Zie voor groeicurves www.growthanalyser.org.

[37] Frederiks AM, van Buuren S, Burgmeijer RJ et al., Continuing positive growth in the Netherlands 1955-1997, *Pediatr Res* 2000; 47:316-323.

[38] Zie voor meer informatie www.stuurgroepondervoeding.nl.

[39] Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clin Nutr* 2010;29:106-11.

Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Welk screeningsinstrument om het risico op ondervoeding te bepalen wordt gebruikt bij kinderen?	<input type="checkbox"/> STRONGkids	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	
A Aantal klinisch opgenomen kinderen in het verslagjaar.			
B Aantal kinderen, bij opname gescreend op acute ondervoeding.			
C Aantal kinderen dat is geclassificeerd als acuut ondervoed.			
Percentage 1 (B/A): percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding. (wordt automatisch berekend):	%		
Percentage 2 (C/B): percentage kinderen dat geclassificeerd is als acuut ondervoed. (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

3.2.2 Indicator: Behandeling van ondervoeding

Deze indicator inventariseert bij de ondervoede patiënten welk percentage van de vastgestelde eiwitbehoefte en/of energie-inname op de vierde opnamedag wordt gehaald.^[40] Gekozen is voor de vierde opnamedag omdat het van belang is dat de patiënt zo snel mogelijk adequaat wordt gevoed nadat ondervoeding is geconstateerd. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is natuurlijk eerst een goede screening (op het risico) op ondervoeding nodig.

Voor volwassenen en kinderen is de norm voor eiwitinname hieronder weergegeven. Voor kinderen is ook een norm voor energie-inname weergegeven. Het blijkt dat de energiebehoefte bij de meeste ondervoede volwassen patiënten gedekt is, wanneer aan de aanbevelingen voor de voedingsinname van eiwit wordt voldaan. Bij kinderen zijn de fysiologische reserves geringer. Extra energie en voedingsstoffen zijn nodig. Daarom is voor kinderen, naast een minimale norm voor de eiwitinname, tevens een minimale norm voor de energie-inname opgenomen.

Deze indicator bestaat uit twee onderdelen. Voor deel A en B wordt van u verwacht dat u minimaal een puntmeting uitvoert, een continue meting verdient de voorkeur. Indien u geen continue meting heeft uitgevoerd, dient u in de indicator de datum van de meetdagen in te vullen.

Puntmeting

Bij alle ondervoede patiënten (ernstig ondervoede volwassenen en acuut ondervoede kinderen (> 1 jaar)) voert u minimaal vier maal per jaar (ieder kwartaal één maal) een puntmeting uit. U bepaalt op de vijfde opnamedag de eiwitinname van de vierde opnamedag (en bij kinderen ook de energie-inname).

Definities

Eiwitbehoefte voor volwassenen en kinderen > 1 jaar: 1,2 tot 1,5 gram per kg lichaamsgewicht^[41].
Minimale energiebehoefte voor kinderen: Schofield^[42] + 30% toeslag.

[40] Dag van opname is dag één. De intake op de vierde opnamedag wordt op de vijfde opnamedag geïnventariseerd door de diëtist ter evaluatie van de voedingsbehandeling. Als patiënten ten gevolge van bijvoorbeeld onderzoek of behandeling (deels) nuchter moeten blijven op de vierde opnamedag, wordt de gemiste maaltijd van de vorige of de volgende dag meegenomen bij de evaluatie van de intake.

[41] Bij volwassenen met een BMI > 27 dient het lichaamsgewicht bij BMI 27 gehanteerd te worden in deze formule.

[42] De Schofield-formule is een bekende maat om de energiebehoefte voor kinderen te berekenen. Meer informatie is hierover te vinden op www.stuurgroepondervoeding.nl.

A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Is er een continue meting uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee, vul dan de meetdagen in	
Meetdag 1 (jan-mrt)	dd-mm-jjjj		
Meetdag 2 (apr-jun)	dd-mm-jjjj		
Meetdag 3 (jul-sep)	dd-mm-jjjj		
Meetdag 4 (okt-dec)	dd-mm-jjjj		
Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.			
Noemer: aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

B Behandeling van ondervoeding bij kinderen

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de 4e opnamedag bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

Is er een continue meting uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, vul dan de meetdagen in
Meetdag 1 (jan-mrt)	dd-mm-jjjj
Meetdag 2 (apr-jun)	dd-mm-jjjj
Meetdag 3 (jul-sep)	dd-mm-jjjj
Meetdag 4 (okt-dec)	dd-mm-jjjj
Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitname op de vierde opnamedag.	
Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.	
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen.	
Percentage 1 (wordt automatisch berekend):	%
Percentage 2 (wordt automatisch berekend):	%
Toelichting:	

3.2.3 Indicator: Screening op ondervoeding op de polikliniek

Ondervoeding is een veelvoorkomend probleem met belangrijke fysiologische, psychologische, sociale en economische gevolgen. Om ondervoede patiënten tijdig te kunnen behandelen is vroege herkenning gewenst. In drie recent verschenen richtlijnen is vroege herkenning van ondervoeding opgenomen als onderdeel van de (verpleegkundige) anamnese en/of de medische behandeling. Deze richtlijnen zijn de 'Richtlijn perioperatief voedingsbeleid', de 'Richtlijn ondervoeding bij patiënten met kanker' van het Integraal Kankercentrum Nederland en de 'Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding'.

Ondervoeding is een veelvoorkomend probleem bij patiënten rond een operatie. De prevalentie van ondervoeding verschilt erg per ziektebeeld en kan oplopen tot boven de 50%. Door de medische behandeling verslechtert de voedingstoestand vaak (verder).

Gewichtsverlies en/of ondervoeding zijn geassocieerd met een slechtere kwaliteit van leven, een lagere respons op therapie, een grotere kans op complicaties, langzamer herstel en een kortere levensverwachting. Daarom is het belangrijk om ondervoede patiënten zo vroeg mogelijk, bij voorkeur voor de

start van de medische behandeling, te herkennen en te behandelen.

Het heeft de voorkeur om structureel (percentage) gewichtsverlies en BMI als basiskenmerk van de patiënt te verzamelen in het eerste poliklinische consult. Ook wordt geadviseerd een van de screeningsinstrumenten te gebruiken die in de bovenstaande richtlijnen genoemd worden: voor de oudere populatie is dit de MNA, de MNA-SF en de SNAQ65+ en voor de overige volwassen patiënten de SNAQ of de MUST.

- Afkapwaarden BMI en gewichtsverlies:
 - Volwassenen (18-64 jaar)
 - BMI < 18,5 kg/m² en/of
 - >5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand en/of >10% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste 6 maanden.
 - Ouderen (≥ 65 jaar)
 - BMI < 20 kg/m² en/of
 - >5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand en/of >10% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste 6 maanden.
- Afkapwaarden screeningsinstrumenten:
 - MNA: 0-16 punten
 - MNA-SF: 0-7 punten
 - SNAQ: ≥ 3 punten
 - SNAQ65+: score rood
 - MUST: ≥ 2 punten
- Inclusiecriteria
 - Volwassen patiënten (18 jaar en ouder).
 - Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.
 - Pre Operatieve Screening (POS): elke keer dat een POS geïndiceerd is voor een ingreep, telt deze mee.

Is het percentage patiënten dat tijdens de pre-operatieve screening in het verslagjaar is gescreend op ondervoeding bekend?

ja

nee

*

n.v.t.

*

Welke screeningsmethode wordt hiervoor gebruikt?

Berekening van het percentage gewichtsverlies en de BMI of MNA of MNA-SF of SNAQ of SNAQ65+ of MUST

Anders, namelijk:

* Geef toelichting

Toelichting:

Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek

Zijn er schriftelijke afspraken over het behandelbeleid op de Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek als de screening de uitslag 'ondervoed' heeft?

 ja

 nee
*

A Aantal pre-operatieve screenings op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.

B Aantal patiënten dat tijdens de pre-operatieve screening is gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.

C Aantal patiënten dat is gekwalificeerd als 'ondervoed'.

Percentage 1 (B/A): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat gescreend is op ondervoeding (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (C/B): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat geclassificeerd is als 'ondervoed' (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

* Geef toelichting

3.3 Delirium

Delirium is waarschijnlijk de meest voorkomende neuropsychiatrische stoornis in het algemeen en academisch ziekenhuis, met een prevalentie van 15 tot 50 procent bij opgenomen oudere patiënten. In geselecteerde patiëntengroepen kan de incidentie zelfs hoger zijn, bijvoorbeeld op een intensive care-afdeling en bij terminale kankerpatiënten^[43]. Hoewel het delirium niet alleen op hoge leeftijd voorkomt, stijgt de kans op een delirium met het stijgen van de leeftijd (boven de kinderleeftijd) aanzienlijk. Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van het hersenmetabolisme die gepaard gaat met een verscheidenheid aan neuropsychiatrische symptomen. Het wordt gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn met een gestoorde aandacht en concentratie, cognitieve stoornissen, waaronder stoornissen van het geheugen, oriëntatie en taal, en perceptuele stoornissen, zoals hallucinaties. In het meest typische geval ontstaat een delirium binnen een korte periode en heeft het een fluctuerend beloop. De diagnostische criteria zijn gebaseerd op de (DSM-IV)^[44].

Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijngevolgen, zoals een langere duur van een ziekenhuisopname, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in het ziekenhuis, een toegenomen ziekenhuissterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere financiële kosten^[45].

Een klinisch bruikbaar model voor het delirium is het model ontwikkeld door Inouye. Zij maakt onderscheid tussen enerzijds predisponerende factoren ofwel preëxistente risicofactoren, en anderzijds precipiterende factoren, die de directe aanleiding voor het delirium zijn^[45]. Doordat de predisponerende factoren al vóór opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

Ondanks de negatieve prognostische implicaties van het doormaken van een delirium wordt in de meeste ziekenhuizen weinig aandacht besteed aan het optreden van een delirium. In veel ziekenhuizen is er geen structurele deskundigheidsbevordering en ontbreekt samenwerking in ketenzorg^[46]. Uit onderzoek is bekend dat het delirium bij tweederde van de patiënten niet herkend wordt. Onduidelijk is in hoeveel procent het delirium niet, of niet volgens de gangbare richtlijnen, behandeld wordt.

[43] Van der Mast, R.C., et al., Richtlijn delirium. 2004, Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

[44] American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Fourth edition, text revision ed. 2000, Washington: American Psychiatric Association.

[45] Inouye SK., Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006 Mar 16;354(11):1157-65. Review. No abstract available. Erratum in: *N Engl J Med.* 2006 Apr 13;354(15):1655.

[46] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend. 2005, IGZ: Den Haag.

3.3.1 **Indicator: Risico op delirium**

De eerste stap in het ontwikkelen van een beleid voor patiënten met een delirium is de aanwezigheid van een deliriumprotocol en gespecialiseerd personeel. Deze structuurindicator zit sinds 2014 niet meer in de basisset. De volgende stap is het screenen van patiënten op een verhoogd risico voor het optreden van delirium. Het risico op delirium is uitgebreid in verschillende specifieke patiëntengroepen onderzocht. Voorspellende factoren voor het optreden van delirium zijn onder te verdelen in factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium (de pre-existente risicofactoren) en factoren die een directe aanleiding vormen voor delirium (de precipiterende factoren). Deze indicator richt zich op factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium: hoge leeftijd, een reeds gestoorde cognitie en de aanwezigheid van ernstige chronische ziekten die de dagelijkse activiteiten belemmeren (American Society of Anesthesiologists (ASA) III-V). Alcoholmisbruik wordt niet meegenomen, omdat dit niet betrouwbaar is vast te stellen en omdat in het algemene ziekenhuis het onderscheid met andere oorzaken van delirium niet goed te maken is (zie: 'Richtlijn delirium'). Het verhoogde risico op delirium wordt vastgesteld aan de hand van 3 inventariserende vragen aan patiënt en/of mantelzorg.

Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke opname wordt het risico op delirium vastgesteld door het beantwoorden van de volgende vragen:

- 1 Heeft de patiënt geheugenproblemen?
- 2 Heeft de patiënt in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- 3 Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat de patiënt in de war was?

Bij elke geplande opname voor een operatie wordt al poliklinisch (bij de preoperatieve screening) het risico op een delirium vastgelegd. Van een verhoogd risico is sprake bij één of meer positieve antwoorden. Als het risico bij de preoperatieve screening is gecontroleerd, moet bij de opname voor de operatie nog gecontroleerd worden of er geen veranderingen zijn opgetreden in de conditie van de patiënt (stopmoment 3 uit de preoperatieve richtlijn^[47]).

Andere gronden voor vaststellen verhoogd risico

Indien alle vragen negatief zijn beantwoord maar er op andere gronden (o.a. meerdere psychotrope medicijnen of hersenletsel) toch verdenking is op een verhoogd risico op delirium, dan moet aanvullende risico-inventarisatie plaatsvinden, bijvoorbeeld met een cognitieve screeningstest. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd en te worden opgenomen in de groep die regelmatig geobserveerd wordt op het optreden van delirium (indicator 3.3.2).

[47] <http://www.anesthesiologie.nl/richtlijnen>.

Uitkomst van deze indicator bestaat uit het percentage afdelingen dat structureel bij opname van patiënten van 70 jaar en ouder de risicoscore voor delirium vastlegt. Onder structureel vastleggen wordt verstaan dat bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen op die afdeling, de antwoorden op de bovenstaande drie vragen (vanaf nu 'de risicoscore') bij opname bekend en gedocumenteerd zijn, ongeacht de uitkomst.

Zijn de afdelingen waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: het aantal afdelingen of, in het geval van preoperatieve screening, poliklinieken, waar bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder bij opname een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier.			
Noemer: het aantal afdelingen in het ziekenhuis waar op enig moment in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder zijn opgenomen of in het geval van preoperatieve screening poliklinisch zijn onderzocht.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

3.3.2

Indicator: Screening op en observatie van delirium

Patiënten met een verhoogd risico op delirium dienen actief en regelmatig geobserveerd te worden met een screeningsinstrument. Twee situaties tijdens ziekenhuisbehandeling zijn bij uitstek startpunt van een op delirium gerichte observatie: een patiënt kan al bij opname in het ziekenhuis delirant zijn (prevalent delirium) of kan tijdens de ziekenhuisopname een delirium ontwikkelen (incident delirium).

* Geef toelichting

De uitkomst van deze indicator bestaat uit de fractie van de patiënten met een verhoogd risico op delirium (indicator 3.3.1), bij wie met een screeningsinstrument is beoordeeld of er sprake is van een delirium, ongeacht de uitkomst. Verpleegkundigen kunnen hiervoor de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) gebruiken, artsen de Confusion Assessment Method (CAM).^[48]

Meetmethode

Een dag per 3 maanden vaststellen van het aantal met de DOSS- of CAM-geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder, bij wie een verhoogd risico op delirium is vastgesteld. Dit zijn bij voorkeur zowel de patiënten bij wie een delirium aanwezig was bij opname als de gescreende hoog-risico patiënten van 70 jaar en ouder. De uitslag van de indicator is het gemiddelde van de 4 metingen.

- Inclusiecriteria:
 - Patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen op de 4 meetdagen.

Is het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Zijn in de teller en noemer ook de patiënten opgenomen waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	
Teller: het aantal patiënten dat met de DOSS of CAM tenminste éénmaal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium, ongeacht de uitkomst.			
Noemer: het aantal patiënten bij wie met de methode van indicator 3.3.1 is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium (teller indicator 3.3.1), aangevuld met de patiënten bij wie op andere wijze een verhoogd risico op een delirium is vastgesteld.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting

[48] DOSS: http://www.psychiatrienet.nl/oudesite/files/DOS_vragenlijst_en_invulinstructie.doc.pdf
CAM: <http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/>

4 Intensive care

Op een IC-afdeling worden patiënten opgenomen bij wie de vitale functies gestoord of ernstig bedreigd zijn en bij wie vaak beademing noodzakelijk is. Afhankelijk van het niveau van de IC-afdeling kan dit om een kortdurende ondersteuning van ademhaling of circulatie bij niet-complexe patiënten gaan of om intensieve behandeling van complexe patiënten. De indicatoren voor de intensive care vormen een apart hoofdstuk binnen de basisset. De intensive care is een belangrijke functie in een ziekenhuis die een rol speelt in veel van de grote zorgprocessen. De afdeling is dan ook een belangrijk onderwerp van toezicht.

Ten tijde van ontwikkeling van deze basisset was de nieuwe richtlijn voor de IC nog niet definitief.

In dit hoofdstuk is de volgende indicator opgenomen:

- Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling.

De volgende indicator met een relatie met intensive care is in een ander hoofdstuk opgenomen:

- Resectie van de pancreas (whipple of PPPD).

4.1 Beademingsuren

**4.1.1 Indicator:
Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling**

- *Definities:*
- **Beademingsuur:** Een kalenderuur waarop op enig moment sprake is van invasieve of non-invasieve mechanische beademing van een patiënt binnen een intensive care-afdeling, of indien de beademing elders is gerealiseerd, minimaal onder medische eindverantwoordelijkheid van een intensivist is uitgevoerd.
- **Kinderen:** Patiënten jonger dan 18 jaar. Uitzonderd de kinderen op de pediatrie- en de neonatologie IC.

Beademt u kinderen (<18 jaar) op een IC voor volwassenen? ja nee geen IC aanwezig

Beschikt u over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC? ja * nee * n.v.t.

Toelichting:

Beademingsuren

	<72 uur		72-120 uur		>120 uur	
	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren
Kinderen (<18 jaar)						

* Geef toelichting

5 Oncologie

In dit hoofdstuk zullen de indicatoren aan bod komen die een rol spelen in het oncologisch proces. Deze indicatoren zijn onderverdeeld in 3 deelprocessen: diagnostiek (multidisciplinair overleg), operatieve behandelingen en radiotherapeutische behandelprocessen.

Multidisciplinair overleg

Het multidisciplinaire overleg speelt een sleutelrol binnen het oncologisch proces. Het is het punt waarin veel diagnostische processen samenkomen en kan een belangrijk schakelpunt zijn tussen het diagnostische en het therapeutische deel van het oncologisch proces. Binnen dit multidisciplinair overleg wordt voor deze indicatoren gefocust op:

- Mammacarcinoom.
- Urologische tumoren.
- Longcarcinoom.

Operatieve processen

In de tweede plaats komen operatieve processen aan bod op de volgende gebieden:

- Mammacarcinoom.
- Longcarcinoom.
- Gastro-intestinale tumoren.
- Urologische tumoren.
- Ovariumcarcinoom.

Radiotherapeutische behandelingen

Als laatste komt de behandeling van botmetastasen met (palliatieve) radiotherapie aan bod.

De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van het oncologisch proces, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- Ondervoeding (alle indicatoren).
- Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie.

5.1 Samenwerking

De behandeling van patiënten met kanker vereist op elkaar afgestemde deskundigheid vanuit verscheidene disciplines. Door het beschikbaar komen van verbeterde behandelingen die gebruik maken van zowel chirurgische, radiotherapeutische als medicinale interventies, is overleg al direct na de diagnostische fase in steeds meer situaties gewenst. In een multidisciplinair opgesteld behandelplan zal na iedere fase in de behandeling opnieuw gekeken worden naar de status en de gewenste behandeling van de patiënt. Dit is een belangrijk onderdeel van de regie van het oncologisch proces. Hierbij zullen effect van de therapie, nadere gegevens over de tumorkarakteristieken en de conditie van de patiënt worden gewogen, zodat een op de individuele patiënt toegesneden behandeling kan worden gegeven. In het continuüm van multidisciplinaire kankerzorg is goede verslaglegging en communicatie tussen betrokkenen, inclusief de patiënt, essentieel.

5.1.1 Indicator: Multidisciplinair overleg (MDO)

Het is gebruikelijk om patiënten te bespreken in een multidisciplinair overleg voordat de therapie is begonnen. Het is aan te raden om deze in te delen per groep van tumoren (specifiek MDO). De diverse betrokken deskundigen zullen de diagnostische en therapeutische mogelijkheden in dit team bespreken om snel tot een individueel behandeltraject te kunnen komen. Ook kan een bespreking in multidisciplinair verband bijdragen aan behandeling van oncologische patiënten volgens de landelijke richtlijnen. Gezien het recente IGZ-rapport waar dossievoering en interdisciplinaire afspraken als onvoldoende zijn beoordeeld, is dit onderwerp van belang. Een goede multidisciplinaire bespreking zal bijdragen aan meer transparantie over de afweging van de behandelindicatie, zowel voorafgaande aan de behandeling als na de behandeling.

- Inclusioncriteria:
 - Een multidisciplinair overleg (MDO) voor een specifieke tumor is aanwezig indien:
 - 1 Er schriftelijke afspraken zijn rond de organisatie over
 - a verantwoordelijkheden
 - b voorzitter
 - c samenstelling
 - d aanwezigheid van alle relevante disciplines voor de betreffende tumorvorm
 - e aanmelden van patiënten
 - f notulen besluiten
 - g uitvoering besluiten
 - h terugkoppeling uitvoering besluiten.
 - 2 Dossievoering herkenbaar aanwezig en toegankelijk is.

Bij een MDO moeten de volgende deelnemers aanwezig zijn: radiotherapeut-oncoloog, internist-oncoloog, chirurg-oncoloog en/of orgaanspecialisten.

Specifiek voor de te bespreken tumorsoort: maag-darm-leverarts, of longarts en longchirurg en cardiothoracale chirurg, of uroloog, en patholoog en radioloog. Indien taken in belangrijke mate zijn gedelegeerd naar verpleegkundigen moet hun inbreng gewaarborgd zijn. Bij een voor de indicator volledig MDO longcarcinoom zijn aanwezig: een longarts, een radiotherapeut, een chirurg, een radioloog en bij voorkeur een nucleair geneeskundige en een patholoog. Over de aanwezigheid van een patholoog en radioloog bij het urologisch MDO bestaat geen consensus. Hierbij kan ja geantwoord worden indien een of beide specialismen afwezig zijn. Dit dient wel in de toelichting te worden gemeld.

De wijze waarop een specifiek multidisciplinair overleg georganiseerd kan worden is afhankelijk van de faciliteiten van het ziekenhuis. Indien disciplines of functies afwezig zijn, dient in de toelichting te zijn aangegeven op welke wijze in deze expertise is voorzien. Alleen indien aan alle bovenstaande vereisten is voldaan kan voor een specifiek MDO ja worden gescoord. Als er een algemene bespreking is waarbinnen alle tumorvormen besproken kunnen worden dienen de vragen naar een specifiek MDO met nee te worden beantwoord. De aanwezigheid van een algemene bespreking kan dan in de toelichting aangegeven worden.

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?

ja # nee

a Mammacarcinoom:
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een mammacarcinoom behandeld?

ja nee *

Is een plastisch chirurg structureel aanwezig bij het MDO?

ja nee *

Beschikt u over een specifiek MDO waarin de volgende tumorgroepen adequaat besproken kunnen worden:

b Urologische tumoren:
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een urologische tumor behandeld?

ja nee *

voor start behandeling

ja nee *

postoperatief

ja nee *

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

c Longcarcinoom:

Worden er in uw ziekenhuis patiënten
met een longcarcinoom behandeld?

 ja nee
*

voor start behandeling

 ja nee
*

postoperatief

 ja nee
*

Toelichting:

* Geef
toelichting

5.2 Borstkanker

5.2.1 Indicator: Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie

Bij een (relatief) kleine tumor waarbij geen uitzaaiing is aangetoond zijn twee behandelingen mogelijk: mammasparende therapie of borstampuatie. Mammasparende therapie bestaat uit lokale excisie van de tumor met daaromheen een marge van gezond weefsel, gevolgd door radiotherapie op de hele borst. Het doel van borstsparende therapie is het radicaal verwijderen van de tumor met een zo goed mogelijk cosmetisch resultaat. Vooral een goede diagnostiek en accurate bepaling van de uitbreiding van het mammacarcinoom zijn bepalend voor het resultaat^[49]. De chirurg moet de diverse diagnostische input integreren om tot een goed besluit te komen. Als de tumoruitbreiding wordt overschat, zal te veel gezond weefsel worden verwijderd, leidend tot een slechter cosmetisch resultaat. Als de uitbreiding van de ziekte wordt onderschat, zal de tumor incompleet verwijderd worden, waardoor heroperaties nodig zijn. De meeste recidieven na borstsparende therapie ontstaan door lokale uitgroei van resttumor.^[50]

Het aantonen van tumorweefsel in de snijvlakken is één van de belangrijkste voorspellers van resttumor. De uitkomst van de eerste borstsparende operatie wordt conform de richtlijn Mammacarcinoom^[51] als volgt in de kankerregistratie geregistreerd:

0 = radicale excisie (snijranden vrij of alleen focaal irradicaal in snijrand)

1 = irradicale excisie (snijranden meer dan focaal niet vrij van invasieve tumor of ductaal carcinoma in situ (DCIS))

X = onbekend.

- Inslusiecriteria:
 - De NVZ heeft in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde in haar handreiking coderingen bij de basisset 2013 de volgende specifieke ZA coderingen genoemd:
ZA coderingen voor borstsparende operatie:
 - 033911 Locale excisie mammatumor met vriescoupe of onder röntgencontrole onder algehele anesthesie.
 - 033913 Conusexcisie van de mamma.ZA coderingen voor niet-borstsparende operatie.
 - 033920 (Subcutane) mastectomie met of zonder huidreductie, zonder okseltoilet.
 - 033930 Mamma amputatie met verwijderen van oksellymfklieren.
 - 033950 Mamma amputatie met uitruiming van axillaire infraclaviculaire en retrosternale lymfklieren.

[49] Eline Deurloo. Correlation of diagnostic breast imaging data and pathology: application to diagnosis and treatment. Proefschrift UvA 2005.

[50] Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON)-nota. De organisatie van diagnostiek en behandeling van het mammapathologie in Nederland, 1999.

[51] Richtlijn Mammacarcinoom volgens de NABON-Nota 'Handboek organisatie mammazorg', april 2008, uitgegeven onder verantwoordelijkheid van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland.

- *Exclusiecriteria:*
 - *Mamma-amputatie.*
 - *Recidief operatie.*

Zijn de geïncludeerde patiënten behandeld op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller 1: aantal patiënten bij wie meer dan focaal kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie (code 1) ^[52] .			
Teller 2: aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie (code x) ^[52] .			
Noemer 1: totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS) ^[53] .			
Noemer 2: aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in het verslagjaar ^[54] .			

[52] Tellergegevens zijn door behandelend artsen in ziekenhuizen op te vragen bij de kankerregistratie conform samenwerkingsovereenkomst model overeenkomst IKC-ziekenhuizen.
Lokale bron teller: indien te betrekken uit ziekenhuisregistraties: PALGA, OK verslag, PA verslag. De meetperiode mag daarbij afwijken van het rapportagejaar, mits daarbij de volledige door het IKC geanalyseerde periode wordt gebruikt.

[53] Noemergegevens zijn door behandelend artsen in ziekenhuizen op te vragen bij de kankerregistratie conform samenwerkingsovereenkomst model overeenkomst IKC-ziekenhuizen.
Lokale bron noemer, indien te betrekken uit ziekenhuisregistratie: PALGA (zoekvraag mamma en carcinoom), CTG-verrichtingenregistratie: OK/CTG-verrichtingen codes MST.

- 333914 r/l tumor excisie.
- 333915 r/l tumor excisie en okselklier toilet (is MST).

[54] Noemergegevens zijn door behandelend artsen in ziekenhuizen op te vragen bij de kankerregistratie conform samenwerkingsovereenkomst model overeenkomst IKC-ziekenhuizen.
Lokale bron noemer, indien te betrekken uit ziekenhuisregistratie: PALGA (zoekvraag mamma en carcinoom), ZA coderingen:

Borstsparende operatie: zie vorige voetnoot.
Niet-borstsparende operatie:

- 33920 (Subcutane) mastectomie met of zonder huidreductie, zonder okseltoilet.
- 33930 Mamma amputatie met verwijderen van oksellymfklieren.
- 33950 Mamma amputatie met uitruiming van axillaire infraclaviculaire en retrosternale lymfklieren.

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Percentage patiënten waarbij kankerweefsel is achtergebleven (wordt automatisch berekend):	%
Percentage patiënten waarbij niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven (wordt automatisch berekend):	%
Percentage patiënten dat met een borstbesparende operatie is behandeld (wordt automatisch berekend):	%
Welke databron heeft u gebruikt?	<input type="checkbox"/> Kankerregistratie NKR/IKNL <input type="checkbox"/> Palga <input type="checkbox"/> OK-verslag <input type="checkbox"/> PA-verslag <input type="checkbox"/> CTG-verrichtingen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
Toelichting:	

* Geef toelichting

5.2.2

Indicator:**Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)**

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. In Nederland wordt jaarlijks bij meer dan 13.000 vrouwen de diagnose borstkanker gesteld. In vrijwel ieder ziekenhuis in Nederland worden patiënten met borstkanker behandeld.

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de wetenschappelijke vereniging van chirurgen, heeft begin 2011 de kwaliteitsnormen voor de behandeling van borstkanker vastgesteld. Naast een minimale volumenor (50 borstkankeroperaties per ziekenhuis per jaar) zijn er ook eisen aan de infrastructuur en het zorgproces gesteld, zoals het zowel pre- als postoperatief bespreken van patiënten in een multidisciplinaire bespreking. Als integraal onderdeel van deze kwaliteitsnormen heeft de NVvH deelname aan de door de beroepsvereniging opgezette kwaliteitsregistratie voor borstkanker verplicht gesteld voor haar leden. Het betreft de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA), die is opgezet naar analogie van de kwaliteitsregistratie van darmkankerchirurgie in Nederland, de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

Deze kwaliteitsregistraties zijn een integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NVvH en hebben het doel meer inzicht te verkrijgen in de factoren die leiden tot gewenste en ook ongewenste uitkomsten van zorg. Hiervoor zijn een aantal kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die zowel de kwaliteit van het zorgproces als de zorguitkomsten betreffen. Door tijdige terugkoppeling van individuele resultaten ten opzichte van het landelijk gemiddelde (benchmarking) worden ziekenhuizen in staat gesteld om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren.

- Exclusiecriteria:
 - Re-excisies.
 - Resecties voor recidieven.
 - Op zich zelf staande okselklierdissecties.

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?

ja # nee

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met primair mammacarcinoom?

ja nee *

Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van primaire mammacarcinomen in uw ziekenhuis aan de DBCA geleverd?

ja nee *

Teller: aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DBCA

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Noemer: totaal aantal eerste chirurgische resecties voor primair mamma carcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis.

Percentage eerste chirurgische resecties voor primair mamma carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DBCA (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

5.2.3

Indicator:

Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten

Tussen diagnose en de start van de behandeling is een wachttijd nodig om de patiënt bedenkend te geven om de voor haar goede beslissing voor behandeling te nemen (met afweging voor wel/geen chemotherapie of eventueel behandeling in omgedraaide volgorde: eerst chirurgie, daarna chemotherapie).

In de tijd tussen PA-diagnose en neo-adjuvante chemotherapie wordt onder andere de patiënt besproken in het MDO, wordt de uitslag medegedeeld aan de patiënt, en moet de patiënt in de gelegenheid worden gesteld om een gesprek te voeren met de mamma care verpleegkundige, mamma chirurg, medisch oncoloog en op indicatie met de radiotherapeut. Dit moet echter niet tot onnodige vertraging leiden.

In navolging van de Indicatorset NABON Mamma registratie (versie 2011) wordt vijf weken aangehouden voor het interval tussen diagnose en de start van de behandeling. De meetperiode van de teller en de noemer mag afwijken van het verslagjaar, mits daarbij de volledige door het NKR geanalyseerde periode wordt gebruikt. Gegevens zijn door behandelend artsen in ziekenhuizen op te vragen bij de NKR.

- Definities
- De bron van de teller en noemer is de NABON Breast Cancer Audit (NBCA). Indien een ziekenhuis zelf registreert, dient het de instructie voor de registratie van deze indicator op te vragen bij de NKR.
- Bij verschillen tussen deze indicator en de indicator zoals die in de NABON staat, is de tekst van de NABON indicator leidend.
- Met PA-diagnose wordt in deze indicator de datum bedoeld van het verrichten van de diagnostische procedure waarbij de eerste pathologische bevestiging van de tumor verkregen is, en niet de datum van PA-verslag of datum van mededeling van de PA-uitslag aan de patiënt.
- Datum neo-adjuvante chemotherapie is de eerste dag waarop chemotherapie wordt gegeven.
- 5 weken komt overeen met 35 kalenderdagen.
- Bij overname van behandeling van een ander instituut, telt de datum van intake in het eigen ziekenhuis in plaats van de datum van de eerste PA-diagnose.

- *Inclusie criterium:*
- *Patiënten met een nieuw gediagnosticeerd invasief Mo mammacarcinoom met neo-adjuvante chemotherapie als initiële therapie.*

Wordt er in uw ziekenhuis neo-adjuvante chemotherapie gegeven aan patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:		
Teller: aantal patiënten in het verslagjaar met een nieuw gediagnosticeerd Mo mammacarcinoom dat uiterlijk 5 weken na de PA-diagnose is gestart met neo-adjuvante chemotherapie.		
Noemer: totaal aantal patiënten in het verslagjaar met als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief Mo mammacarcinoom.		
Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie (wordt automatisch berekend):	%	
Toelichting:		

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

5.3 Longchirurgie

5.3.1 Indicator: Aantal anatomische resecties

De indicator voor de longchirurgie heeft tot doel een verdere verbetering van de kwaliteit van de longchirurgie (en de opleiding tot longchirurg). In 1994 is een 1e versie van 'Aanbevelingen betreffende de longchirurgie in Nederland' verschenen. Deze aanbevelingen zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT). De betrokken wetenschappelijke verenigingen hebben dit document geaccordeerd, ook hebben zij (zoals gebruikelijk) deze indicator geaccordeerd.

Omdat de longchirurgie een integraal deel uitmaakt van de opleiding tot cardio-thoracaal chirurg zijn allen die voor dat specialisme staan ingeschreven in het specialistenregister gecertificeerd voor de longchirurgie.

Wanneer een ziekenhuis verantwoorde longchirurgie wil aanbieden, dan dienen tenminste twee (voor de algemene heelkunde gecertificeerde) specialisten zich specifiek op de longchirurgie toe te leggen. Daarnaast wordt het aantal van twintig anatomische resecties per jaar per team als uiterste minimum gezien voor het leveren van verantwoorde zorg.

In de Algemene ledenvergadering van de NVT op 1 april 2011 is besloten voor de cardio-thoracaal chirurgische centra een minimum te hanteren van 50 anatomische resecties.

Indien in een ziekenhuis zowel de algemene heelkunde als de cardio-thoracale chirurgie de longchirurgie willen uitvoeren, dan moeten beide afdelingen voldoen aan het minimum vereiste van hun vereniging.

- Inslusiecriteria:
 - CVV-groep 5-324 Lobectomie van long.
 - CVV-groep 5-325 Totale pneumonectomie inclusief radicale dissectie van thoracale structuren.
 - Op basis van de genoemde in- en exclusiecriteria heeft de NVZ in haar handreiking coderingen bij de basisset 2013 specifieke ZA coderingen genoemd. In overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) en Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) zijn zij tot de volgende ZA coderingen gekomen:
 - 032522 Bilobectomie, open procedure.
 - 032523 Thoroscopische bilobectomie.
 - 032524 Bilobectomie met behulp van video-assisted thoracic surgery.
 - 032530 Lobectomie of segmentresectie, open procedure.
 - 032536 Thoroscopische lobectomie of segmentresectie .
 - 032537 Lobectomie of segmentresectie met behulp van video-assisted thoracic surgery.
 - 032540 Pleuro-pneumonectomie, open procedure.
 - 032542 Pneumonectomie, open procedure.
 - 032543 Pneumonectomie met lymfklieruitruiming, open procedure.
 - 032545 Thoroscopische pleuro-pneumonectomie.

- 032547 Endoscopische pneumonectomie.
- 032548 Endoscopische pneumonectomie met lymfklieruitruiming.
- 032549 Pneumonectomie met behulp van video-assisted thoracic surgery.
- Exclusiecriteria:
 - Kleinere resecties dan lobectomieën (zoals wigresecties).
 - Diagnostische verrichtingen.

Worden er in uw ziekenhuis anatomische resecties van de long uitgevoerd?

 ja

 nee
*

Worden operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?

 ja
#

 nee

Is het aantal uitgevoerde anatomische resecties van de long in het verslagjaar bekend?

 ja

 nee
*

Totaal aantal anatomische resecties (lobectomie, bilobectomie en pneumonectomie) uitgevoerd in het verslagjaar:

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door longchirurgen:

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door cardio-thoracal chirurgen:

Toelichting:

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

5.4 Gastro-intestinaal

5.4.1 Indicator: Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA)

De mortaliteit en morbiditeit van de chirurgische behandeling van slokdarmkanker heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen. Slokdarm- en ook maagresecties zijn zogenoemde laagvolume hoogrisico ingrepen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2003 voor het ziekenhuisvolume aan slokdarmresecties een indicator geïntroduceerd. De volumenorm van 10 resecties per jaar per ziekenhuis heeft geleid tot concentratie van deze ingrepen in een kleiner aantal ziekenhuizen. Recent heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) besloten de volumenorm te verhogen naar 20 resecties per jaar.^[55] Onderzoek heeft echter aangetoond dat volumennormen een beperkte waarde hebben bij het voorspellen van de kwaliteit van zorg in individuele ziekenhuizen. Bovendien blijkt centralisatie van complexe ingrepen de uitkomsten vooral te verbeteren wanneer dit gekoppeld wordt aan het monitoren van de uitkomsten van zorg (clinical audit).

Het verkrijgen van meer inzicht in en verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten die een resectie voor slokdarm- of maagkanker ondergaan is de reden geweest voor de NVvH om een landelijke audit te starten voor de chirurgische behandeling van slokdarm- en maagkanker. Deelname aan deze audit is een integraal onderdeel van de kwaliteitsnormen van de NVvH.

- Inslusiecriteria:
 - Definities aanhouden zoals die bij de DUCA gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DUCA leidend.
 - De NVZ heeft in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde in haar handreiking coderingen bij de basisset 2013 de volgende specifieke ZA coderingen genoemd.
ZA coderingen voor slokdarmresecties:
 - 034322 Resectie van oesophaguscarcinoom.
 - 034323 Oesophagusresectie, open procedure.
 - 034324 Thoroscopische oesophagusresectie.
 - 034342 Oesophagusresectie met colonimplantatie.ZA coderingen voor maagresecties:
 - 034432 Maagresectie.
 - 034433 Maagresectie in combinatie met cholecystectomie.
 - 034434 R2-resectie van de maag.
 - 034440 Totale maagresectie, thoracaal of abdominaal.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een slokdarm- en/of maagcarcinoom?

ja

nee
*

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

[55] Normering Chirurgische Behandelingen 3.0, NVvH, Juni 2012.

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van slokdarmkanker in uw ziekenhuis geleverd aan de DUCA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller 1: aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DUCA.			
Noemer 1: totaal aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis.			
Percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA (wordt automatisch berekend):		%	
Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van maagkanker in uw ziekenhuis geleverd aan de DUCA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller 2: aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DUCA.			
Noemer 2: totaal aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis.			
Percentage maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA (wordt automatisch berekend):		%	
Toelichting:			

* Geef toelichting

5.4.2

Indicator:

Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)

Opmerking: overal waar in deze indicator pancreasresectie wordt vermeld betreft het een klassieke Whipple resectie of een pylorus sparende pancreaticoduodenectomie (PPPD).

Een pancreascarcinoom is relatief zeldzaam. De incidentie is 10 tot 12 per 100.000. De ziekte heeft een slechte prognose. Bij het ductale pancreascarcinoom is de mediane overleving na diagnose 4 tot 6 maanden^[56] en de 5-jaars overleving 2 tot 5 procent. Het papil-carcinoom heeft een langere overleving^[57]. Van de patiënten met een pancreascarcinoom komt slechts 10-20 procent na de diagnose in aanmerking voor een op genezing gerichte behandeling, welke bestaat uit een operatieve resectie.

Resectie van een pancreascarcinoom is een procedure waarvoor deskundigheid ten aanzien van de techniek van de ingreep en ervaring met het postoperatieve beleid vereist zijn. Uit de literatuur blijkt dat in gespecialiseerde centra, met een hoog aantal ingrepen per jaar, minder postoperatieve complicaties en een lagere postoperatieve sterfte worden waargenomen. Bovendien is in deze centra de overleving op de lange termijn hoger.

Niet alleen de ervaring van de chirurg, maar het hele zorgproces rond deze groep patiënten is van belang. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in de ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goed samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Het is belangrijk dat het veld op korte termijn een systeem ontwikkelt waardoor verwijzers kunnen beoordelen welk ziekenhuis de beste zorg levert voor hun patiënt. De verwachting is dat dit systeem binnenkort zal worden gerealiseerd. Deze wens tot concentratie is dan ook opgenomen in de richtlijn.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Klassieke Whipple ZA code 035430.*
 - *PPPD code 335417A.*

Worden er in uw ziekenhuizen pancreas-resecties uitgevoerd?

ja

nee

Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?

ja
#

nee

Aantal patiënten bij wie in het verslagjaar een klassieke Whipple of een PPPD van de pancreas is uitgevoerd:

Gegevens per locatie aanleveren

[56] Dat wil zeggen dat 50 procent van de patiënten binnen 6 maanden na diagnose is overleden.

[57] www.oncoline.nl.

- Indien u geen pancreasresecties uitvoert:

Naar welk(e) ziekenhuis (ziekenhuizen) verwijst u deze patiëntengroep?

Hoeveel patiënten heeft u in het verslagjaar naar deze ziekenhuizen verwezen?

Toelichting:

**5.4.3 Indicator:
Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom**

Verreweg de meeste operaties binnen 30 dagen na een eerdere operatie voor dezelfde indicatie, zijn ongeplande reïnterventies. Een ongeplande reïnterventie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.

Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale perioperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

Reïnterventies zijn vanuit patiëntenperspectief belastend en dus ongewenst en zorgen daarnaast voor hoge kosten. Inzicht in hoe vaak reïnterventies voorkomen, kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Dit is niet eenvoudig, omdat de initiële operatie en de heroperatie niet altijd in hetzelfde ziekenhuis worden uitgevoerd. Het registreren van reïnterventies helpt bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen.

In deze basisset is het percentage reïnterventies na een colorectale operatie met een oncologische indicatie opgenomen.

Gevraagd wordt naar het aantal patiënten waarbij resectie van een primair colorectaal carcinoom heeft plaatsgevonden en waarbij een reïnterventie is verricht.

- Definities
 - Definities aanhouden zoals die bij de DSCA gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DSCA leidend.
 - Resectie: het operatief verwijderen van het darmsegment waar het colorectaal carcinoom in gelegen is.
 - Reïnterventie: Een ongeplande ingreep na de eerste operatie (kan zowel radiologisch als chirurgisch zijn).
 - Opname: de tijd waarin de patiënt direct aansluitend op de operatie in het desbetreffende ziekenhuis of een ander ziekenhuis waar naar overplaatsing heeft plaatsgevonden, is opgenomen (deze periode is eventueel langer dan 30 dagen).

- **Inclusie criterium:**
 - *Primair colorectaal carcinoom = een eerste presentatie van een colorectaal carcinoom (dus geen recidief) eventueel zijnde een 2e of volgende primaire presentatie.*
 - *De volgende zorgactiviteitscoderingen vallen in ieder geval onder de DSCA: 034732, 034733, 034734, 034735, 034738, 034739, 034833, 034834, 034850, 034851, 035024, 035025, 035026, 035027.*
- **Exclusie criteria:**
 - *Transanale endoscopische microchirurgie (TEM).*
 - *Endoscopische poliepectomieën.*
 - *Open poliepectomieën.*

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage reïnterventies binnen 30 dagen na een colorectale operatie in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Beschikt u over een registratiesysteem voor colorectale reïnterventies?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Teller: aantal patiënten waarbij een of meerdere reïnterventies plaatsvond binnen dezelfde opname of binnen 30 dagen na de resectie (langste interval kiezen) binnen het verslagjaar (= operatiejaar).			
Noemer: totaal aantal primaire resecties van een colorectaal carcinoom binnen het verslagjaar (= operatiejaar).			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Deze indicator is rechtstreeks uit het DSCA af te leiden, mits alle patiënten volledig zijn aangeleverd.

5.5 Urologische tumoren

Onder de urologische tumoren vallen het blaascarcinoom en prostaatcarcinoom.

Spierinvasief blaascarcinoom kan een levensbedreigende ziekte zijn afhankelijk van het stadium. De verwijdering van de blaas (cystectomie) is een complexe ingreep.

Prostaatcarcinoom is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen in Nederland^[58].

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg via de database voor radicale prostatectomieën is van belang.

5.5.1 Indicator: MDO spierinvasief blaascarcinoom

Spiervasief blaascarcinoom kan een levensbedreigende ziekte zijn afhankelijk van het stadium. Bij een spierinvasief blaascarcinoom waarbij preoperatief geen uitzaaiingen zijn aangetoond, wordt standaard de blaas verwijderd (cystectomie) en wordt een pelvine lymfeklierdissectie uitgevoerd (lymfeklieren worden uit het kleine bekken verwijderd). Een alternatieve behandeling is radiotherapie: welke behandeling gekozen wordt kan variëren per kliniek.

In Nederland worden ongeveer 600 cystectomieën per jaar gedaan verspreid over vele klinieken. Een cystectomie waarbij een nieuwe urine-uitgang wordt gemaakt is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt, langdurige ziekenhuisopname en een sterftecijfer rondom de operatie variërend tussen de 2,5 en 8 procent^[59,60,61,62,63]. Voor deze ingreep geldt een minimumnorm van 10 blaas-resecties per jaar^[64].

Deze indicator vraagt naar het bespreken van de patiënten in een multidisciplinair overleg (MDO) voordat de therapie is begonnen. Het gaat hierbij om alle patiënten met een spierinvasief carcinoom, ook als zij geen cystectomie hebben ondergaan.

Het belang van een multidisciplinair overleg staat beschreven in hoofdstuk 5.1.

- **Inclusiecriteria:**
 - Patiënten met een cT2-4NoMo blaascarcinoom, ook als zij geen cystectomie hebben ondergaan.
 - Inclusiecriteria voor het MDO staan in de indicator 5.1.1. Multidisciplinaire overleg.
- **Definitie:**
 - Voor het ziekenhuis nieuwe patiënt met spierinvasief blaascarcinoom: Bij elke nieuwe casus van spierinvasief blaascarcinoom. Dat kan zijn:
 - 1 Op basis van diagnostiek bij een patiënt die nog niet eerder behandeld was voor blaascarcinoom.
 - 2 Op basis van progressie bij een patiënt die onder controle was voor een eerder behandelde niet-spiervasief blaascarcinoom.

[58] Bron: IKNL 2013:
[www.cijfersoverkanker.nl/
meest-voorkomende-
soorten-52.html](http://www.cijfersoverkanker.nl/meest-voorkomende-soorten-52.html).

[59] Birkmeyer 2002.
[60] Finlayson 2003.
[61] Konety 2005.
[62] McCabe 2005.

[63] Elting 2005.
[64] Kwaliteitsnormen Blaas-
carcinoom NVU, mei 2012.

Op basis van verwijzing uit een ander centrum voor verdere behandeling, tenzij in het andere centrum een MDO heeft plaatsgevonden met consulenten.

- Cystectomie in verband met spierinvasief blaascarcinoom: ZA codes 036250, 036251, 036252, 036253, 036256, 036257 en 036258.

Heeft u in het verslagjaar patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom chirurgisch behandeld?

ja

nee
*

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie

ja
#

nee

Teller: aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom die voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal besproken zijn binnen een specifiek MDO in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Noemer: totaal aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met de diagnose spierinvasief blaascarcinoom in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Totaal aantal uitgevoerde cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom.

Toelichting:

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

5.5.2

Indicator:**Deelname aan de registratie prostatectomie**

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 10.000 mannen de diagnose prostaatacarcinoom gesteld. Prostaatkanker is een langzaam groeiende kankersoort. Een substantieel deel van de patiënten met een prostaatacarcinoom zal ook niet overlijden aan het carcinoom, maar aan een andere ziekte.

Bij de vorm van prostaatkanker die zich beperkt tot de prostaat zijn er, binnen internationaal geformuleerde criteria, vier behandelingsmogelijkheden met volstrekt vergelijkbare objectieve resultaten. Dit zijn actief afwachten, externe radiotherapie, interne radiotherapie en chirurgie (radicale prostatectomie). In een uiterst zorgvuldig proces van besluitvorming wordt uiteindelijk door de behandel specialist en patiënt samen vastgesteld tot welke behandeling wordt overgegaan.

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren zou er meer inzicht moeten zijn in de factoren die leiden tot (on-)gewenste uitkomsten van zorg. Dit is het doel van de database voor radicale prostatectomieën. Vergelijkbare uitkomstregistraties in binnen- en buitenland hebben bewezen dat deze registraties een krachtig kwaliteitsverbeterend effect kunnen hebben. Met name wanneer de resultaten worden teruggekoppeld naar de individuele leden van het behandelteam.

De database voor radicale prostatectomieën stelt elk ziekenhuis in Nederland in staat gegevens ten aanzien van de behandeling van patiënten, bij wie een prostatectomie is gedaan, landelijk en eenduidig te registreren. Behalve informatie over de uitkomsten van de chirurgische behandeling, wordt ook gedetailleerde informatie verkregen over de 'case-mix', zoals stadium van de tumor, leeftijd en comorbiditeit van de patiënt. Deze informatie wordt in continue rapporten teruggekoppeld naar de individuele ziekenhuizen en behandelaars. Zij worden daardoor in staat gesteld de eigen prestaties af te zetten tegen die van ziekenhuizen en collega's met een vergelijkbare patiëntengroep (spiegelinformatie). Het is hierbij uitdrukkelijk de bedoeling dat de ziekenhuisgebonden kwaliteitsinformatie gebruikt wordt om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op landelijk niveau worden de beroepsverenigingen in staat gesteld vroegtijdig kwaliteitsproblemen te signaleren en verbetertrajecten in te zetten.

De bron van deze indicator is voor de teller de NVU database. De noemer wordt ook geregistreerd door IKNL, zij zijn de primaire leverancier van de data voor deze noemer.

- Inslusiecriteria:
 - Definities aanhouden zoals die bij de NVU database prostatectomie gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de NVU database prostatectomie leidend.
 - Alle patiënten met maligne neoplasma van de prostaat ICD-10 code C61 die een radicale prostatectomie hebben ondergaan (ZA codes: 036553 of 036556).

Worden er in uw ziekenhuis patiënten behandeld met een radicale prostatectomie in verband met prostaatacarcinoom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in de NVU database prostatectomie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee * <input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: aantal ingevoerde patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatacarcinoom.		
Noemer: totaal aantal patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatacarcinoom.		
Percentage ingevoerde patiënten in de NVU database prostatectomie (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

5.6 Ovariumcarcinoom

In Nederland worden per jaar 1100 nieuwe gevallen van ovariumcarcinoom gediagnosticeerd. Deze vorm van kanker komt het meest voor bij vrouwen in de leeftijd 60-74 jaar. Het ovariumcarcinoom geeft doorgaans pas laat in het verloop van de ziekte klachten. Daardoor heeft 70% van de vrouwen met een ovariumcarcinoom bij diagnose al een gevorderd (hoog stadium) stadium (IIb, IIc, III, of IV). De klachten zijn meestal specifiek. In vergelijking tot de andere gynaecologische tumoren (baarmoederlichaam, baarmoederhals) is de sterfte aan ovariumcarcinoom relatief hoog: 900 sterfgevallen per jaar^[65,66,67,68,69].

5.6.1 Indicator: Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom

Op basis van de literatuur is het aannemelijk dat het volume aan patiënten van met name een gevorderd (hoog stadium) ovariumcarcinoom van invloed is op de overleving. Een gevorderd ovariumcarcinoom vergt namelijk een ingewikkeldere operatie dan die van een laag stadium ovariumcarcinoom. Centralisatie van behandeling zou een logisch gevolg kunnen zijn. Het is daarnaast aannemelijk dat patiënten met een gevorderd ovariumcarcinoom die behandeld worden in een gespecialiseerd ziekenhuis een verbeterde overleving hebben ten opzichte van een ziekenhuis dat zich niet heeft gespecialiseerd^[70,71,72,73,74].

De bron voor deze indicator is de Evidence based richtlijn Epitheliaal Ovariumcarcinoom (2012)^[75] en de nota Gynaecologisch oncologische zorg deel II (2012)^[76]. De gevraagde items zijn onderdeel van de standaardregistratie van de NKR.

Het tubacarcinoom wordt in deze indicator ook uitgevraagd; de incidentie is zeer laag, de behandeling is gelijk aan die van het ovariumcarcinoom.

De NVOG geeft aan dat IKNL de primaire leverancier van de data is voor deze indicator. Verder geeft de NVOG aan druk bezig te zijn met een gynaecologisch-oncologische registratie (DGOA), waarbij de in deze indicator gevraagde items ook vastgelegd gaan worden. Deze DGOA-data gaan mogelijk ook door de IKNL-datamanagers geregistreerd worden.

[65] Oberaigner W, Influence of department volume on cancer survival for gynaecological cancers-a population-based study in Tyrol, Austria. *Gynecol Oncol.* 2006;103(2):527-34.

[66] Tingulstad S, Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5 Pt1):885-91.

[67] Paulsen T, Improved short-term survival for advanced ovarian, tubal, and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16 Suppl 1:11-7.

[68] Wolfe CDA, Management and survival of ovarian cancer patients in south east England. *Eur J Cancer.* 1997; 33(11): 1835-40.

[69] Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academic thesis, March 4 2008, Utrecht.

[70] Oberaigner W, Influence of department volume on cancer survival for gynaecological cancers-a population-based study in Tyrol, Austria. *Gynecol Oncol.* 2006 ;103(2):527-34.

[71] Tingulstad S, Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5 Pt1):885-91.

[72] Paulsen T, Improved short-term survival for advanced ovarian, tubal, and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 ;16 Suppl 1:11-7.

[73] Wolfe CDA, Management and survival of ovarian cancer patients in south east England. *Eur J Cancer.* 1997; 33(11):1835-40.

[74] Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academic thesis, March 4 2008, Utrecht.

[75] Epitheliaal Ovariumcarcinoom (2.0), december 2012. Zie: www.oncoline.nl.

[76] Nota Gynaecologisch oncologische zorg deel II, mei 2012. Zie: www.nvog-documenten.nl.

- Definities:
 - Definities aanhouden zoals die bij de DGOA gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DGOA leidend.
 - In de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) wordt de ICD-O gebruikt. Voor het selecteren van de ovariumcarcinomen uit de NKR wordt gebruikt ICD-O C56.9 (ovary) en C57.0 (tuba) en C48.2 (extra-ovarieel).
 - Laag stadium ovariumcarcinoom: FIGO I-IIa.
 - Hoog stadium ovariumcarcinoom: FIGO IIb en hoger.
 - Stadiëringsoperatie (stadiëringslaparotomie): standaard behandeling conform eenduidig protocol bij laag stadium ovariumcarcinoom. Operatie met als doel het exacte stadium vast te stellen (diagnostiek). Belangrijk verschil tussen een stadiëringsoperatie en debulking chirurgie is dat er bij een stadiëringsoperatie voornamelijk weefsel zonder macroscopische tumor wordt verwijderd.
 - Debulkingsoperatie: standaard behandeling bij hoog stadium ovariumcarcinoom. Het verwijderen van de adnexe, ten minste het infracoliche deel van het omentum evenals resectie van alle macroscopische tumor. Indien een complete dan wel optimale debulking chirurgie niet mogelijk is, wordt geprobeerd zo veel mogelijk tumor te verwijderen. Hierbij dient de morbiditeit van de ingreep steeds in het oog te worden gehouden.
- Inclusiecriteria
 - Alle patiënten waarbij de diagnose ovariumcarcinoom of tubacarcinoom is gesteld.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een ovariumcarcinoom of tubacarcinoom?

ja

nee

Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?

ja
#

nee

Aantal patiënten met een laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een stadiëringsoperatie.^[77]

Aantal patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een debulkingoperatie.^[77]

Toelichting:

Gegevens per locatie aanleveren

[77] Onderdeel van standaardregistratie van de NKR.

5.7 Palliatieve radiotherapie

Behandeling van (pijnlijke) botmetastasen maakt een belangrijk onderdeel uit van de (palliatieve) radiotherapie. Voor de kwaliteit van leven van de patiënt is het van belang dat de behandeling binnen korte tijd na aanmelding plaatsvindt.

5.7.1 Indicator: Palliatieve radiotherapie botmetastasen

Bij palliatie staat de kwaliteit van leven voorop. Pijnklachten door botmetastasen kunnen vaak goed gepallieerd worden met radiotherapie. Dit betreft in het algemeen 1 of 2 bestralingen of een korte serie. Bij ongeveer 20% van alle verwijzingen voor radiotherapie gaat het om botmetastasen.

Door de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) zijn normen opgesteld voor wachttijden (www.nvro.nl > richtlijnen) ^[78]. De wachttijd is gedefinieerd als de tijd tussen de aanmelddatum en de start van de bestraling. Voor subacute bestralingen is de norm gesteld op 80% patiënten behandeld uiterlijk 7 dagen na aanmelding. De maximum wachttijd is gesteld op 10 dagen. De palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen wordt hier beschouwd als een subacute bestraling. Met deze indicator zal inzichtelijk gemaakt worden in hoeverre aan deze norm wordt voldaan.

- Definities:
 - Aanmelding: Datum waarop patiënt telefonisch, dan wel via multidisciplinair oncologische bespreking dan wel schriftelijk voor het eerst is aangemeld bij de radiotherapeut, dan wel het instituut voor radiotherapie. De tijd die het instituut vervolgens nodig heeft voor het verzamelen van de benodigde gegevens is onderdeel van de wachttijd voor de patiënt.
 - Bestraling: De start van de bestraling. De datum waarop de patiënt voor het eerst bestraald wordt.
 - Wachttijd: Wachttijd tussen aanmelddatum (=A) en datum start van de bestraling (=B), dus A-B. Dus als de bestraling op dezelfde dag als de aanmelding plaatsvindt is de wachttijd 0 dagen.
- Inclusiecriteria:
 - Alle patiënten die palliatief bestraald worden voor een botmetastase. Het aantal fracties kan variëren tussen 1 en 6.
 - ICD-10 code: ICD-code voor botmetastasen kan worden geregistreerd als C41, met hier aan gekoppeld de code van de primaire tumor. Ook kan de code geregistreerd worden als C79.5.
- Exclusiecriteria:
 - Alle patiënten met botmetastasen die behandeld worden met meer dan 6 fracties of met stereotactische bestraling.

[78] www.nvro.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=59.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten met botmetastasen behandeld met (palliatieve) radiotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zijn de wachttijden van de palliatieve radiotherapeutische behandelingen bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Hoe is de aanmelddatum bepaald?		
Teller 1: aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen dat tot en met 7 dagen na aanmelding (wachttijd) bestraald wordt.		
Teller 2: aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen dat na 7 dagen, maar tot en met 10 dagen na aanmelding (wachttijd) bestraald wordt.		
Noemer: totaal aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen.		
Percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding is bestraald (A/C) (wordt automatisch berekend):		%
Percentage patiënten dat na 7 dagen, maar tot en met 10 dagen na aanmelding is bestraald (B/C) (wordt automatisch berekend):		%
Percentage patiënten dat na 10 dagen na aanmelding is bestraald ((C-A-B)/C) (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting

6 Hart en vaten

Hart- en vaatziekten zijn vanuit het oogpunt van de volksgezondheid belangrijke oorzaken van sterfte en invaliditeit. In de afgelopen decennia waren zij steeds doodsoorzaak nummer één in Nederland. Door de toegenomen medisch-technologische mogelijkheden is het sterftecijfer per 100.000 inwoners aanzienlijk gedaald van 478 in 1980 naar 295 in 2000^[79], maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Zo hadden in 2003 ongeveer 179.000 patiënten in Nederland enige vorm van hartfalen en de verwachting is dat dit aantal verder zal toenemen^[80]. Gezien het belang voor de volksgezondheid en de grote verschillen die nog bestaan in de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten zijn meerdere indicatoren opgenomen. De volgende indicatoren kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar het zorgproces voor patiënten met een aandoening aan het hart of de vaten. Als we kijken naar therapie, uitkomst en kwaliteitsbewaking kunnen we de volgende onderverdelingen maken:

- **Therapie**
 - Primair operatief/interventie.
 - Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties.
 - Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct.
- **Uitkomst**
 - Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie.
 - Behandeling patiënten met een STEMI.
 - Implanteren en/of wisselen van pacemakers.
 - Percentage complicaties na een carotisingreep.
 - Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft.
 - Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis.
- **Kwaliteitsbewaking**
 - Evaluatie van het inbrengen van pacemakers : deelname aan systematische registratie van gegevens.
 - Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT.

De volgende indicator is van belang voor delen van het zorgproces voor patiënten met aandoeningen aan hart en/ of vaten, maar is opgenomen in een ander hoofdstuk:

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.

[79] Koek HL, Van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland. In: Van Leest LATM, Koek HL, Van Trijp MJCA, Van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML, Verschuren WMM (red.). Hart- en vaatziekten in Nederland 2005, cijfers over risicofactoren, ziekte, behandeling en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005;6-12.

[80] Nationaal Kompas Volksgezondheid, zie www.nationaalkompas.nl.

6.1 Volume van risicovolle interventies

Als gevolg van de uitvoer van risicovolle interventies kunnen ernstige complicaties optreden. Voorbeelden van risicovolle interventies zijn operaties aan een aneurysma van de abdominale aorta (AAA-operaties), slokdarmresecties (OCR's) en pancreasresecties. Bij de handelingen in het algemeen en bij technisch gecompliceerde handelingen zoals de AAA-operaties en de OCR 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 de kwaliteit van de indicatiestelling, het hele chirurgisch team, de anesthesiologie, medici en verpleegkundigen op de intensive care of verpleegafdeling. Voor dit verslagjaar geldt een norm van 20 electieve resecties per jaar per team.

6.1.1 Indicator: Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties

Het aneurysma van de abdominale aorta is een veel voorkomende aandoening. De incidentie ervan neemt in de westerse landen toe. De prevalentie wordt bij mannen boven de 65 jaar op 5 tot 8 procent geschat en bij vrouwen boven de 65 jaar op ongeveer 2 procent. Het herstellen van een aneurysma van de abdominale aorta is een procedure waarvoor deskundigheid vereist is. Complicaties die hierbij kunnen optreden, zijn aritmie, een acuut myocardinfarct, bloedverlies, nierfunctiestoornissen en een ischemie, met soms een dodelijke afloop tot gevolg. Uit de literatuur blijkt dat patiënten die een AAA-operatie ondergaan in een ziekenhuis waar dit weinig gebeurt, een grotere kans hebben om te overlijden en postoperatieve complicaties dan patiënten die behandeld worden in een ziekenhuis waar het team veel ervaring heeft met deze ingreep. De Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie is van mening dat AAA-chirurgie uitsluitend door vaatchirurgen verricht dient te worden. Bij de relatie tussen volume en resultaat speelt niet alleen de ervaring van de chirurg, maar de expertise van het gehele team een rol. Dit geldt zowel voor de acute als de niet-acute AAA-operatie. In de toelichting kunt u onder andere aangeven of in het ziekenhuis specifiek beleid bestaat rond deze ingreep (verwijzingen naar andere ziekenhuizen, afspraken met de ambulancedienst of het uitvoeren van specifieke vormen zoals endovasculaire ingrepen).

- **Inclusiecriteria:**
- De NVZ heeft in haar handreiking coderingen bij de basisset 2013 specifieke ZA coderingen genoemd. In overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) zijn zij tot de volgende ZA coderingen gekomen:
 - 033521 Endoscopische operaties aan intra-abdominaal gelegen grote vaten, zonder herstellen der continuïteit of ateriectomie.
 - 033554 Reconstructie aan de aorta of haar directe zijtakken zoals arteria renales en arteria iliaca, open procedure.
 - 033555 Reconstructie aan de aorta of haar directe zijtakken zoals arteria renales en arteria iliaca, endovasculair.
 - 033559 Inbrengen van een aorta-bifurcatie prothese en reconstructie van een arteria renales, open procedure.

- 033560 Inbrengen van een aorta-bifurcatie prothese en reconstructie van een arteria renales, endovasculair.
- 033561 Inbrengen van een aorta-bifurcatie prothese en reconstructie van beide arteriae renales, open procedure.
- 033562 Inbrengen van een aorta-bifurcatie prothese en reconstructie van beide arteriae renales, endovasculair.

Werden er in uw ziekenhuis AAA-operaties uitgevoerd in het verslagjaar?

ja

nee
*

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?

ja
#

nee

Aantal patiënten waarbij een **electieve** AAA-operatie is uitgevoerd in het verslagjaar.

Toelichting:

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

6.2 Sterfte na eerste consult^[81]

6.2.1 Indicator: Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie

Adequate diagnostiek en behandeling spelen een rol bij de kans op (gezond) overleven. Hiervoor dient de poliklinische zorgketen optimaal georganiseerd te zijn. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) stelt dat de sterfte in het jaar na een eerste polikliniekbezoek aan de cardioloog, het eerste administratief consult, een indicator is voor de kwaliteit van de poliklinische zorg voor patiënten met (verdenking op) een cardiovasculaire aandoening. Deze indicator bestrijkt twee jaar: in het eerste jaar (2012) werd vastgelegd wie een eerste administratief consult (vroeger eerste polikliniek bezoek) heeft gekregen op de polikliniek cardiologie. Aan het einde van het tweede jaar (2013) werd via het Burger Service Nummer (BSN) vastgesteld wie van de patiënten uit het eerste jaar zijn overleden.

Alle patiënten van 70 jaar en ouder die electief door een cardioloog gezien zijn op de polikliniek, vallen binnen de populatie van deze indicator; dat wil zeggen alle patiënten die voldoen aan de eisen voor een initiële DBC voor reguliere zorg (DBC codering 11) in het verslagjaar. De uiteindelijke achterliggende cardiovasculaire diagnose is geen in- of exclusiecriteria, ieder polibezoek dat voldoet aan de definitieveisen voor een EAC dient geïncludeerd te worden, ook als het eerste polibezoek aansluit op een opname op de afdeling cardiologie of als de patiënt al eerder bekend was op de polikliniek. Bijvoorbeeld: een patiënt die reeds bekend is, maar pas na minimaal één jaar en een dag retour gezien wordt op de polikliniek moet geïncludeerd worden.

- Exclusiecriteria:
 - Patiënten die niet electief gezien worden (spoed en acute patiënten, reanimaties, patiënten gezien op SEH, EHH).
 - Patiënten jonger dan 70 jaar bij het eerste administratieve consult.

[81] Er is sprake van een eerste administratieve consult wanneer een patiënt voor de eerste maal in het ziekenhuis een medisch specialist van een bepaald soort specialisme consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste administratieve consult worden geregistreerd indien in de 12 maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste administratieve consult bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Zijn van alle patiënten die electief (reguliere zorg) door een cardioloog gezien zijn op de polikliniek voor een Eerste Administratief Consult de NAW-gegevens en datum bezoek geregistreerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in 2013 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC en in 2013 of 2014 zijn overleden.			
Noemer: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in 2013 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

6.3 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)

6.3.1 Indicator: Behandeling patiënten met een STEMI

Uitgangspunt bij de behandeling van patiënten met een acuut infarct is dat een Percutane Coronair Interventie-procedure (PCI) de voorkeur verdient boven de behandeling met thrombolytica indien het mogelijk is om een PCI uit te voeren binnen 120 minuten na het eerste contact (<90 minuten bij patiënten <75 jaar met een groot anterior infarct) en <12 uur na ontstaan van de klachten. Indien de delay naar verwachting groter is dan 120 minuten (of >90 minuten bij patiënten <75 jaar met een groot anterior infarct) kan met thrombolysie worden gestart en moet patiënt alsnog naar een PCI-centrum worden vervoerd.

Het is bekend dat na opvang op een SEH of CCU van een ST-elevatie acuut infarct patiënt er onnodige delay kan ontstaan in het initiëren van de behandeling. Het is daarom belangrijk dat hierover ook binnen het ziekenhuis afspraken zijn gemaakt.

De zorg voor patiënten met een acuut myocardinfarct (<12 uur na ontstaan klachten) kan sterk worden verbeterd door een aantal punten in acht te nemen en om te zetten in regionale zorgafspraken.^[82,83]

Uitgangspunten regionale acuut infarct zorg:

- 1 Voor iedere patiënt met een ST-elevatie acuut infarct (<12 uur na ontstaan klachten) is het van belang om zo snel als mogelijk in een ervaren PCI-centrum te worden gepresenteerd.*
- 2 Dit kan slechts door op regionaal niveau de zorg voor deze patiënten te organiseren, waarbij afspraken worden gemaakt met onder andere regionale ambulancediensten, huisartsenposten, PCI-centra en niet-PCI centra. De implementatie van een regionaal netwerk gebaseerd op pre-hospitale diagnose, transport naar PCI-centrum en start behandeling in de ambulance heeft een klasse I, level of evidence A, gekregen in de nieuwe ESC/EACTS guideline.*
- 3 Ook voor patiënten die zich melden in een niet-PCI centrum is het belangrijk dat vervolgens diagnose en vervoer naar een PCI-centrum goed zijn geregeld.*

Uit recent onderzoek is gebleken dat patiënten met een ST-elevatie myocardinfarct (STEMI) gebaat zijn bij adequate hartrevalidatie en dat in Nederland hieraan te weinig patiënten deelnemen^[84]. Derhalve wordt met deze indicator vastgesteld of mensen met een STEMI nu deelnemen aan revalidatie, conform de richtlijn Hartrevalidatie. Het meetpunt in de indicator is de intake van het hartrevalidatieprogramma. Voor deze indicator geldt dat alle patiënten met een STEMI die zijn ontslagen naar huis of het (verzorgings)/verpleeghuis dienen te worden meegenomen in de telling. Patiënten met een STEMI vormen reeds een onderdeel van de andere indicatoren die gerelateerd zijn aan de evaluatie van de acute infarct zorg in Nederland.

[82] Volgens de (meest recente) European Society of Cardiology (ESC)/European Association for Cardio-Thoracic surgery (EACTS) guideline voor myocardiale revascularisatie.

[83] Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2010 Oct;31(20):2501-55. Epub 2010 Aug 29.

[84] Revalidatiecommissie NVVC / NHS en projectgroep PAAHR, Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie 2011.

Vragen bestemd voor alle ziekenhuizen

1 Zijn er in uw regio schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt voor wat betreft de zorg voor patiënten met een acuut infarct gebaseerd op de hierboven genoemde uitgangspunten waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI centrum voorop staan?

ja nee
*

2 Zo ja, is de regionale ambulancedienst betrokken geweest bij deze afspraken?

ja nee

3 Zo ja, welke regionale ambulancedienst(en) is/zijn betrokken bij deze afspraken?

4 Wordt reeds vanuit de ambulance contact opgenomen met het PCI-centrum?

ja nee

5 Wordt in de ambulance reeds gestart met voor cardiale aandoeningen relevante medicatie? (Alleen medicatie relevant voor cardiale aandoening zoals antithrombotica meenemen.)

ja nee

6 Verricht uw ziekenhuis PCI-procedures?

ja, maar niet bij patiënten met een STEMI (ga naar vraag 7)
 ja, en ook bij patiënten met een STEMI (ga naar vraag 15)
 nee (ga naar vraag 7)

Vragen bestemd voor ziekenhuizen waar geen patiënten met STEMI behandeld worden

7 Zijn er schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt tussen uw centrum en een regionaal PCI-centrum voor wat betreft de behandeling van patiënten die zich in uw ziekenhuis melden met een acuut myocardinfarct?

ja nee

8 Zo ja, met welk centrum?

* Geef toelichting

9	Zo ja, is de regionale ambulance dienst betrokken geweest bij deze afspraken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
10	Zo ja, welke regionale ambulance-dienst(en) is/zijn betrokken bij deze afspraken?		
11	Zijn er in uw ziekenhuis afspraken gemaakt om een delay in het begin van de behandeling van patiënten met een acuut infarct te voorkomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
12	Hoeveel STEMI patiënten zijn er in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd? (zelfverwijzers/huisarts/ambulance dienst)?		
13	Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI centrum?		
14	Hoeveel patiënten zijn behandeld met thrombolysse?		

Vragen alleen bestemd voor PCI-centra met die patiënten met een STEMI behandelen

15	Heeft u een WBMV vergunning?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
16	Hoeveel PCI-procedures bij patiënten met een ST-elevatie acuut myocard-infarct werden er in het verslagjaar uitgevoerd?		
17	Wanneer worden deze procedures uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> alleen tijdens kantooruren	<input type="checkbox"/> 7x24 uur per week
18	Indien alleen tijdens kantooruren: wordt de zorg door een regionaal PCI-centrum overgenomen (vastgelegd in een protocol) buiten kantooruren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
19	Zo ja, welk centrum?		

20 Zo nee, welke waarborgen zijn er dan voor het veilig opvangen van patiënten?

21 Hoeveel interventiecardiologen participeren in de acuut infarct zorg in uw centrum?

Resultaten alle PCI-centra: sterfte na PCI voor STEMI

22 Welke sterftemaat gebruikt u voor deze indicator? Ziekenhuissterfte
 30 daagse sterfte

23 Teller: aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (30 daagse sterfte of ziekenhuissterfte) (exclusief patiënten die in een reanimatiesetting zijn binnengekomen).

24 Noemer: totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI.

25 Percentage (wordt automatisch berekend): %

26 Welke maat gebruikt u voor deze indicator? Door-to-needle time
 Door-to-balloon time

27 Gemiddelde door-to-needle time of door-to-balloon time in minuten in minuten^[85]:

Heeft u een steekproef genomen om de door-to-needle time of de door-to-balloon time te bepalen? ja nee

Indien ja, vul in:
Populatiegrootte: N =
Selectiecriteria:

[85] Om de organisatie van de acuut infarct zorg te kunnen meten, is de zogenaamde door-to-needle time een internationaal geaccepteerde tijd: Bradley EH, Herrin J, Wang Y, Barton BA, Webster TR, Mattera JA.

Voor alle ziekenhuizen

De vragen over hartrevalidatie gelden voor alle ziekenhuizen waar de ‘behandelend cardioloog’ de patiënt ontslaat naar huis of het verzorgings-/verpleeghuis. Dit kunnen ziekenhuizen zijn die zelf PCI-procedures uitvoeren, maar ook ziekenhuizen die PCI-procedures elders laten uitvoeren. De behandelend cardioloog is degene die voor hartrevalidatie doorverwijst.

28 Biedt uw ziekenhuis patiënten na een STEMI zelf een op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> * nee, wij verwijzen de patiënten naar een ander ziekenhuis of revalidatie-centrum <input type="checkbox"/> * nee
29 Is bekend bij hoeveel patiënten na een STEMI hartrevalidatie is verzorgd?	
30 Teller: aantal patiënten die na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie hebben gehad (DBC code 821 (hartrevalidatie), minimaal een intake gehad).	
31 Noemer: totaal aantal patiënten met een STEMI (DBC code 204, ST-elevatie myocardinfarct).	
32 Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad (wordt automatisch berekend):	%
Toelichting:	

* Geef toelichting

6.4 Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's

6.4.1 Indicator: Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens

Pacemakerimplantaties worden bijna 10.000 maal per jaar in Nederland uitgevoerd, waar inbegrepen bijna 7000 primo implantaties. In vrijwel elk Nederlands ziekenhuis worden pacemakers geïmplanteerd. De meest voorkomende indicaties voor pacemakerimplantaties betreffen bradycardie en/of hartfalen. Pacemakerimplantatie kan gepaard gaan met diverse complicaties waaronder infectie van het geïmplanteerde systeem en dislocatie of breuk van de pacemakerdraad. Complicaties leiden tot versnelde vervanging en/of langer verblijf in het ziekenhuis. In de zorgketen zijn diverse disciplines actief: cardioloog, pacemakertechnici en gespecialiseerde verpleegkundigen, vaak ook nog assistent-geneeskundigen al dan niet in opleiding. Coördinatie van de zorgketen is van groot belang omdat dit complicaties kan voorkomen. De inspectie beschouwt registratie en analyse van gegevens over pacemakerimplantaten als belangrijk voor een goede kwaliteit van zorg.

Voert u een registratie binnen uw ziekenhuis van voor kwaliteit van zorg belangrijke gegevens over het inbrengen van pacemakers?

ja nee* n.v.t.*

Indien ja,

Op welke wijze voert u deze registratie:

- Registratie via DIPR.^[86]
- Eigen registratie, volgens eigen ontwerp.*
- Eigen registratie, gebruikmakend van externe standaard; zo ja, welke standaard?*

Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties (dit kan ook gebeuren door eigen gegevens naar een landelijke punt te sturen waar deze toetsing wordt verricht, mits hierover naar het eigen ziekenhuis wordt gerapporteerd)?

ja nee* n.v.t.*

Toelichting:

* Geef toelichting

[86] DIPR: Dutch Icd & Pacemaker Registry; voor informatie zie www.dipr.nl.

6.4.2

Indicator:

Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's

Conventionele pacemakers voor de behandeling van brady-aritmieën worden in vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland ingebracht. Dat geldt niet voor pacemakers in het kader van resynchronisatietherapie bij hartfalen (biventriculaire pacemakers) en ICD's, met of zonder biventriculaire pacing. Mogelijke complicaties van genoemde ingrepen zijn lead-dislocaties, systeemfailures, infecties en bloedingen. Met de voorgestelde indicator wordt een poging gedaan om zicht te krijgen op het proces rondom de procedure en de follow-up hiervan.

- Exclusie criterium:
 - Implanteerbare devices zonder cardiostimulatiefunctie.

Worden in uw centrum de volgende pace-pacemakers of ICD's geïmplanterd of gewisseld?

ja

nee

Indien **ja**, hoeveel primaire implantaties plus wisselingen (inclusief leadextracties zonder wisseling van het device) zijn er uitgevoerd?

a Conventionele pacemakers

ja, N =

nee

b Biventriculaire pacemakers

ja, N =

nee

c Biventriculaire pacemakers met ICD-functie.

ja, N =

nee

d ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie.

ja, N =

nee

Totaal (wordt automatisch berekend):

N =

Hoe vaak is in het verslagjaar een interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid uitgevoerd om een device-, lead-, of proceduregerelateerd probleem op te lossen van een pacemaker of ICD ongeacht het type, waarbij de primaire ingreep lag tussen 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het verslagjaar en 31 december van het verslagjaar zelf (ook al vond de primaire ingreep in een ander centrum plaats)?^[87]

Op welke wijze zijn deze gegevens verzameld:

- Registratie via DIPR^[88].
- * Eigen registratie, volgens eigen ontwerp.
- * Eigen registratie, gebruikmakend van externe standaard; zo ja, welke standaard?

Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties (dit kan ook gebeuren door eigen gegevens naar een landelijke punt te sturen waar deze toetsing wordt verricht, mits hierover naar het eigen ziekenhuis wordt gerapporteerd)?

- ja * nee * n.v.t.

Toelichting:

[87] Hierbij wordt elke hernieuwde interventie binnen 90 dagen afzonderlijk geteld, dus ook als dat er meerdere zijn geweest bij één patiënt. Het plaatsen van een nieuwe (of verwisselde) device of draad, meestal na een aantal jaar, moet gezien worden als een (nieuwe) primaire interventie en dan gelden de 90 dagen opnieuw.

[88] DIPR: Dutch Icd & Pacemaker Registry: voor informatie zie www.dipr.nl.

* Geef toelichting

6.5 Carotischirurgie

Het is aangetoond dat bij patiënten met een symptomatische carotisstenose de kans op een (nieuw) herseninfarct het kleinst is als carotisendarterectomie binnen 2 tot 3 weken na een TIA of niet-invaliderend herseninfarct plaatsvindt. Voor de patiënt is het dan ook belangrijk dat de tijdsperiode tussen het optreden van een TIA of niet invaliderend herseninfarct en de operatie zo kort mogelijk is en niet meer dan 2 tot 3 weken. Om de kwaliteit van de tweede-derdelijns zorg te monitoren is het van belang om te weten hoe snel na aanmelding bij de neuroloog een patiënt wordt geopereerd. Omdat niet in alle ziekenhuizen carotis-ingrepen worden gedaan, moet een verwijzend neuroloog aan de operateur doorgeven wanneer de verschijnselen zijn ontstaan en wanneer hij voor het eerst contact heeft gehad met de patiënt. Het is wenselijk dat er geen verschil is in snelheid van behandeling voor patiënten die binnenkomen in een ziekenhuis dat ingrepen zelf uitvoert en in een ziekenhuis dat patiënten moet verwijzen. In 2014 wordt de 'Dutch Audit Carotid Interventions (DACI) operationeel, daarin wordt de kwaliteit van het hele traject bewaakt. De IGZ hecht (grote) waarde aan het snel invoeren van deze registratie. Ziekenhuizen die deze registratie in 2014 invoeren voor ten minste één keten van verwijzers en operateurs kunnen voor de verwezen patiënten volstaan met het gebruiken van de in deze DACI opgenomen patiënten. Ziekenhuizen die daar in 2014 niet in slagen, moeten de data van alle verwezen patiënten opnemen. In dat geval zal de verwijzende neuroloog de relevante data op moeten nemen in de verwijsbrief.

6.5.1 Indicator: Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct

- Definitie
 - Definities aanhouden zoals die bij de DACI gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DACI leidend.
 - Moment van aanmelden: datum eerste consult tweede lijn, neuroloog of oogarts (bij amaurosis fugax). De dag van aanmelding telt als dag 0.
 - Voldoende implementatie DACI: Het ziekenhuis heeft voor minimaal één naar het ziekenhuis verwezen en in het ziekenhuis geopereerde patiënt de complete data ingevoerd in de DACI vanaf moment van eerste presentatie tot aan de carotisendarterectomie.
 - Relevante informatie voor verwijsbrief: Om het opererende ziekenhuis in de gelegenheid te stellen de periode tussen aanmelding in het eerste ziekenhuis en verwijzing te registreren zonder DACI, zullen er een aantal elementen in de verwijsbrief moeten worden opgenomen.
 - Datum eerste klachten (uitvalsverschijnselen; TIA/minor stroke).
 - Datum eerste consult tweede lijn, neuroloog of oogarts (bij amaurosis fugax).
 - Datum eerste contact/consult/doorverwijzing vaatchirurg.
- Inclusiecriteria:
 - Patiënten met een carotisendarterectomie wegens een TIA of niet-invaliderend infarct.
 - TIA of niet-invaliderend infarct : DBC-code: 0330.11.1112 TIA (incl. amaurosis fugax) / 0330.11.1111 (onbloedige beroerte).

- *Diagnose in combinatie met zorgactiviteit:*
 - *Diagnose: DBC-code: Heelkunde 0303.11/.21.402 (Carotispathologie) / Cardio-pulmonale chirurgie 0328.11/.21.3210 (Carotisendarterectomie) 0328.11/.21.3310 (Carotisendarterectomie bdz).*
 - *Zorgactiviteit: 33450: reconstructie aan een slagader zoals arteria carotis door middel van transplantaat, endarteriëctomie of patch.*

Wanneer uw ziekenhuis in 2014 de DACI volgens de definitie voldoende ingevoerd heeft, dan kunt u volstaan met het gebruiken van de in deze DACI opgenomen patiënten.

Worden er in uw ziekenhuis carotisen- darterectomieën uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft uw ziekenhuis in 2014 de DACI volgens de definitie voldoende geïmple- menteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Hoe is de aanmelddatum bij de neuroloog bepaald?			
Teller: aantal patiënten met een interval langer dan 3 weken (21 dagen) tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisenendarterectomie.			
Noemer: totaal aantal patiënten met een carotisenendarterectomie uitgevoerd in het ziekenhuis.			
Percentage (wordt automatisch berekend):			%
De mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisenendarterectomie.			

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

Indien u geen carotisendarterectomieën uitvoert

Naar welk(e) ziekenhuis (ziekenhuizen)
verwijst u deze patiëntengroep?

Hoeveel patiënten heeft u in het verslag-
jaar naar deze ziekenhuizen verwezen?

Toelichting:

6.5.2 Indicator: Percentage complicaties

Een carotisingreep kent een relatief hoog operatierisico (rond de 4-7% risico op beroerte of overlijden). Rockman beschrijft in een retrospectieve analyse van alle carotisendarteriëctomieën na een TIA of beroerte in één centrum (1046 casus) dat het risico op een perioperatieve (binnen 30 dagen na de operatie) beroerte groter was in de groep die binnen 4 weken werd geopereerd (5,1%) dan in de groep die na meer dan 4 weken werd geopereerd (1,6%, $p=0,002$). De ernst van de stenose was vergelijkbaar tussen beide groepen.^[89]

De afweging moet dus zijn of het gunstige effect van vroeg opereren opweegt tegen het mogelijk verhoogde risico op complicaties. Naylor heeft de risico's gemodelleerd en berekend dat opereren binnen twee weken, bij een operatierisico van 5%, per 1000 operaties ruim 200 beroertes voorkomt in 5 jaar^[90]. Omdat de uitkomst enerzijds samenhangt met snelheid van opereren en anderzijds mogelijk met aantal complicaties, en deze onderling ook gerelateerd zijn, is een combinatie van deze twee indicatoren logisch.

- Definitie
 - Zie inclusiecriteria van indicator 6.5.1: Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct.
- Inclusiecriteria:
 - De indicator wordt alleen ingevuld door het opererende ziekenhuis.
 - (teller) Alle oorzaken van overlijden en alle beroertes, zowel infarcten als bloedingen tijdens de ziekenhuisopname, ongeacht de locatie in de hersenen. Een beroerte wordt hierbij gedefinieerd als focale uitvalsverschijnselen door een stoornis van de hersenfunctie, die meer dan 24 uur blijven bestaan en een vasculaire oorzaak hebben.
 - (teller) De ziekenhuisopname kan zowel de opname in het opererende als het ziekenhuis waarnaar de patiënt wordt terugverwezen zijn.
 - (noemer) Alle patiënten die carotischirurgie ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose (TIA of niet-invaliderend herseneninfarct).
- Exclusiecriteria:
 - (teller) Sterfte tijdens ziekenhuisopname, maar langer dan 30 dagen na ingreep.
 - (teller) Sterfte buiten een ziekenhuisopname.

[89] Rockman CB, Maldonado TS, Jacobowitz GR, Cayne NS, Gagne PJ, Riles TS. Early carotid endarterectomy in symptomatic patients is associated with poorer perioperative outcomes. *J Vasc Surg* 2006;44:480-487.

[90] Naylor AR. Delay may reduce procedural risk, but at what price to the patient? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 35:383-391.

Wordt in uw ziekenhuis carotischirurgie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: alle patiënten die een carotisingreep ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose en die hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaken of overlijden.		
Noemer: alle patiënten die een carotisingreep ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting

6.6 Thoraxchirurgie

Mortaliteit is een onbedoeld resultaat van een hartoperatie. Het risico op mortaliteit van een hartoperatie is sterk verschillend van patiënt tot patiënt. Het is afhankelijk van patiënt-, operatie- en situatiegebonden variabelen. Zo worden diverse registraties bijgehouden om de kwaliteit van de hartchirurgie in kaart te brengen. De deelname aan de landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT maakt inzichtelijk in welk (gewogen) daglicht we de mortaliteit moeten plaatsen. Het gebruik van de internal mammary artery als graft geeft aan in hoeverre een gewenst en vastgelegd proces van handelingen inmiddels in gebruik is; een proces van handelingen dat inzichten kan bieden die zonder uitdrukkelijke benoeming minder snel onder de aandacht waren gekomen. Het zal naar verwachting de gewenste ontwikkeling ook stimuleren. Daarnaast geeft het percentage van optreden van mediastinitis een indicatie voor ontstane ontstekingen tijdens of na een openhartoperatie. Zo wordt in een gevarieerd palet de thoraxchirurgie geanalyseerd.

6.6.1 Indicator: Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT

Deelname aan de landelijke risicogewogen mortaliteits registratie NVT vereist het tijdig aanleveren van de kwartaaldata en tevens het adequaat aanleveren van de gegevens. Hierbij geldt dat voor zowel de EuroSCORE als de ziekenhuissterfte per kwartaal voor tenminste 90 procent van de interventies bekend moet zijn.^[91]

De EuroSCORE^[92] is een risicofratificatie model waarmee op basis van preoperatieve variabelen een inschatting kan gemaakt worden van het risico op sterfte bij een hartoperatie.

Bij registratie van de mortaliteit op zich, zouden centra waar meer risico patiënten geopereerd worden, en dus logischer wijze een hogere mortaliteit hebben, hierdoor in een slecht daglicht geplaatst worden. Daarbij zou het opereren van hoog risicopatiënten gemeden worden gezien het risico afgerekend te worden op hoge mortaliteitscijfers.

Mortaliteitsregistratie na hartchirurgie moet dus zeker risicogewogen gebeuren om hierover een correct en eerlijk idee te krijgen.

- **Inclusie criterium**
- Alle volwassen hartchirurgisch operaties waarvoor de EuroSCORE ontworpen is.
- Het verslagjaar loopt van 1 oktober tot 1 oktober.

[91] www.nvt.net.nl.

[92] Nashef SAM, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R, the EuroSCORE study group. European system for cardiac preoperative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardio-thorac Surg 1999;16:9-13.

Wordt in uw ziekenhuis hartchirurgie uitgevoerd?

 ja nee
*

Op hoeveel van de vier deadlines in het verslagjaar van de NVT voldeed u aan de kwaliteitscriteria voor de risico-gewogen-mortaliteitsregistratie (90% van de data volledig ingevuld op 3 maanden na afsluiten van het kwartaal)?

 0 1 2 3 4

Toelichting:

6.6.2

Indicator:

Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft

Verlengde levensverwachting en minder 'cardiale' problemen zijn twee basisindicaties van de coronair chirurgie. De invloed van de Internal mammary artery op deze twee aspecten staat buiten kijf. Het belang van het gebruik van een arteriale graft is Evidence based^[93,94,95,96].

Als gehanteerde referentie waarden gelden: Mediaan: 93,6%, Inter quartile range (IQR): 89,9%-96,0%.

- *Inclusiecriteria:*

- *Definities aanhouden zoals die voor de risicogewogen mortaliteitsregistratie van de NVT gebruikt worden. Bij verschillen tussen deze indicator en de indicator zoals die in de NVT registratie staat, is de tekst van de NVT registratie leidend.*
- *Alle volwassen patiënten die een geïsoleerde coronair revascularisatie ondergaan.*
- *Primair betekent dat deze patiënten vooraf geen operatieve myocardrevascularisatie ondergingen.*
- *Geïsoleerd betekent dat het patiënten zijn die enkel een coronair revascularisatie ondergaan, dus niet in combinatie met een 'andere hartoperatie'. Voorbeelden van procedures die niet worden aangezien als 'andere hartoperatie': myocardbiopsie, plaatsen van pacemakerdraden, sluiten aortotomy, atriotomy, resectie linker hartoor als deel van de ingreep.*

[93] Loop FD, Lytle BW, Cosgrove DM et al. Influence of the internal mammary artery graft on 10-year survival and other cardiac events. N Engl J Med 1986;314:216-219.

[94] Guidelines ESC/EACTS on myocardial revascularization. Class I, level A.

[95] Sabik JF, Blackstone EH, Gillinov AM, Banbury MK, Smedira NG, Lyttle BW. Influence of patient characteristics and arterial grafts on freedom from coronary reoperation. J Thorac Cardiovasc Surg 2006;131:90-98.

[96] Quality measurement in adult cardiac surgery Ann Thorac Surg 2007;83:513-26.

* Geef toelichting

Worden in uw ziekenhuis bypassoperaties (CABG) uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: aantal patiënten dat bij een primaire geïsoleerde CABG een IMA-graft heeft gekregen.		
Noemer: aantal patiënten die een primaire geïsoleerde CABG hebben ondergaan.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

6.6.3 Indicator: Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

Diepe sternumwondproblemen is een complicatie die op kan treden na hartchirurgie en dus een onbedoeld resultaat is van een hartoperatie. Deze sternumproblemen kunnen te wijten zijn aan verschillende variabelen binnen het geheel van het zorgproces tijdens en na hartchirurgie.

Diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, is een ernstige complicatie, met ernstige consequenties voor de patiënt: meestal volgt een verlengd ziekenhuisverblijf en hieraan gekoppeld verhoogde kosten. Tevens is het een probleem dat op verschillend niveau's bijsturing kan vereisen.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Definities aanhouden zoals die voor de risicogewogen mortaliteitsregistratie van de NVT gebruikt worden. Bij verschillen tussen deze indicator en de indicator zoals die in de NVT registratie staat, is de tekst van de NVT registratie leidend.*
 - *Alle volwassen patiënten die een openhartoperatie ondergaan hebben en als dusdanig zouden moeten worden aangeleverd aan de landelijke risicogewogen mortaliteits en complicatie-registratie van de NVT.*
 - *Definitie diepe sternumwondproblemen, mediastinitis: omvat spier, sternum, mediastinum en is positief als er sprake is van een of meer van de onderstaande criteria:*
 - *Chirurgische drainage/refixatie.*
 - *Positieve wondkweken.*
 - *AB-therapie vanwege sternumwond.*

* Geef toelichting

Worden in uw ziekenhuis openhartoperaties uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: aantal van deze patiënten bij wie diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, zoals bovenstaand gedefinieerd, voorkwamen tijdens de ziekenhuisopname.		
Noemer: aantal patiënten die in het verslagjaar een openhartoperatie ondergingen.		
Percentage (wordt automatisch bekerend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting

7 Infectieziekten

De indicatoren die in dit deel van de basisset aan bod komen kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar aspecten van de zorg waarbij infecties een rol spelen. Infecties zijn de voornaamste bron van nieuwe ziektegevallen in Nederland. Verreweg de meeste hiervan vragen geen ziekenhuiszorg. Toch zijn lage luchtweginfecties een belangrijk gezondheidsprobleem: 30.000 patiënten worden jaarlijks opgenomen met een lage luchtweginfectie als voornaamste diagnose. Een longontsteking (pneumonie) vormt hiervan de grootste groep.

Infecties vormen een van de belangrijkste groepen van complicaties bij vele vormen van behandelingen die patiënten in een ziekenhuis ondergaan. Daarom speelt infectiepreventie een belangrijke rol bij het inrichten van een verantwoord zorgproces.

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de preventie van ziekenhuisinfecties. Verder staat de inschatting van de ernst van de longontsteking centraal bij de indicator voor de behandeling van Community Acquired Pneumonia.

7.1 Ziekenhuisinfecties

Ziekenhuisinfecties behoren tot de veelal vermijdbare en soms ernstige complicaties van ziekenhuisopname en ingrepen en veroorzaken verhoogde morbiditeit, opnameduur en kosten.

Het risico op het krijgen van een ziekenhuisinfectie varieert sterk. De kans op een ziekenhuisinfectie is groot bij alle invasieve ingrepen, operaties, beademingstubes, infusen en katheters, maar hangt ook af van de ernst van de aandoening(en) waaraan de patiënt lijdt, de soort ingreep en de ziekenhuishygiënische routines van de ziekenhuismedewerkers. Inzicht in het aantal en de soort ziekenhuisinfecties geven het ziekenhuis een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en te bepalen waar verbeteracties mogelijk of nodig zijn.

Uit de literatuur blijkt dat het percentage ziekenhuisinfecties kan worden teruggebracht door gegevens over ziekenhuisinfecties te registreren, te analyseren en terug te rapporteren (surveillance).

7.1.1 Indicator: Surveillance van ziekenhuisinfecties

Bij het voorkómen van ziekenhuisinfecties spelen adequate routinemaatregelen op het gebied van infectiepreventie een rol. Veel ziekenhuizen voeren een gericht beleid om ziekenhuisinfecties te reduceren. Surveillance van ziekenhuisinfecties maakt deel uit van dit beleid. Het doel is optimalisatie van het infectiepreventiebeleid, waarvan het effect middels voortgaande surveillance kan worden gemeten. Onderstreept moet worden dat surveillance veel meer is dan het feitelijk registreren van infecties. De kenmerkende activiteiten van de surveillance van ziekenhuisinfecties zijn: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (het daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals; zonodig gevolgd door de implementatie van interventie maatregelen. In haar rapport 'Infectiepreventie in ziekenhuizen' (IGZ, mei 2004) stelt de inspectie dat actieve surveillance (opsporen, analyseren, interveniëren, evalueren) onderdeel dient te zijn van het infectiepreventiebeleid en beveelt zij aan dat ziekenhuizen tenminste eenmaal per jaar een periode participeren in één van de incidentie-modules van het PREZIES-netwerk.

Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?

ja
#

nee

Surveilleert het ziekenhuis ziekenhuisinfecties?

ja

nee
*

n.v.t.
*

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

		Post- operatieve wondinfecties	Wond- infecties na hartchirurgie	Centrale lijn gerelateerde sepsis (Lijnsepsis)
	Noch incidentie-, noch prevalentiemeting worden uitgevoerd (zie toelichtingsvraag 2 verderop in deze indicator)			
Incidentie- meting	Via PREZIES			
	Eigen incidentiemeting (zie toelichtingsvraag 1 verderop in deze indicator)			
	Hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de incidentiemeting?			
	Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentiemeting in aanmerking?			
Prevalentie- meting	Via PREZIES			
	Eigen prevalentiemeting (zie toelichtingsvraag 1 verderop in deze indicator)			
	Hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de prevalentiemeting?			
	Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentiemeting in aanmerking?			
Algemeen	Zijn naar aanleiding van de surveillance interventies gepleegd?			
	Hadden de interventies het gewenste resultaat?			

Gebruikt u voor de definiëring van ziekenhuisinfecties de criteria van de CDC/WIP (Centre of Disease Control/Werkgroep Infectie Preventie)?

ja

nee

1 Indien eigen incidentie- en prevalentie-meting, geef toelichting over de wijze van surveillance:

2 Indien geen incidentie- en prevalentie-meting, geef toelichting over de wijze van infectiepreventie zonder specifieke surveillance:

Toelichting:

7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Community-acquired pneumonia (CAP: een longontsteking die buiten een zorginstelling is ontstaan) wordt gedefinieerd als een acute symptomatische infectie van de lagere luchtwegen, waarbij een nieuw infiltraat op de X-thorax wordt vastgesteld. CAP betreft patiënten die van thuis of vanuit het verzorgingstehuis worden opgenomen in het ziekenhuis. CAP is een veel voorkomende aandoening met een hoge mortaliteit en morbiditeit, met name bij ouderen^[97]. De geschatte incidentie in de Westerse wereld is 5-11 per 1000 volwassenen^[97,98]. CAP is wereldwijd de belangrijkste oorzaak van sterfte als gevolg van een infectie^[97,98].

7.2.1 Indicator: Gebruik scoresysteem CAP

De 'ernst van ziekte' bij de patiënt met een pneumonie is essentieel bij het kiezen van de optimale initiële behandelstrategie: ernstig zieke patiënten worden immers empirisch behandeld met therapie gericht tegen meerdere potentiële pathogenen, waaronder Legionella spp. Indeling naar 'ernst van ziekte' kan het beste gedaan worden op basis van gevalideerde scoresystemen (zoals de Pneumonia Severity Index of de AMBU-65 score). De AMBU-65 score is een score gebaseerd op vijf criteria, namelijk Ademhalingsfrequentie, Mentale toestand, Bloeddruk, Ureum en Leeftijd >65 jaar. De aanwezigheid van een hoge ernst van ziekte score (PSI 5; AMBU-65 >2) heeft daarnaast consequenties voor de optimale plaats van behandeling en de in te zetten diagnostiek (bijvoorbeeld de Legionella sneltest in urine).

- Definities
 - PSI: Pneumonia Severity Index.
 - AMBU-65: scoringsstelsel gebaseerd op Ademhalingsfrequentie, Mentale toestand, Bloeddruk, Ureum en Leeftijd >65 jaar.
- Inclusie criterium
 - Alle patiënten >18 jaar.

[97] Bjerre LM, Verheij TJM, Kochen MM. Antibiotics for community acquired pneumonia in adult outpatients. Cochrane Database Syst Rev 2009;(4):1-43.

[98] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007;44 Suppl 2:S27-S72.

Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee		
Wordt er in het ziekenhuis gebruik gemaakt van een gevalideerd score-systeem (PSI score of AMBU-65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *	
Indien ja, wordt dit scoresysteem standaard bij elke nieuwe patiënt met CAP afgenomen en in het patiëntendossier vastgelegd?	<input type="checkbox"/> ja, meestal 61-100%	<input type="checkbox"/> ja, vaak 31-60%	<input type="checkbox"/> ja, soms 1-30%	<input type="checkbox"/> nee, nooit 0%
Toelichting:				

7.2.2

Indicator:

Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP

In de meeste nationale en internationale richtlijnen en literatuur^[99,100,101,102] wordt deze indicator als relevant beschouwd. Vroegtijdige toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van behandeling van de ernstige infectieziekten en derhalve ook CAP. De aanbeveling is meest aangewezen en heeft een aantoonbaar effect op overleving voor patiënten met een ernstige pneumonie of ernstige sepsis waarvoor opname op de afdeling Intensive Care geïndiceerd is. Derhalve is de aanbeveling niet voor iedere patiënt met een pneumonie van toepassing. Voor het toepassen van vroegtijdige toediening van antibiotica voor alle patiënten met CAP is onvoldoende wetenschappelijk bewijs aanwezig. Integendeel, het toepassen hiervan bij minder ernstige CAP kan leiden tot onnodig voorschrijven van antibiotica, daar waar géén infectieziekte aanwezig is. Dit kan leiden tot onnodige bijwerkingen, een toename in kosten en uiteindelijk tot een toename van antimicrobiële resistentie van micro-organismen^[103,104].

[99] Meehan TP, Fine MJ, Krumholz HM, et al. Quality of care, process, and outcomes in elderly patients with pneumonia. JAMA 1997;278:2080-4.

[100] Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, et al. Timing of antibiotic administration and outcomes for medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 2004;164:637-44.

[101] Schouten JA, Hulscher MEJL, Wollersheim H, et al. Quality of antibiotic use for lower respiratory tract infections at hospitals: (how) can we measure it? Clin Infect Dis 2005;41:450-460.

[102] Wiersinga WJ, Bonten M, Boersma WG, Jonkers RE, Aleva RM, Kullberg BJ, Schouten JA, Degener JE, Janknegt R, Verheij T, Sachs APE, Prins JM. SWAB/NVALT (Dutch Working Party on Antibiotic Policy and Dutch Association of Chest Physicians) Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Netherlands Journal of Medicine 2012 in press.

[103] Pines. M. et al. The Measurement of time to first Antibiotic dose for pneumonia in the emergency department: a white paper and position statement prepared for the American academy of emergency medicine. American Academy of Emergency medicine. Journal of Emergency Medicine, 2009; 3, p. 335-340.

[104] Bruns. A.H.W. et al. Time for First antibiotic dose is not predictive for the early clinical failure of moderate-severe community-acquired pneumonia. Journal Clinical Microbiologic Infectious Disease. 2009; 28, p.913-919.

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

In eerder onderzoek bij 443 patiënten in 8 ziekenhuizen werd voor deze indicator een gemiddelde naleving van 68% (met een variatie tussen 35-87%) vastgesteld^[105]. De haalbaarheid (feasibility) van het registreren van deze indicator werd uitgedrukt hierbij als het aantal missende waarden ('missing values') als gevolg van het niet vinden van de informatie in de beschikbare databronnen. In het onderzoek onder 443 patiënten werd voor deze indicator een gemiddeld percentage van 21% aan missende waarden vastgesteld^[106]. Ook hier is nog ruimte voor verbetering.

Bij de registratie kunnen DBC codes voor 'pneumonie' worden gebruikt. Overige informatie kan worden verkregen uit het medisch dossier, verpleegkundig dossier en de SEH registratie.

- Inslusiecriteria:
 - Alle patiënten ouder dan 18 jaar met de diagnose 322-1401 of 313-401. ICD-9-CM (zoals in LMR): 481, 482, 483 en 486.
 - Geïnccludeerd worden alle volwassen patiënten die van thuis of vanuit het verzorgingstehuis via de SEH worden opgenomen op de Intensive Care van het ziekenhuis.
 - Een overzicht van de mogelijk te gebruiken antibiotica en ATC codes staat op de website van het Farmaceutisch Kompas (www.fk.cvz.nl), bij de indicatie pneumonie. Ziekenhuizen maken hieruit een eigen, beperkte keuze voor gebruik bij pneumonie.

Heeft u het afgelopen jaar patiënten met CAP op de Intensive Care opgenomen?

 ja

 nee
*

 n.v.t.
*

Teller: aantal patiënten met CAP bij wie de antibiotische therapie binnen 4 uur na opname via de SEH werd toegediend in het verslagjaar en die op de Intensive Care werden opgenomen.

Noemer: totaal aantal patiënten met CAP die in het verslagjaar werden opgenomen op de Intensive Care.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

[105] Schouten JA, Hulscher ME, Trap-Liefers J, Akkermans RP, Kullberg BJ, Grol RP, van der Meer JW. Tailored interventions to improve antibiotic use for lower respiratory tract infections in hospitals: a cluster-randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis.* 2007 Apr 1;44(7):931-41.

[106] Schouten JA, Hulscher MEJL, Wollersheim H, et al. Quality of antibiotic use for lower respiratory tract infections at hospitals: (how) can we measure it? *Clin Infect Dis* 2005;41:450-460.

* Geef toelichting

8 Maag-darm-lever (MDL)

Aandoeningen van het spijsverteringssysteem vormen een belangrijke groep van aandoeningen, zowel qua mortaliteit als qua chronische ziektelast. Meerdere indicatoren hebben een relatie met delen van de zorg voor MDL-patiënten.

De indicatoren die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, zijn de indicatoren waarbij gekeken wordt naar de spoedbehandeling door middel van een scopie, de verslaglegging en de structuur hiervoor.

De volgende indicatoren met een relatie met MDL-ziekten zijn in andere hoofdstukken opgenomen:

- **Operatief proces**
 - Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg.
- **Verpleging**
 - Ondervoeding (alle indicatoren).
- **Oncologie**
 - Multidisciplinair overleg (MDO) rectumcarcinomen.
 - Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA).
 - Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD).
 - Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).
 - Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom.

8.1 MDL-infrastructuur

Het aantal opnames voor een acute bloeding van de proximale tractus digestivus bedraagt 60 per 100.000 inwoners per jaar. De mortaliteit bedraagt 5 tot 10 procent. Bloeding in het proximale maagdarmkanaal is een veel voorkomend ziektebeeld en gaat gepaard met een hoog sterftecijfer. Tijdige endoscopie kan bepalend zijn voor overleving van de patiënt. Aan de hand van klinische scoringssystemen kunnen patiënten worden geïdentificeerd die deze interventie, na stabilisatie, binnen 24 uur na opname behoeven. Deze kwaliteitsindicator meet of een ziekenhuis beschikt over digitale verslaglegging van endoscopische procedures.

8.1.1 Indicator: Digitale verslaglegging endoscopie

De endoscopische procedures die worden uitgevoerd door het MDL-team zijn niet zelden geïndiceerd in het kader van surveillance van een bekende aandoening of een verhoogd risico hierop. Daarnaast worden vaak endoscopische verrichtingen uitgevoerd op verzoek van andere specialismen zoals de Huisartsgeneeskunde, de Inwendige Geneeskunde of de Heelkunde. Een duidelijke verslaglegging die gemakkelijk te herleiden of terug te vinden is, is dan ook essentieel. Digitale verslaglegging is hiervoor de meest aangewezen methode. Dit biedt namelijk de mogelijkheid van opslaan van verslagen inclusief afbeeldingen. Hierdoor wordt het oproepen en het delen van verslagen met andere gebruikers vergemakkelijkt. Daarnaast kan op gestructureerde wijze (bijvoorbeeld middels het gebruik van tekstblokken en het aanvinken van bevindingen) verslag worden gedaan van procedures waardoor diverse gegevens makkelijker te gebruiken zijn. Onderzoek heeft uitgewezen dat digitale verslaglegging weliswaar een kostbare investering is, maar dat deze investering na drie jaar terugverdiend kan worden en dus kosteneffectief is.^[107]

Deze indicator is een indicatie hoe verslagen van endoscopische procedures worden opgeslagen, kunnen worden gebruikt voor nauwkeurige surveillance en toegankelijk zijn voor belanghebbenden. Het gaat hierbij dus om de documentatie van de complete procedure, inclusief (een selectie van) beeldmateriaal, gekoppeld aan de procedure. Het opstellen van een digitaal verslag op een tekstverwerker valt dus niet binnen de definitie van digitale verslaglegging.

Is er sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure, inclusief beeldmateriaal?

ja

nee
*

n.v.t.
*

Toelichting:

* Geef toelichting

[107] Groenen MJ, Ajodhia S, Wynstra JY, et al. A cost-benefit analysis of endoscopy reporting methods: handwritten, dictated and computerized. *Endoscopy* 2009;41:603-9.

8.2 Time-out procedure endoscopische verrichtingen

Een time-out procedure (TOP) is het laatste (gestandaardiseerde) controlemoment voor de start van een ingreep. Het is een soort identificatie- en verificatieprocedure waarbij gelet wordt op de: juiste patiënt, juiste plaats, juiste ingreep, juiste benodigdheden en het juiste materiaal. Deze procedure kan plaatsvinden op meerdere momenten in het proces.

8.2.1 Indicator: Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen

Voorwaarde aan de procedure zijn:

- De TOP wordt uitgevoerd in aanwezigheid van een wakkere^{108]} patiënt.
 - De TOP wordt uitgevoerd door de arts die de endoscopie verricht en in aanwezigheid van de verpleegkundige(n) die assisteert(eren).
 - De vragen worden hardop gesteld en in aanwezigheid van de arts, de verpleegkundige en de wakkere patiënt beantwoord.
 - De wijze van uitvoering van de TOP is uniform (via een papieren vragenlijst of met behulp van een poster op de muur etc.).
- Definitie:
 - Endoscopische verrichting: diagnostische en therapeutische colonoscopie, gastroduodenoscopie, sigmoïdoscopie, ERCP, enteroscopie (balloon-assisted enteroscopie) en endo-echografie.
 - Een patiënt die in het verslagjaar meerdere endoscopische verrichtingen ondergaat, moet iedere zitting opnieuw meegerekend worden.
 - Uitvoering TOP, zie toelichting.
 - Inclusiecriteria:
 - ZA-coderingen: 034311, 034312, 034388, 034389, 034394, 034503, 034533, 034620, 034640, 034686, 034688, 034690, 034693, 034694, 034695, 034696, 034697.

Worden er in uw ziekenhuis endoscopische verrichtingen uitgevoerd?

 ja nee
*

Worden deze verrichtingen uitgevoerd op meer dan één locatie?

 ja
nee

Legt u in een digitaal verslagsysteem vast dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen?

 ja nee
*

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

[108] Bij een comateuze patiënt kan de TOP dus niet volledig uitgevoerd worden. Indien anesthesie wordt toegediend, dient de TOP op de operatiekamer, vóór de start van de narcose, plaats te vinden.

Teller: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.

Noemer: totaal aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.

Percentage endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

9 Verloskunde

9.1 De spontane bevalling

Verloskundige zorg heeft een belangrijke plaats in het ziekenhuis. Daaruit volgt dat het een toezichtonderwerp met aandacht is. De geboorte is een belangrijk moment in het leven waarop orgaansystemen als de longen voor het eerst belangrijke functies uit gaan oefenen. Dit vraagt om een deskundige begeleiding en een goede samenwerking in de keten. Tegelijkertijd is het ook een normaal fysiologisch proces dat vraagt om terughoudendheid bij medisch ingrijpen. Daarom is een indicator over de balans tussen ingrijpen in en toezien op het natuurlijke proces en een indicator over de perinatale audit.

9.1.1 Indicator: Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'

De zorg voor de bevalling richt zich op het op zo veilig mogelijke wijze komen tot een zo normaal mogelijke bevalling. Zowel sectio caesarea als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met een verhoogde kans op morbiditeit en mortaliteit van moeder en kind. Een spontane partus geeft de laagste kans op morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind, bij de huidige bevalling en bij toekomstige bevallingen.^[109]

Daarom is gekozen voor een indicator die zich richt op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane partus in de tweede- en derdelijnszorg. Zoals veel indicatoren indiceert deze indicator bij een laag (of hoog) aantal spontane partussen alleen voor nader onderzoek door de IGZ. Een laag aantal normale partussen kan veroorzaakt worden door het vóórkomen van veel pathologie in de groep zwangeren waarvoor het ziekenhuis zorg draagt. De indicator maakt onderscheid in twee groepen waarvan groep a geheel door de tweede of derde lijn wordt begeleid en groep b tijdens de bevalling wordt overgedragen. De indicator is geaccordeerd door de algemene ledenvergadering van de NVOG op 13 november 2009. NTSV staat voor 'nulliparous term singleton vertex', ook gebruikt in de internationale literatuur, een referentiegroep van à terme (37^o - 41⁺⁶ weken) nulliparae met een éénlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

- **Definities:**
Onder spontane partus wordt verstaan een bevalling waarbij de vrouw het kind op eigen kracht uitdrijft, eventueel geholpen met fundusexpressie. Partus waarbij een vaginale kunstverlossing of een sectio caesarea zijn toegepast, zijn uitgesloten.
- **Inclusiecriteria:**
 - Eerste zwangerschap van de moeder (nulliparae).
 - Zwangerschap á terme (37^o - 41⁺⁶ weken).
 - Eenlingzwangerschap.
 - Het kind in hoofdligging.
 - Kind niet overleden voor het begin van de bevalling.

Bron LVR 2

[109] NVOG Kwaliteitsnorm 'Preventie van moedersterfte' (2003); NVOG Richtlijn 'Vaginale kunstverlossing' (2005), www.nvog.nl.

Vinder er in uw ziekenhuis bevallingen plaats? ja nee *

Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan een locatie? ja # nee

Spontane partussen volgens definitie in de inclusiegroep

A Moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid gebracht/verwezen naar de tweede lijn.

B Moeder en kind overgedragen van de 1e naar de 2e lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.

C Totaal alle spontane partussen in de 2e lijn ($C = A + B$).

Partussen in de inclusiegroep

D Moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van ontsluiting of geplande sectio) onder verantwoordelijkheid gebracht/verwezen naar de tweede lijn.

E Moeder en kind overgedragen van de 1e naar de 2e lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.

F Totaal alle partussen in de 2e lijn ($F = D + E$) in de inclusiegroep.

Percentage 1 (A/D) (wordt automatisch berekend): %

Percentage 2 (B/E) (wordt automatisch berekend): %

Percentage 1 (C/F) (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

9.2 Audit van perinatale zorg

In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen. Het overgrote deel van de zwangerschappen eindigt met een gezonde moeder en een gezond kind. Echter, jaarlijks overlijden ongeveer 1700 kinderen rond de geboorte (1%).

In Nederland bestaat de perinatale sterfte uit foetale sterfte (ongeveer 6-7 per 1000) en neonatale sterfte (ongeveer 3-4 per 1000). Nederland presteert relatief slecht op dit gebied en verbeteringen zijn mogelijk. Eén van de belangrijkste mogelijkheden voor het verbeteren van de perinatale sterfte is het verbeteren van de samenwerking van de zorgverleners betrokken bij de perinatale zorg. De perinatale audit is een instrument om suboptimale aspecten van zorg op te sporen en de kwaliteit van (keten)zorg te verbeteren door analyse van sterfgevallen.^[110,111,112] In de toekomst kan de audit uitgebreid worden met de analyse van morbiditeit.

De bij de perinatale zorg betrokken beroepsgroepen werken samen aan de invoering van een landelijk gestandaardiseerd systeem van audits. In 2007 is een start gemaakt met de voorbereiding en sinds eind 2009 is deze landelijke audit ingevoerd. Deze wordt gecoördineerd door de Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). De meerwaarde van een georganiseerde perinatale audit ligt in de systematiek en methodiek. Goede voorbereiding, een systematische aanpak, het gebruik van de juiste analysemethoden en een getraind multidisciplinair team zijn de voorwaarden voor het vinden van verbeterpunten voor de zorg.

Het systeem van audits bestaat uit:

- Lokale audits waarbij zorgverleners binnen een perinatologisch samenwerkingsverband op termijn alle gevallen van perinatale sterfte analyseren. De lokale audit vormt de basis van het landelijk systeem van perinatale audit.
- Audits georganiseerd door de tien regioteams waarbij punten worden besproken die voor de hele regio van belang zijn.
- Een jaarlijkse landelijke audit over een specifiek onderwerp. Deze kan leiden tot richtlijnontwikkeling, verbetering van de (na)scholing of beleidsveranderingen.

Gegevens over de audits worden elektronisch vastgelegd. Het systeem heeft voorzieningen voor terugkoppeling van de conclusies en aanbevelingen naar de eigen maatschap, het ziekenhuis of het samenwerkingsverband.

[110] Jaarboeken PRN.

[111] Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

[112] Website Perinatale Audit Nederland.

9.2.1

Indicator:**Mate van invoering perinatale audits**

Met deze indicator wordt inzichtelijk of de perinatale audit is uitgevoerd en zo ja, of deze is uitgevoerd volgens de daarvoor landelijk ontwikkelde systematiek.

- Definities
 - Perinatale sterfte: doodgeboorte of sterfte tot en met 28 dagen na de geboorte, na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken.
 - Perinatale audit: een op gestructureerde wijze uitgevoerde, kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening, die voldoet aan de volgende eisen:
 - De aanwezigheid van minimaal de volgende zorgverleners:
 - . Gynaecoloog.
 - . 1e lijnsverloskundige/verloskundig actieve huisarts.
 - . 2e lijnsverloskundige/verloskundig actieve huisarts (indien aanwezig in samenwerkingsverband).
 - . Kinderarts.
 - . O&G verpleegkundige.
 - . indien relevant voor de te bespreken casus, worden andere zorgverleners uitgenodigd.
 - Er is een chronologisch verslag van de casus opgesteld.
 - De gegevens van de audit zijn vastgelegd in de relevante registratiesystemen (PARS₁ en PARS₂).

Wordt in uw ziekenhuis perinatologische zorg verleend?

 ja

 nee

*

Hoeveel lokale audits die aan bovengenoemde voorwaarden voldoen zijn er in het verslagjaar georganiseerd binnen het perinatologisch samenwerkingsverband?

Toelichting:

* Geef toelichting

10 Kwetsbare groepen

De IGZ stelt zich in haar meerjarenplan onder andere als doel meer en gericht aandacht te besteden aan de zorg voor kwetsbare groepen^[113]. Over veel kwetsbare groepen is geen aparte informatie beschikbaar, zoals asielzoekers of allochtonen. Patiënten die een speciale kwetsbaarheid hebben op grond van leeftijd zijn op vele plaatsen in de basisset beschreven. Het betreft dan kinderen óf oudere patiënten. Aan de groep oudere patiënten wordt op vele plaatsen aandacht besteed, ook omdat nu eenmaal veel ziekten vooral op latere leeftijd voorkomen. Kinderen en ouderen hebben met elkaar gemeen dat de belastbaarheid van hun lichaam aanzienlijk kleiner is dan dat van jongere volwassenen. Dat uit zich in een hogere frequentie van aandoeningen, een relatief groot gebruik van ziekenhuisvoorzieningen en een grotere kans op complicaties bij behandelingen. Dezelfde problematiek doet zich voor bij chronisch zieken, die ook verhoogd kwetsbaar zijn voor andere aandoeningen. Hieraan zal bij de specifieke indicatoren aandacht worden besteed.

Ouderen als kwetsbare groep

De meeste ziekten waarvoor indicatoren zijn opgenomen in de basisset komen vaker voor bij ouderen. Er is geen duidelijke leeftijdsgrens waarboven dit geldt. Bij enkele in indicatoren beschreven fenomenen speelt de leeftijd een zo belangrijke rol dat er een minimum leeftijdsgrens is opgenomen. Indicatoren waarbij de sterfte een rol speelt, zoals het myocardinfarct, zijn daar een voorbeeld van, maar ook de heupfractuur. Deze fractuur komt wel op jongere leeftijd voor, maar osteoporose speelt bij ouderen een zo belangrijke rol dat er eigenlijk sprake is van een andere aandoening. Daarom beperkt deze indicator zich tot patiënten van 65 en ouder. Hetzelfde geldt voor het delirium dat ook op jongere leeftijd voorkomt (zelfs met een hoge incidentie op de kinderleeftijd), maar dat boven de 70 een zo veel hogere incidentie kent dat alleen boven die leeftijd specifieke screening effectief is. De betreffende indicator beperkt zich dan ook tot patiënten van 70 jaar en ouder. Vrijwel elke indicator die zich niet expliciet beperkt tot de kinderleeftijd raakt aan delen van de zorg die belangrijk zijn voor ouderen. In dit hoofdstuk zijn twee indicatoren opgenomen die specifiek voor ouderen gelden. Als eerste is dit de indicator die vraagt naar screening op ondervoeding bij geriatrische patiënten. Als tweede de indicator die vraagt naar de screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie.

Kinderen als kwetsbare groep

Kinderen zijn in meerdere opzichten een bijzondere groep. Ten eerste is zoals gezegd de reservecapaciteit van kinderen kleiner dan volwassenen, en daarmee hun belastbaarheid. Ten tweede groeit het kinderlichaam en ook dit leidt tot een bijzondere problematiek. Tot slot ondervinden kinderen gezien hun potentieel lange levensduur veel langer last van langetermijncomplicaties van behandelingen. Dit alles maakt hen tot een groep die bijzondere aandacht verdient van de inspectie.

[113] Meerjarenbeleidsplan IGZ 2012 – 2015 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg II' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De indicatoren die in deze groep vallen zijn nadrukkelijk breder dan de kindergeneeskunde. Ze omvatten alle zorg die aan kinderen tussen de 0 en 18 jaar wordt gegeven, inclusief de zorg voor bevallingen die plaatsvinden in het ziekenhuis.

Indicatoren die in andere hoofdstukken zijn opgenomen die specifieke onderdelen voor de zorg voor kinderen omvatten zijn:

- **Verpleegkundige zorg**
 - Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen.
 - Behandeling van ondervoeding.

- **Intensive care**
 - Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling.

- **Verloskunde**
 - Percentage spontane partus in de 'NSTV-groep'.
 - Mate van invoering perinatale audits.

10.1 Ondervoeding geriatrische patiënten

Ondervoeding is een belangrijke bedreiging voor de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen^[114]. De prevalentie van ondervoeding bij de geriatrische patiënt is afhankelijk van de gehanteerde definitie van ondervoeding en de onderzochte populatie. De cijfers voor ondervoeding bij geriatrische patiënten in Nederland lopen daarom uiteen van 11% tot 61%^[115,116,117]. Zonder adequate en systematische screening kan ondervoeding niet als zodanig opgemerkt en behandeld worden. De richtlijn 'Comprehensive geriatric assessment'^[118] en de leidraad 'Ondervoeding bij de geriatrische patiënt'^[114] bevelen het gebruik van de (short form van) MNA (Mini Nutritional Assessment) aan voor de objectivering van de voedingstoestand van geriatrische patiënten.

10.1.1 Indicator: Screening ondervoeding geriatrische patiënten

Een geriatrische patiënt is een oudere patiënt die te maken heeft met multimorbiditeit en beperkingen^[117]. Ondervoeding is in deze populatie een veel voorkomend probleem met mogelijk verstrekken gevolgen voor de kwaliteit van leven. Een eerste stap om ondervoeding bij deze patiënten aan te pakken is het screenen van iedere nieuwe geriatrische patiënt die voor het eerst een polikliniek bezoekt. Het doel van deze indicator is dan ook om ondervoeding bij deze populatie terug te dringen door het bevorderen van vroege herkenning, zodat tijdig adequate behandeling van ondervoeding ingezet kan worden. Het niet behandelen van ondervoeding kan leiden tot daling van de weerstand, toegenomen kans op vallen^[119], heupfracturen, langzamer herstel en toegenomen kans op complicaties bij ziekte en na operatie. Dit kan leiden tot een negatieve spiraal zoals langere opnameduur, grotere kans op heropname, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit, grotere kans op opname in een verpleeghuis en afname van de kwaliteit van leven^[114].

Gevalideerde instrumenten voor het screenen op ondervoeding bij geriatrische patiënten op de polikliniek zijn: MNA(-SF)^[120] of ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. Het eerste deel van de MNA (de MNA-SF) is een screeningsinstrument^[121]. Voor ongewild gewichtsverlies worden afkappunten van meer dan 5% gewichtsverlies in de laatste maand, of meer dan 10% gewichtsverlies in de

[114] van Asselt DZB, van Bokhorst-de van der Schueren MAE en Olde Rikkert MGM. Leidraad Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht; Academic Pharmaceutical Productions 2010.

[115] Rypkema G, Adang E, Dicke H, et al. Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent malnutrition. *J Nutr Health Aging*. 2003;8:122-7.

[116] Meijers JMM, Halfens RJG, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, et al. Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment and quality indicators. *Nutrition*. 2009;25:512-9.

[117] Schilp J, Kruijenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, Deeg DJ, Visser M. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition*. 2012;28:1151-6.

[118] Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Richtlijn comprehensive geriatric assessment. 2010.

[119] Neelemaat F, Lips P, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Short-term oral nutritional intervention with protein and vitamin D decreases falls in malnourished older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):691-9.

[120] Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin.Nutr*. 2003;22:415-21.

[121] Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients for the clinician. *Fact Res Gerontol* 1994;4:75-59.

laatste 6 maanden gebruikt; voor BMI (bij ouderen) geldt een afkappunt onder de 20 kg/m² als criterium van ondervoeding^[122].

Andere screeningsinstrumenten zoals de MUST, de SNAQ en de SNAQ⁶⁵⁺ zijn in dit kader geen gevalideerde instrumenten voor geriatrische patiënten op de geriatrische poli- of dagkliniek^[123], maar kunnen binnen het ziekenhuis wel gebruikt worden bij de overige afdelingen.

- Definities:
 - Geriatrische patiënt: iedere patiënt van 70 jaar of ouder verwezen naar de geriatrische poli- of dagkliniek (voor deze indicator).
 - Geriatrische poli- of dagkliniek: poli- of dagkliniek gespecialiseerd in de ouderengeneeskunde, bemand door een klinisch geriatr, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde.
 - Gevalideerd screeningsinstrument: MNA(-SF)^[124] of ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. De MUST, de SNAQ en de SNAQ⁶⁵⁺ zijn in dit kader geen gevalideerde instrumenten voor geriatrische patiënten op de geriatrische poli- of dagkliniek.
- Inclusiecriteria:
 - Geriatrische patiënten die voor het eerst (niet beperkt tot het verslagjaar) op een poli- of dagkliniek geriatric gezien worden.

Is de zorg voor geriatrische patiënten verspreid over meer dan één locatie?

ja # nee

Wordt op alle in het ziekenhuis aanwezige geriatrische poli- of dagklinieken een gevalideerd screeningsinstrument gebruikt voor het vaststellen van ondervoeding?

ja nee *

Is het aantal geriatrische patiënten bekend die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding?

ja nee *

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

[122] Langius J, Leistra E, van Bokhorst-de van der Schueren M, Kruijenga H. Screenen van ondervoeding op de polikliniek. Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Dietetiek. In press 2013 Stuurgroep Ondervoeding.

[123] Asselt DZB van, Bokhorst-de van der Schueren MA van, Olde Rikkert M. Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2010.

[124] Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin.Nutr. 2003;22: 415-21.

Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:		
Teller: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding.		
Noemer: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek.		
Percentage geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding (wordt automatisch berekend):	%	
Toelichting:		

10.2 Colonchirurgie bij ouderen

In het ziekenhuis zijn oudere patiënten met een indicatie voor colonchirurgie gevoelig voor perioperatieve complicaties en de nadelige gevolgen hiervan. Uit de kwaliteitsregistratie van de colonchirurgie blijkt de mortaliteit sterk toe te nemen boven het 70^e levensjaar.

10.2.1 Indicator: Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

De kans op complicaties is het hoogst bij kwetsbare ouderen. In de praktijkgids Kwetsbare ouderen van VMS wordt geadviseerd om bij alle 70-plussers in het ziekenhuis te screenen op tenminste het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies, vier belangrijke domeinen van kwetsbaarheid. Een gevalideerd instrument voor screening op een verhoogd risico op functieverlies bij opgenomen oudere patiënten is de ISAR-HP. Het is van belang dat alleen die ouderen worden geopereerd, waarbij de interventie waarde zal toevoegen aan de kwaliteit van leven, de levensduur en/ of verbetering van het functioneren. Daarvoor is beoordeling door een generalistische specialist met ervaring op het gebied van de geriatrie van belang. Enerzijds om (contra-)indicatie te beoordelen, anderzijds om adviezen te geven voor optimale perioperatieve begeleiding.

- **Inclusiecriteria:**
 - Unieke patiënten die op de dag van opname 70 jaar of ouder waren.
 - Indicatie electieve colonchirurgie.
 - Alleen de eerste indicatie voor colonchirurgie telt mee voor de indicator.
 - Diagnosecodes :
 - 303.333 Maligne neoplasma colon (exclusief sigmoid / rectum).
 - 303.334 Maligne neoplasma recto-sigmoid overgang.
 - 303.335 Maligne neoplasma rectum.
 - 303.347 HIPEC.
 - 303.329 Overige niet maligne gastrointestinale aandoeningen.
 - ZA codes: 034563, 034602, 034603, 034612, 034613, 034638, 034639, 034732, 034733, 034734, 034735, 034738, 034739, 034752, 034753, 034792, 034793, 034796, 034797, 034798, 034799, 034808, 034809, 034810, 034811, 034832, 034833, 034834, 034835, 034850, 034851, 034853, 034854, 034880, 034910, 034911, 035013, 035020, 035024, 035025, 035026, 035027, 035121, 035122, 037332, 038909, 038912, 039958.
- **Definities:**
 - Gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid: ISAR-HP of VMS screeningsbundel.

Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee
Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder bekend dat voor electieve colonchirurgie gescreend is op kwetsbaarheid?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: aantal patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie voor de ingreep gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid		
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.		
Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

**10.2.2 Indicator:
Beoordeling bij kwetsbaarheid**

- *Inclusiecriteria:*
 - *Unieke patiënten die op de dag van opname 70 jaar of ouder waren.*
 - *Indicatie electieve colonchirurgie (zie inclusiecriteria indicator 10.2.1):*
 - *Met een gevalideerd instrument is geconstateerd dat de patiënt kwetsbaar is*
 - *Alleen de eerste indicatie voor colonchirurgie telt mee voor de indicator.*
- *Definities:*
 - *Kwetsbare patiënt: Een patiënt gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid en als kwetsbaar beoordeeld.*
 - *Preoperatieve beoordeling: consult. De DBC code voor een intercollegiaal consult bij geriatrie is 13.1.351.101.*
 - *Generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie: geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde.*

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee
Is het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie bekend dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie.		
Noemer: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.		
Percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

11 Algemeen kwaliteitsbeleid

Een ziekenhuis is meer dan een verzameling processen en functies. Een samenhangend beleid, het goed faciliteren van de zorg voor patiënten en een goed kwaliteitsbeleid zijn enkele van de punten die een goed ziekenhuis kenmerken. Ook heeft een goed kwaliteitsbeleid voor een toezichthouder een ander groot belang. Bij een goed beleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen kan worden gepraat, kan voorkomen dat er zelfs maar enig risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van het ziekenhuis. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen. Dit zijn ook de indicatoren die zijn opgenomen in dit hoofdstuk.

Het is natuurlijk ook zo dat bijna alle indicatoren die zijn opgenomen in andere hoofdstukken een indicatie geven van het algemene kwaliteitsbeleid. Een belangrijk onderdeel dat overal terugkomt is de beschikbaarheid van kwaliteitsdata over het eigen proces. Kwaliteitsbeleid betekent weinig als er geen gegevens zijn over de geleverde kwaliteit.

11.1 **Evaluëren van het functioneren van medisch specialisten**

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist. Dat leidt tot de stelling dat verantwoorde medisch specialis-tische zorg in belangrijke mate wordt bepaald door de kwaliteit van de medisch specialist. Het feit dat de kwaliteit van een ziekenhuisorganisatie eveneens zeer belangrijk is voor verantwoorde zorg doet niets af aan die constatering. Ook staat niet ter discussie dat de mate van integratie tussen determinanten voor verantwoorde zorg zo mogelijk nog belangrijker is dan de individuele kwaliteiten.

Het moge duidelijk zijn dat alle partijen betrokken bij de basisset de ontwikkeling, die de individuele kwaliteit van de medisch specialist effectief en efficiënt verhoogt, toejuichen. De afgelopen jaren zijn hier een aantal belangrijke initiatieven in genomen.

Op dit moment zijn er tenminste twee systemen operationeel waarmee of waarin medisch specialisten werken om hun individueel functioneren te evalueren. Deelname aan één of beide systemen draagt bij aan het verhogen van de kans op verantwoorde zorg. Dit is de ratio voor het invoeren van een indicator op dit gebied in de basisset voor het toezicht.

De Kwaliteitswet zorginstellingen legt de integrale eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij de Raad van Bestuur van de instelling. Het is voor de IGZ dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de gesprekken zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

11.1.1

**Indicator:
Jaargesprekken**

Sinds enige tijd bestaat het systeem van jaargesprekken, waarbij een gesprek gevoerd wordt tussen het afdelingshoofd en de medisch specialist ondermeer over het inhoudelijk functioneren.

Is het systeem van jaargesprekken tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist ingevoerd in het ziekenhuis?

 ja

 nee
*

 n.v.t.
*

In welke maand van welk jaar is het eerste gesprek volgens dit systeem gehouden (indien meer dan 24 maanden geleden mag meer dan 24 maanden geleden als antwoord gegeven worden)?

Teller: het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal één jaargesprek heeft deelgenomen.^[125]

Noemer: het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht heeft in de instelling (ongeacht het soort dienstverband).

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

* Geef toelichting

[125] Het gaat hier om individuele medisch specialisten. Een medisch specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren telt één maal. Medisch specialisten die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.

Ontvangt de Raad van Bestuur informatie over het aantal aan IFMS deelnemende medisch specialisten in het eigen ziekenhuis?

ja

nee
*

n.v.t.
*

Toelichting:

* Geef
toelichting

11.2 Disfunctioneren medisch specialisten

11.2.1 Indicator: Regeling mogelijk disfunctioneren^[128] medisch specialisten

De kerntaak van de IGZ is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door medisch specialisten die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. Het IFMS-rapport^[129] stelt dat er een goede procedure in het ziekenhuis aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. De IGZ treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De IGZ gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord. De IGZ kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

Heeft het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?

ja nee
*

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed?

ja nee
*

Toelichting:

[128] 'Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.'

[129] Orde van Medisch Specialisten. Persoonlijk beter – Individueel functioneren van medisch specialisten. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten, 2008.

* Geef toelichting

12 Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur

De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is een deels gecorrigeerde maat voor ziekenhuissterfte bij 50 diagnosegroepen (de zogenoemde CCS-groepen) die in Nederland verantwoordelijk zijn voor ongeveer 80 procent van de ziekenhuissterfte. De HSMR corrigeert voor een aantal patiëntkenmerken die standaard worden geregistreerd in de Landelijke Medische Registratie (LMR), namelijk leeftijd, geslacht, hoofd- en nevendiaagnosen, urgentie van opname, sociaaleconomische status, herkomst en maand en jaar van ontslag/overlijden.

De HSMR wordt in Nederland berekend door het CBS. Vervolgens zorgt DHD voor verspreiding van de HSMR-rapportages aan de ziekenhuizen. Kennis van een ziekenhuis, eigen positie van de HSMR, maar vooral veranderingen in de HSMR in de tijd en verschillen in SMR, bieden ziekenhuizen een signaal om nader (intern) onderzoek te doen naar de redenen om zo nodig verbeteracties te starten.

Bij een mortaliteit die significant afwijkt van de op grond van de (H)SMR verwachte sterfte, moet het ziekenhuis aan de hand van intern onderzoek nagaan:

- of structurele selectie-, registratie en/of codeerfouten ten grondslag liggen aan extreme (H)SMR-waardes en waar nodig daarin verbetering aanbrengen;
- of de afwijking veroorzaakt kan worden door een bijzondere casemix en dit te rapporteren aan de instantie die de (H)SMR berekent;
- hoe de sterfte zich in de loop van de tijd voor hun ziekenhuis heeft ontwikkeld en of de SMR-waardes verschillen tussen diagnosegroepen;
- of een hogere sterfte dan verwacht aanknopingspunten biedt voor gerichte verbetermaatregelen.

Op dezelfde wijze kan het de inspectie een handvat bieden om bij ziekenhuizen met een hogere HSMR gericht onderzoek te doen naar de reden voor een opvallende positie, verschillen tussen diagnosegroepen of een opvallende trend en na te gaan of adequate verbeteracties zijn gestart.

12.1 Ziekenhuissterfte

12.1.1 Indicator: HSMR

Bij deze indicator kunt u aangeven of de LMR-gegevens van uw ziekenhuis betrouwbaar genoeg zijn voor de HSMR-berekening. Indien u extreme resultaten en onverwachte veranderingen in de positie ten opzichte van andere ziekenhuizen opmerkt, moet u deze bij de inspectie melden.

Deed uw ziekenhuis in het verslagjaar mee aan de Landelijke Medische Registratie of de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg?

ja nee
*

Indien ja: zijn de LMR-gegevens door het CBS betrouwbaar genoeg geacht voor de HSMR-berekening?^[130]

ja nee
*

Indien nee: voor welk onderdeel zijn de LMR-gegevens niet betrouwbaar genoeg voor de HSMR-berekening?^[129]

- Te weinig nevendiaagnosen geregistreerd
- Te weinig urgente opnamen geregistreerd
- Te veel diagnosen geregistreerd in vage codes
- Te sterk afwijkende casemix van het ziekenhuis
- Anders, namelijk:

Gebruikt u de HSMR om de sterfte binnen uw ziekenhuis te monitoren?

ja nee
*

Gebruikt u de diagnosespecifieke SMR's om de sterfte binnen uw ziekenhuis te monitoren?

ja nee
*

Toelichting:

[130] Bij voorkeur deze vraag beantwoorden over de LMR van het rapportagejaar. Als het CBS u nog niet heeft kunnen informeren over de LMR van het rapportagejaar, dan kunt u hier de situatie van het voorgaande jaar invullen. In dat geval wel bij de toelichting vermelden op welk jaar het antwoord op deze vraag betrekking heeft.

* Geef toelichting

12.1.2 Indicator:
Verbeteracties op basis van HSMR

Gebruikt u de informatie uit de (H)SMR om op basis van een trend in de tijd of vergelijking tussen verschillende diagnosegroepen (zodanig) verbeteracties te starten?

ja

nee
*

n.v.t.
*

Indien ja: op welke wijze vinden deze verbeteracties plaats?

Toelichting:

* Geef
toelichting

12.2 Dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur

Uit onderzoek van EMGO en NIVEL naar zorggerelateerde schade in Nederlandse ziekenhuizen^[131] bleek dat 2,9% van de in 2008 in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken kreeg met potentieel vermijdbare schade.

Het onderzoek benoemt een aantal triggers in ziekenhuisdossiers die helpen bij het opsporen van onbedoelde en vermijdbare gebeurtenissen die tot schade bij patiënten kunnen leiden. Inmiddels wordt in vele ziekenhuizen dossieronderzoek gedaan voor het monitoren en waar mogelijk verminderen van vermijdbare schade. Hiertoe zijn of worden medewerkers uit het ziekenhuis getraind om triggers te signaleren en vervolgens in de geïdentificeerde dossiers systematisch te zoeken naar onbedoelde gebeurtenissen. Uit het EMGO/NIVEL onderzoek blijkt een veel langere opnameduur dan verwacht een goed meetbare en belangrijke trigger. Deze onverwacht lange opnameduur wordt vrijwel altijd veroorzaakt door onverwachte complicaties die al dan niet aan de zorgverlening gerelateerd zijn. Dossieronderzoek van patiënten met een onverwacht lange opnameduur biedt een handvat om verbeteringen van substandaardzorg te starten. Omdat opnameduur en verwachte opnameduur al standaard in de LMR geregistreerd worden, is de onverwacht lange opnameduur een makkelijk meetbare indicator voor het optreden van complicaties voor ziekenhuizen die de LMR gebruiken.

12.2.1 Indicator: Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade

Dossieronderzoek is een belangrijke methode om gestructureerd onderzoek te doen naar vermijdbare schade in het ziekenhuis en hierop verbeteracties te starten.

Gebruikt u dossieronderzoek en de daarin genoemde triggers als methode voor het verminderen van onbedoelde en vermijdbare zorggerelateerde schade?

- ja, deelname aan het EMGO/Nivel herhalingsonderzoek
- ja, eigen systematische dossieranalyse
- ja, systematische dossieranalyse met DHD Hospital Data Viewer
- nee

*

Indien ja: worden de resultaten uit dit onderzoek binnen uw ziekenhuis gebruikt voor verbeteracties?

- ja nee

*

Indien ja: op welke wijze vinden deze verbeteracties plaats?

Toelichting:

* Geef toelichting

[131] Langelaan M, Baines RJ, Broekens MA, Siemerink KM, van de Steeg L, Asscheman H, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2008, dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. 2010.

12.2.2 Indicator: Onverwacht lange opnameduur

DHD maakt voor elk ziekenhuis dat aan de LMR deelneemt, een rapportage waarin deze indicator is uitgewerkt. Naast de indicatorgegevens bevat de rapportage ook een overzicht per specialisme en een bestand dat gebruikt kan worden voor dossieronderzoek.

Alle ziekenhuizen die aan de LMR deelnemen kunnen onderstaande vragen beantwoorden, ongeacht of u wel of niet de operaties in de LMR vastlegt.

Een hoog percentage patiënten met een onverwacht lange opnameduur kan een aanwijzing zijn voor substandaardzorg. De gegevens ten behoeve van deze indicator zijn beschikbaar in de LMR.

- Inlusie criterium:
 - Klinisch opgenomen patiënten.
- Exclusie criterium:
 - Patiënten opgenomen in dagopname.

Bij indicator 12.1.1 (HSMR) heeft u al kunnen aangeven of uw ziekenhuis deelneemt aan de Landelijke Medische Registratie. Als uw ziekenhuis bij deze vraag **ja** heeft geantwoord, registreert uw ziekenhuis ook de operaties in de LMR?

- ja
 nee
 niet van toepassing, omdat het ziekenhuis in het rapportagejaar niet meedeed aan de LMR

Onderstaande vragen hebben betrekking op alle ziekenhuizen die aan de LMR deelnemen ongeacht of u wel of niet de operaties in de LMR vastlegt.

Teller: aantal patiënten in het verslagjaar dat een gerealiseerde verpleegdure had die meer dan 50% hoger ligt dan verwacht. Dit aantal is exclusief de in het ziekenhuis overleden patiënten en de patiënten met een verpleegdure van 100 dagen en langer.

Noemer: totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar opgenomen is geweest in uw ziekenhuis.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Bijlagen

Wijzigingen basisset 2014 ten opzichte van 2013

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
1	Operatief proces					
1.1.	Pijn na operatie	x				
1.2	Heupfractuur				x	Toegevoegd indicator 1.2.2 Medebehandeling geriatrie- team bij heupfractuur.
1.3	Stopmoment IV: Time-out	x				
1.4	Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	x				
1.5	Bariatrische chirurgie	x				
1.6	Cataractregistratie		x			Aangepast dat het om aantal cataractoperaties gaat i.p.v. aantal patiënten.
1.7	Registratie neurochirurgie				x	
1.8	Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie				x	
2	Spoedprocessen					
3	Verpleegkundige zorg					
3.1	Wondzorg		x			Niet meer deels facultatief. Aangepast in 3.2.3.
3.2	Ondervoeding		x			'Pre Operatieve Screening' i.p.v. 'eerste consult'.
3.3	Delirium		x			Vervallen zijn de vragen over deliriumbeleid bij klinische patiënten.
4	Intensive care	x				
4.1	Structuur IC			x		
4.2	Beademingsduur		x			Vervallen zijn de beade- mingsuren niet postoperatief, postoperatief en cardio- chirurgisch.
4.3	NICE			x		

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
5	Oncologie					
5.1	Multidisciplinair overleg (MDO)	x				
5.2	Borstkanker		x			Vervallen zijn de vragen over beschikbaarheid van het verslag.
5.3	Longchirurgie		x			Aangepast dat het om aantal resecties gaat i.p.v. aantal patiënten.
5.4	Gastro-intestinaal		x			Vervallen zijn de vragen over deelname DSCA.
5.5	Urologische tumoren					Vervallen zijn de vragen over deelname aan de registratie invasief blaascarcinoom. Toegevoegd is de indicator 5.5.2 Deelname aan de registratie prostatectomie.
5.6	Ovariumcarcinoom					
5.6	Medicatieveiligheid			x		
5.7	Palliatieve radiotherapie					
5.7	Radiotherapie			x		
6	Hart en vaten					
6.1	Volume van risicovolle interventies	x				
6.2	Sterfte na eerste consult	x				
6.3	Behandeling patiënten met ST-elevatie acuut myocardi-infarct (STEMI)		x			Toegevoegd zijn vragen over een hartrevalidatie. Ook zijn enkele vragen verduidelijkt.
6.4	Evaluatie na inbrengen pacemakers	x				
6.5	Carotischirurgie		x			Aangepast zijn de vragen onder 6.5.1.
6.6	Thoraxchirurgie	x				

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
7	Infectieziekten					
7.1	Ziekenhuisinfecties	x				Niet meer deels facultatief.
7.2	Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)		x			
8	Maag-darm-lever (MDL)					
8.1	MDL-infrastructuur		x			Vervallen is zijn de vragen over de dienstenstructuur.
8.2	Snelheid uitvoeren scopie			x		
8.2	Time-out procedure endoscopische verrichtingen				x	
9	Verloskunde					
9.1	De spontane bevalling	x				
9.2	Audit van perinatale zorg	x				
10	Kwetsbare groepen					
10.1	Signalering kindermishandeling				x	
10.1	Ondervoeding geriatrie				x	
10.2	Colonchirurgie bij ouderen				x	
11	Algemeen kwaliteitsbeleid					
11.1	Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	x				
11.2	Disfunctioneren medisch specialisten	x				
12	Veiligheidsindicatoren					
12.1	Ziekenhuissterfte	x				
12.2	Dossieronderzoek en onverwacht lange opname-duur	x				

Veiligheidsindicatoren

Het verbeteren van de patiëntveiligheid is voor ziekenhuizen en alle daar werkzame professionals een streven dat continue aandacht en inzet vraagt. In het landelijke VMS Veiligheidsprogramma werkten de afgelopen vijf jaar 93 ziekenhuizen aan het implementeren van tien inhoudelijke thema's en aan het inrichten van een ziekenhuisbreed geaccrediteerd of gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Het doel dat de ziekenhuizen voor ogen hadden is het terugbrengen van vermijdbare schade en vermijdbare sterfte.

Mede op verzoek van de initiatiefnemers van het VMS Veiligheidsprogramma; de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), heeft de IGZ de afgelopen jaren toezicht gehouden op de invoering van het programma en de beoogde resultaten. Voor het toezicht van de IGZ is aan het begin van het VMS Veiligheidsprogramma een beperkte set specifieke Veiligheidsindicatoren ontwikkeld. Deze set werd naast de reguliere basisset bij alle ziekenhuizen uitgevraagd.

Het implementeren van nieuwe werkwijzen en de hiermee gepaard gaande gedrags- en cultuurveranderingen, zoals beoogd met het VMS Veiligheidsprogramma, vraagt om een lange adem. De resultaten van het programma laten zien dat ziekenhuizen eind 2012 nog niet gereed zijn met de implementatie van alle thema's. De ziekenhuizen geven aan dat het wenselijk is om de realisatie van de thema's te blijven monitoren, zodat de behaalde resultaten geborgd worden. Om die reden hebben in het najaar van 2012 de NVZ, OMS, NFU, V&VN en de IGZ, gezamenlijk besloten dat met het eindigen van het VMS Veiligheidsprogramma de aandacht voor de verschillende thema's van belang is en blijft. Het onderwerp patiëntveiligheid moet op de agenda blijven. Afgesproken is dat de tien VMS-thema's belegd worden in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen om er voor te zorgen dat patiëntveiligheid stevig verankerd wordt binnen de Nederlandse ziekenhuizen.

In de huidige basisset zijn al een aantal VMS-thema's opgenomen. Dit geldt echter niet voor alle thema's. Vanwege de wijze van het vaststellen van de indicatoren (zie inleiding basisset) en de afspraken rondom de omvang en het aantal wijzigingen in de basisset, kunnen de veiligheidsindicatoren niet één op één worden overgenomen in de basisset. Om te zorgen dat de aandacht voor de VMS-thema's waarvoor nog geen raakvlak is met indicatoren uit de basisset niet verslapt, is er voor gekozen om de bestaande veiligheidsindicatoren bij die thema's voorlopig uit te blijven vragen. Het gaat om 5 indicatoren, die zolang de desbetreffende thema's nog niet belegd zijn in de basisset, op deze manier onder de aandacht blijven. De insteek is om alle VMS-thema's op te nemen in de basisset. De ontwikkeling van indicatoren voor die thema's ligt primair bij de wetenschappelijke verenigingen. Voor de VMS-thema's die nog niet zijn belegd in de basisset indicatoren, stellen zij nieuwe indicatoren voor met het doel om vermijdbare schade en sterfte te verminderen.

Uitvraag

De uitvraag van de veiligheidsset en de basisset vindt plaats via www.ziekenhuizen transparant.nl, zoals de laatste jaren gebruikelijk was. De IGZ levert de lijst met vragen en specificaties aan Dutch Hospital Data aan, die de loketfunctie voor de ziekenhuizen verzorgt. Deze publicatie van de veiligheidsset geldt voor de verslagjaren 2013 en 2014.

1 Veiligheidsthema's

Zoals vermeld in de inleiding is besloten om de bestaande veiligheidsindicatoren voorlopig uit te blijven vragen voor die thema's waarvoor nog geen raakvlak is met indicatoren uit de basisset. Het gaat om vijf indicatoren, die zolang de desbetreffende thema's nog niet belegd zijn in de basisset, op deze manier onder de aandacht blijven.

1.1 De behandeling van ernstige sepsis

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Sepsis> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

1.1.1 Indicator: Registratie gebruik sepsisbundel bij ernstige sepsis

Registreert u de naleving van de volgende sepsisbundels?

Resuscitatiebundel ernstige sepsis

- ja, bij alle patiënten
 ja, bij een deel van de patiënten
 nee

Managementbundel ernstige sepsis

- ja, bij alle patiënten
 ja, bij een deel van de patiënten
 nee

Toelichting:

1.2 Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Vitaal-bedreigde-patiënt> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

**1.2.1 Indicator:
Registratie van reanimaties**

- Registreert u reanimaties die plaatsvinden op alle afdelingen in uw ziekenhuis?
- ja, op alle afdelingen
- nee, alleen op specifieke afdelingen, namelijk:
- nee, geen registratie

Toelichting:

1.3 Medicatieverificatie bij opname en ontslag

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Medicatieverificatie> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

**1.3.1 Indicator:
Medicatieverificatie deskundigheid medewerker bij opname**

- Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij opname?
- Apotheker(s-assistent)
- Arts(-assistent)
- Verpleegkundige
- Een combinatie van bovenstaande medewerkers, namelijk:
- Anders, namelijk:

Toelichting:

**1.3.2 Indicator:
Medicatieverificatie deskundigheid medewerker bij ontslag**

- Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij ontslag?
- Apotheker(s-assistent)
- Arts(-assistent)
- Verpleegkundige
- Een combinatie van bovenstaande medewerkers, namelijk:
- Anders, namelijk:

Toelichting:

1.4 Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Nierinsufficiëntie> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

1.4.1 Indicator: Registratie eGFR

Met centraal geregistreerd wordt bedoeld dat de eGFR digitaal beschikbaar is zodat alle aanvragers van röntgenonderzoek met contrast inzicht hebben in de eGFR van de patiënt. Ook als de eGFR een aantal maanden daarvoor door een ander specialisme is aangevraagd.

Wordt de eGFR in uw ziekenhuis centraal geregistreerd?

ja
 nee

Toelichting:

1.5 High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/High-risk-medicatie> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

1.5.1 Indicator: Registratie CMR

Registreert u fouten en incidenten met betrekking tot klaarmaken en toedienen van parenteralia aan de Centrale Medicatie-fouten Registratie (CMR)?

ja
 nee, anders:

Toelichting:

Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma van de Abdominale Aorta
AB	Antibioticum
AIS	Abbreviated Injury Scale
AMBU-65	Scoringssysteem gebaseerd op Ademhalingsfrequentie, Mentale toestand, Bloeddruk, Ureum en Leeftijd >65 jaar
AMI	Acuut Myocard Infarct
ASA	American Society of Anesthesiologists
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie voor geneesmiddelen
BMI	Body Mass Index
CABG	Coronary Artery Bypass Grafting
CAM	Confusion Assessment Method
CAP	Community Acquired Pneumonia
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing
CCMS	Centraal College Medische Specialismen
CCS	Clinical Classification System
CCU	Coronary Care unit
CDC/WIP	Centre of Disease Control/Werkgroep Infectie Preventie
CMR	Centrale Medicatiefouten Registratie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
cTNM	Klinische classificatie van maligne tumoren
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CVV	Classificatie van Verrichtingen
DACI	Dutch Audit Carotid Interventions
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DIPR	Dutch ICD & Pacemaker Registry
DBCA	Dutch Breast Cancer Audit
DCIS	Ductaal Carcinoma in situ
DHD	Dutch Hospital Data
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
DOT	'DBC's op weg naar transparantie'
DOSS	Delirium Observatie Screenings Schaal
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie
DSCA	Dutch Surgical Colorectal Audit
DUCA	Dutch UpperGI Cancer Audit
EAC	Eerste Administratief Consult
EACTS	European Association for Cardio-Thoracic s surgery
eGFR	estimated Glomerular Filtration Rate / geschatte glomerulaire filtratie snelheid
EHH	Eerste Hart Hulp
ERCP	Endoscopisch Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie
ESC	European Society of Cardiology

FIGO	Internationale Federatie van Gynaecologen en Verloskundigen
GIC	Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie
GMP-z	Good Manufacturing Practice in ziekenhuisapotheken
Gy	Gray
HSMR	Hospital Standardized Mortality Ratio
IC	Intensive care
ICD	Implantable Cardioverter Defibrillator
IFMS	Individueel Functioneren van Medisch Specialisten
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKC	Integraal Kankercentrum
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
IMA	Internal Mammary Artery
ISAR-HP	Identification of Seniors at Risk - Hospitalized Patients
LAGB	laparoscopisch verstelbare maagbanden
LMR	Landelijke Medische Registratie
MDL	Maag-darm-lever
MDO	Multidisciplinair overleg
MDS	Minimale Data Set
MIC	Minimaal Invasieve Chirurgie
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment – Short Form
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NABON	Nationaal Borstkankeroverleg Nederland
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE	Nationale Intensive Care Evaluatie
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NKR	Nederlandse Kankerregistratie
NOG	Nederlands Oogheekkundig Gezelschap
NRS	Numerical Rating Scale
NTSV	Nulliparous Term Singleton Vertex
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVALT	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVRO	Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
NVT	Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVvN	Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
NVZ	NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCR	Oesophaguscardioresecties
OMS	Orde van Medisch Specialisten

PA	Pathologie
Palga	Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief
PAN	Perinatale Audit Nederland
PARS	Perinatale Audit Registratie Systeem
PCI	Percutane Coronair Interventie-procedure
POWI	Postoperatieve wondinfecties
POS	Pre-operatieve screening
PPPD	Pylorus sparende pancreaticoduodenectomie
PREZIES	PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillace
PSI	Pneumonia Severity Index
PTH	ParaThyroïd Hormoon
QRNS	Quality Registry NeuroSurgery
SEH	Spoedeisende hulp
SMR	Standardized Mortality Ratio
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire
SNAQ65+	Short Nutritional Assessment Questionnaire, voor 65+
STEMI	ST-elevatie acuut myocardinfarct
STRONGkids	Screening Tool Risk On Nutritional Status and Growth, voor kinderen
TEM	Transanale endoscopische microchirurgie
TIA	Transcient Ischemic Attack
TOP	Time-out procedure
VAS	Visual Analogue Scale
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VRS	Verbal Rating Scale
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WBMV	Wet op bijzondere medische verrichtingen
WCS	Woundcare Consultant Society
ZA	Zorgactiviteit
ZIS	Ziekenhuisinformatiesysteem
ZP	Zorgproduct

Colofon

De Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014 is totstandgekomen in samenwerking met

NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

OMS Orde van Medisch Specialisten

V&VN Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland