



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Kwaliteits- indicatoren

2013

Basisset ziekenhuizen

In samenwerking met
NVZ Vereniging van ziekenhuizen
NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
OMS Orde van Medisch Specialisten
V&VN Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Utrecht, augustus 2012

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
1.3 Stopmoment IV: Time-out	30
1.3.1 Indicator Time-out	30
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	31
1.4.1 Indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	32
1.5 Bariatrische chirurgie	33
1.5.1 Indicator Volume bariatrische ingrepen	33
1.5.2 Indicator Percentage postoperatieve controles	34
1.6 Cataractregistratie	36
1.6.1 Indicator Cataractregistratie	36
2 Spoedprocessen	38
3 Verpleegkundige zorg	39
3.1 Wondzorg	40
3.1.1 Indicator Wondexpertisecentrum	41
3.1.2 Indicator Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texasclassificatie	41

3.2	Ondervoeding	43
3.2.1	Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	44
3.2.2	Indicator Behandeling van ondervoeding	46
3.2.3	Indicator Screening op ondervoeding op de polikliniek	48
3.3	Delirium	51
3.3.1	Indicator Deliriumbeleid bij klinische patiënten	52
3.3.2	Indicator Risico op delirium	53
3.3.3	Indicator Screening op en observatie van delirium	54
4	Intensive care	56
4.1	Structuur van de intensive care-afdeling	57
4.1.1	Indicator Niveau-indeling van de intensive care	57
4.1.2	Indicator Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd	58
4.1.3	Indicator Totaal aantal fte geregistreeerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling	59
4.2	Beademingsuren	60
4.2.1	Indicator Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling	60
4.3	NICE	62
4.3.1	Indicator NICE deelname en aanlevering	62
5	Oncologie	63
5.1	Samenwerking	64
5.1.1	Indicator Multidisciplinair overleg (MDO)	64
5.2	Borstkanker	66
5.2.1	Indicator Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	66
5.2.2	Indicator Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD	68
5.2.3	Indicator Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)	69
5.2.4	Indicator Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	70

5.3	Longchirurgie	72
5.3.1	Indicator Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd	72
5.4	Gastro-intestinaal	74
5.4.1	Indicator Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA)	74
5.4.2	Indicator Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)	75
5.4.3	Indicator Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom	77
5.4.4	Indicator Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)	79
5.5	Blaascarcinoom	81
5.5.1	Indicator Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom	81
5.5.2	Indicator MDO spierinvasief blaascarcinoom	83
5.6	Medicatieveiligheid	84
5.6.1	Indicator Volledigheid van gegevens van een cytostaticum-aanvraag	84
5.6.2	Indicator Vrijgifte van cytostatica	85
5.7	Radiotherapie: positionering bij bestraling	86
5.7.1	Indicator Positioneringscontrole bij prostaatbehandelingen	86
6	Hart en vaten	88
6.1	Volume van risicovolle interventies	89
6.1.1	Indicator Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties	89
6.2	Sterfte na eerste consult	90
6.2.1	Indicator Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie	90
6.3	Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardiinfarct (STEMI)	92
6.3.1	Indicator Behandeling patiënten met een STEMI	92
6.4	Evaluatie na inbrengen pacemakers	96
6.4.1	Indicator Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens	96
6.4.2	Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers	97
6.5	Carotischirurgie	99

6.5.1	Indicator	Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct tot operatie	99
6.5.2	Indicator	Percentage complicaties	101
6.6	Thoraxchirurgie		103
6.6.1	Indicator	Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT	103
6.6.2	Indicator	Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft	104
6.6.3	Indicator	Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	105
7	Infectieziekten		107
7.1	Ziekenhuisinfecties		108
7.1.1	Indicator	Surveillance van ziekenhuisinfecties	108
7.2	Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)		111
7.2.1	Indicator	Gebruik scoresysteem CAP	111
7.2.2	Indicator	Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP	112
8	Maag-darm-lever (MDL)		114
8.1	MDL-infrastructuur		115
8.1.1	Indicator	Dienstenstructuur	115
8.1.2	Indicator	Digitale verslaglegging endoscopie	116
8.2	Snelheid uitvoeren scopie		117
8.2.1	Indicator	MDL-scopie binnen 24 uur	117
9	Verloskunde		119
9.1	De spontane bevalling		119
9.1.1	Indicator	Percentage spontane partus in de ‘NTSV-groep’	119
9.2	Audit van perinatale zorg		121
9.2.1	Indicator	Mate van invoering perinatale audits	122
10	Kwetsbare groepen		123

10.1	Signalering kindermishandeling	125
10.1.1	Indicator Signalering kindermishandeling	125
11	Algemeen kwaliteitsbeleid	126
11.1	Evaluëren van het functioneren van medisch specialisten	127
11.1.1	Indicator Jaargesprekken	128
11.1.2	Indicator IFMS	129
11.2	Disfunctioneren medisch specialisten	131
11.2.1	Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	131
12	Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	132
12.1	Ziekenhuissterfte	133
12.1.1	Indicator HSMR	133
12.1.2	Indicator Verbeteracties op basis van HSMR	134
12.2	Dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	135
12.2.1	Indicator Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade	135
12.2.2	Indicator Onverwacht lange opnameduur	136
	Bijlagen	137
	Wijzigingen basisset 2013 ten opzichte van 2012	138
	Lijst van afkortingen	141

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 alweer de tiende 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 er dan sprake is van onverantwoorde zorg. Die conclusie kan alleen worden getrokken na aanvullend onderzoek. Dat onderzoek kan het gehele onderliggende zorgproces van de indicator betreffen.

In de basisset 2013 is een substantieel aantal wijzigingen doorgevoerd. Een compleet overzicht daarvan staat in de bijlage achterin dit boekje. Een aantal indicatoren is vervallen omdat bijna alle ziekenhuizen hier in voldoende mate aan voldeden, dit betreft onder meer de gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling, de screening op ondervoeding bij volwassenen en de door-to-needle time bij trombolysen. Ook de indicatoren rond decubitus zijn vervallen, deze indicatoren maakten deel uit van de basisset sinds de allereerste uitgave in 2003. De uitkomsten op dit onderwerp zijn sindsdien zodanig verbeterd dat de huidige indicatoren niet meer onderscheidend genoeg waren. Ondanks het vervallen van indicatoren blijft de IGZ dit belangrijke onderwerpen vinden en is zij van mening dat ziekenhuizen deze zorg goed moeten blijven monitoren.

Met het vervallen van indicatoren is er ruimte gekomen voor nieuwe indicatoren zonder de omvang van de basisset te vergroten. Ook zijn dit jaar indicatoren uit andere sets overgenomen. Zo is er een nieuw hoofdstuk Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur. Deze indicatoren zijn overgenomen uit de set veiligheidsindicatoren ziekenhuizen van de IGZ. Deze set werd van 2009 tot en met 2012 uitgevraagd aan de ziekenhuizen. Uit de indicatorenset NABON Mammaregistratie is de indicator voor neo-adjuvante therapie bij borstkanker overgenomen om meer inzicht in de organisatie van de zorg te geven. De indicatoren voor oncologie in de basisset gaven vooral inzicht in het chirurgische deel van de behandeling.

Verder zijn aan de hoofdstukken van het operatief proces, de verpleegkundige zorg, hart en vaten en infectieziekten indicatoren toegevoegd. Een opvallende nieuwe indicator binnen het hoofdstuk Hart en vaten is de indicator voor carotischirurgie, die meer inzicht biedt in de ketenorganisatie. IGZ vindt dit type 'ketenindicator' erg belangrijk gezien het toenemen van onderlinge verwijzen van complexe patiënten tussen instellingen en het gebrekkige

inzicht in de kwaliteit van deze keten. De thoraxchirurgie is als specialisme nieuw in de basisset.

Binnen de verpleegkundige indicatoren is onder meer de indicator screening van ondervoeding op de polikliniek nieuw. Dit sluit aan bij de behoefte van de IGZ om meer toezicht te kunnen houden op het poliklinisch proces waar het grootste deel van de zorg binnen het ziekenhuis plaatsvindt.

Al deze veranderingen zijn het resultaat van overleg met alle partijen betrokken bij deze set. De nieuwe indicatoren zijn dit jaar alle voorgedragen door een of meer wetenschappelijke verenigingen.

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 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 in het najaar van 2012 een erratum worden gepubliceerd op de website www.ziekenhuizentransparant.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 voor 15 april 2014 aan te leveren op de site www.ziekenhuizentransparant.nl. De gegevens worden op 1 juni 2014 openbaar.

Indeling

De kwaliteitsindicatoren in de basisset zijn ingedeeld onder grotere zorgprocessen. In de tabel 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
Oogheekunde	Cataractregistratie
Pre- en peroperatieve richtlijn	Time-out Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe
Bariatric	Volume baratische ingrepen Percentage postoperatieve controles
Wondzorg	Wondexpertisecentrum Diabetische voetwonden geïnclassificeerd 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
Delirium	Deliriumbeleid bij klinische patiënten Risico op delirium Screening op en observatie van delirium
Intensive care (IC)	Niveau-indeling van de intensive care Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling NICE deelname en aanlevering
Mammacarcinoom	Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie Multidisciplinair overleg (MDO) mammacarcinoom Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ZIS of EPD Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA) Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten
Longcarcinoom	Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd Multidisciplinair overleg (MDO) longcarcinoom
Pancreascarcinoom	Resectie van de pancreas (whipple of PPPD)
Colorectale tumoren	Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)
Urologische tumoren	Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom Multidisciplinair overleg (MDO) urologische tumoren MDO spierinvasief blaascarcinoom Positioneringscontrole bij prostaatbehandelingen
Upper GI-carcinoom	Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA)
Medicatieveiligheid	Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag Vrijgifte van cytostatica
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 STEMI Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: registratie via DIPR 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	MDL infrastructuur Digitale verslaglegging endoscopie MDL scoping binnen 24 uur

Onderwerp	Indicatoren
Verloskunde	Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep' Mate van invoering perinatale audits
Kwetsbare groepen	Signalering kindermishandeling
Evaluëren 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

Grote zorgprocessen	
	Operatief proces
	Interventies
	Medicatieproces
	Spoedprocessen
	Verpleegkundige zorg
	Intensive care
	Polikliniek
	Oncologie
	Hart en vaten
	Bewegingsapparaat
	Infectieziekten
	Longen
	MDL
	Perinatale zorg
	Kinderen
	Ouderen
	Algemeen kwaliteitsbeleid
	Volume

- V Plaats indicator in hoofdstuk
- X Indicator speelt een rol in dit zorgproces

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 preventieve toezicht en kunnen een aanvulling geven op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen vanuit 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

[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.

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 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.

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2013, 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.

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.ziekenhuizen transparant.nl staat de te gebruiken versie.

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

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.

Indien u een steekproef genomen hebt, moet u de grootte van de onderzochte populatie aangeven naast een specificatie van de selectiecriteria die u hebt toegepast om tot deze steekproef te komen (voorbeeld: alle patiënten in de maand april). 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 alle 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.
- **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 patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd.
 - 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 Surgical Colorectal Audit (DSCA).
 - Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA).
 - Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom.

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. 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.

- Inlusie 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 thoractomie.

Percentage (wordt automatisch berekend):	%
Toelichting:	

* Geef toelichting

1.2 Heupfractuur^[3]

Bij personen jonger dan 50 jaar komen heupfracturen weinig voor en meestal alleen na een ernstig trauma. 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.

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] (ICD-9 code 820; ICD-10 codes S72.0 en S72.1)

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 (COTG 8565)

Teller 2 (COTG 8565)

Teller 3 (COTG 8535)

Noemer 1 (S72.0) (DBC 11.3019.213 / 11-218-203) (COTG 8533)

Noemer 2 (S72.0) (DBC 11.3019.223 / 11-218-203) (COTG 8565)

Noemer 3 (S72.1) (DBC 11.3019.213 / 11-218-203) (COTG 8535)

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.

1.3 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^[4]. 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^[5].

- Inslusie 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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

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

[5] http://www.nvpc.nl/stand/Richtlijn_Peroperatief_Traject70.pdf

1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

1.4.1 Indicator: Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Antibioticaprofylaxe draagt bij tot 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^[6]. 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.

De effectiviteit 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). De effectiviteit hangt in belangrijke mate af van het geven van de juiste dosis op het juiste tijdstip voor de operatie. 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^[7, 8, 9].

Profylaxe die langer dan een uur voor de operatie wordt gegeven, leidt tot meer wondinfecties^[10] evenals profylaxe gegeven na de incisie^[11, 12]. Het tijdstip waarop profylaxe werd gegeven, bleek de belangrijkste determinant voor het optreden van POWI's bij implantatie van heupprothesen^[13]. 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^[14]. 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.

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

[7] Dipiro 1984.

[8] Burke 1961.

[9] Stone 1976.

[10] Galandiuk 1989.

[11] Clasen 1992.

[12] Lizan-Garcia 1997.

[13] Kasteren 2007.

[14] Richtlijn Peroperatief Traject (2011).

- *Indicatoroperaties*
 - *Cardio chirurgie: coronaire bypass-graft*
 - *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 15-60 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 instituut 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.

Maagballonen 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. In de particuliere klinieken werd in 2010 volgens eigen opgave van de klinieken de maagballon één keer geplaatst^[15].

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

[15] 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 *	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 2011 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).

Noemer: totaal aantal patiënten waarbij in 2011 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 en thans wordt slechts ongeveer 50% 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 Vectis data.

- *Inclusie criterium:*
 - *Alle cataract operaties.*

Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?

ja

nee

*

n.v.t.

*

Teller: aantal patiënten dat een cataractoperatie heeft ondergaan en die zijn ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem.

Noemer: aantal patiënten dat een cataractoperatie heeft ondergaan.

* Geef toelichting

Percentage (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

2 Spoedprocessen

Het proces waarin patiënten met een acuut probleem zorg ontvangen heeft zijn eigen risico's. Vooral 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.

Deze groep heeft geen eigen indicatoren. De volgende indicatoren indiceren voor een nader onderzoek van het spoedproces:

- Behandeling patiënten met een STEMI.
- Dienstenstructuur.
- Signalering kindermishandeling.

Intervalindicatoren (die iets zeggen over het interval tussen een moment van binnenkomst en het moment waarop een cruciaal element uit de behandeling is uitgevoerd):

- MDL-scopie binnen 24 uur (deur tot scope).
- Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP.

De indicatoren treft u respectievelijk aan in de hoofdstukken hart en vaten, infectieziekten, maag-darm-lever en kwetsbare groepen.

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).
 - Intensive Care (alle indicatoren).

De meeste indicatoren zijn zo vormgegeven dat indien uw ziekenhuis dat wenselijk vindt, 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.^[16, 17, 18] 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.^[19]

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.

[16] Moffat 1992.

[17] Liew 2000.

[18] Gottrup 2001.

[19] 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 Texasclassificatie

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
*

 n.v.t.
*

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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zo nee, volgens welk ander systeem registreert u diabetische voetwonden?		
De overige vragen van deze indicator zijn facultatief.		
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 1 Oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot'?		
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse. 'Graad 2 Wond penetreert tot op kapsel of pees'?		
Hoeveel patiënten 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
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. Bovendien zijn er gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar voor alle klinische patiënten. Behalve patiënten in dagbehandeling en op de kraamafdeling zijn er geen patiëntengroepen geëxcludeerd.

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^[20, 21].
- 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^[22, 23].

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

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

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

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

[23] 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 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 op de vierde opnamedag wordt gehaald.^[24] 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 eiwitname 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 eiwitname, 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

Verwacht wordt dat u bij alle ondervoede patiënten (ernstig ondervoede volwassenen en acuut ondervoede kinderen (> 1 jaar)) vier maal per jaar (ieder kwartaal één maal) een puntmeting uitvoert. U bepaalt op de vijfde opnamedag de eiwitname van de vierde opnamedag (en bij kinderen ook de energie-inname).

Met deze informatie wordt inzichtelijk of de voedingsbehandeling van ondervoede patiënten tijdig en adequaat wordt uitgevoerd.

Definities

Eiwitbehoefte voor volwassenen en kinderen > 1 jaar: 1,2 tot 1,5 gram per kg lichaamsgewicht^[25].

Minimale energiebehoefte voor kinderen: Schofield^[26] + 30% toeslag.

[24] 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.

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

[26] 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 geïnccludeerde 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	
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 geïnccludeerde 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
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 eiwitinname 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 anesthesiologisch onderzoek

Is het percentage patiënten dat tijdens het eerste consult op de 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:

Toelichting:

* Geef toelichting

Polikliniek preoperatief anesthesiologisch onderzoek

Zijn er schriftelijke afspraken over het behandelbeleid op de Polikliniek preoperatief anesthesiologisch onderzoek als de screening de uitslag 'ondervoed' heeft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
A Aantal eerste consulten op de polikliniek preoperatief anesthesiologisch onderzoek.		
B Aantal patiënten dat in het eerste consult is gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief anesthesiologisch onderzoek.		
C Aantal patiënten dat is gekwalificeerd als 'ondervoed'.		
Percentage 1 (B/A): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief anesthesiologisch onderzoek dat gescreend is op ondervoeding (wordt automatisch berekend):		%
Percentage 2 (C/B): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief anesthesiologisch 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^[27]. 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)^[28].

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^[29].

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^[29]. 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 ontbreekt een ziekenhuisbreed protocol voor delirium, is er geen structurele deskundigheidsbevordering en ontbreekt samenwerking in ketenzorg^[30]. 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.

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

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

[29] 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.

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

3.3.2 Indicator: Risico op delirium

De volgende stap in de indicator 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 de volgende 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 mantelzorger.

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.

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.

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.

De afdelingen waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium zijn 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:			

3.3.3 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 3.3.2), 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).^[31]

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 3.3.2 is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium (teller indicator 3.3.2), aangevuld met de patiënten bij wie op andere wijze een verhoogd risico op een delirium is vastgesteld.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting

[31] 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.

In dit hoofdstuk zijn de volgende indicatoren opgenomen:

- Niveau-indeling van de intensive care.
- Niveau-indeling bij kwaliteitsvisite bevestigd.
- Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling.
- Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling.
- NICE deelname en aanlevering.

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

- Resectie van de pancreas (whipple of PPPD).

4.1 Structuur van de intensive care-afdeling

Op een IC-afdeling waar 24 uur per dag een intensivist aanwezig en medisch eindverantwoordelijk is, blijken bij vergelijkbare patiënten de beademings- en opnameduur korter en de kans op overlijden kleiner dan op IC-afdelingen waar de primaire behandelend arts tijdens een IC-opname de patiënt blijft behandelen en waar niet 24 uur per dag een intensivist beschikbaar is. Echter, niet op iedere IC-afdeling is 24 uur per dag aanwezigheid van een intensivist mogelijk of noodzakelijk. Dit is afhankelijk van de ernst van de aandoeningen van opgenomen patiënten, ook wel zorgzwaarte genoemd^[32]. Voor verantwoorde zorgverlening is het van belang dat het niveau van zorg dat de IC-afdeling kan bieden, in overeenstemming is met de ernst en complexiteit van de daar opgenomen patiënten. De verhouding tussen de zorgzwaarte enerzijds en de beschikbare zorg anderzijds zijn indicatoren voor een verantwoord aanbod van intensive care.

Wordt de IC-zorg op meerdere locaties geleverd?

ja
#

nee

4.1.1 Indicator: Niveau-indeling van de intensive care

In de richtlijn voor organisatie en werkwijze op IC-afdelingen voor volwassenen (2006) is een indeling in drie niveaus van zorg vastgelegd.

- **IC niveau 1:** Basis IC. Dit niveau IC is gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van één vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met een beademingsnoodzaak die naar verwachting niet langer duurt dan twee tot drie dagen.
- **IC niveau 2:** Dit niveau IC is gericht op patiënten met ernstige ziekten waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is, maar op deze afdelingen hoeft men niet in staat te zijn specifieke patiëntengroepen met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen.
- **IC niveau 3:** Hoogste niveau IC. Dit niveau IC is gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd meerdere vitale functies verstoord zijn, waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundige en intensivisten noodzakelijk is.

Voor IC-afdelingen voor kinderen en pasgeborenen geldt de niveau-indeling uit het Planningsbesluit behorend bij de Wet op de bijzondere medische verrichtingen. In overeenstemming met internationaal gebruik is niveau 3 toegekend aan het hoogste niveau IC en niveau 1 aan een basis IC-afdeling.

Gegevens
per locatie
aanleveren

[32] Milstein A., Galvin R.S., Delbanco S.F., et al. Improving the safety of health care: the leapfrog initiative. Eff. Clinical practice. 2000; 3; 313.

Wat is het niveau van uw IC-afdeling?

- Niveau 1 (basis IC)
- Niveau 2
- Niveau 3 (toegerust voor complexe patiënten)
- Geen IC aanwezig

Toelichting:

**4.1.2 Indicator:
Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd**

Bij visitatie van de IC-afdeling wordt nagegaan welk niveau aan de IC kan worden toegekend. In afdelingen die intensivisten opleiden (dit zijn altijd IC-afdelingen van niveau 3) is deelname aan een opleidingsvisitatie verplicht. Alle IC-afdelingen kunnen deelnemen aan een vrijwillige kwaliteitsvisitatie. Als uw afdeling niet gevisiteerd is, kunt u in de toelichting aangeven op grond van welke criteria uit bovengenoemde richtlijn u het niveau van uw IC hebt vastgesteld.

Met kwaliteitsvisitatie wordt bedoeld: een onder auspiciën van de door de NVIC en NVIC-V ingestelde Commissie Nationale Kwaliteitsvisitatie Intensive Care conform haar visitatiereglement.

In welk jaar vond de laatste kwaliteitsvisitatie plaats?

- 2013
- 2012
- 2011
- 2010
- 2009
- eerder dan 2009
- (nog) niet gevisiteerd

*

Is een kwaliteitsvisitatie gepland?

- ja, gepland in 2014
- ja, gepland in 2015
- (nog) niet gepland

Is het opgegeven niveau IC bij laatste visitatie bevestigd?

- ja
- nee

*

Toelichting:

* Geef toelichting

4.1.3

Indicator:**Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling**

In de Verenigde Staten heeft de Leapfrog Group for Patient Safety berekend dat door het aanstellen van een intensivist en het garanderen van een goede achterwachtfunctie gedurende de diensten, op alle intensive care afdelingen in de VS, 53.850 levens per jaar kunnen worden gered.

Een geregistreerde intensivist is een medisch specialist die in het bezit is van de aantekening in het aandachtsgebied IC-geneeskunde, uitgereikt door zijn of haar wetenschappelijke vereniging, aangesloten bij de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC).

Bij 1 fte wordt uitgegaan van een volledige werkweek voor specialisten, inclusief patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkzaamheden op de IC. Voor vrijgevestigde intensivisten zal hier een 'exacte schatting' gemaakt moeten worden.

Voor anaesthesioloog-intensivisten die ook een gedeelte van de aanstelling op de OK werken, moet alleen het IC-gerelateerde gedeelte worden gerekend.

Bij een wisselend aantal fte gedurende de periode, moet het gemiddelde aantal fte over de 12 maanden gegeven worden.

Fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC:

Bereikt u met deze formatie een 7x24 uurs exclusieve beschikbaarheid voor de IC?

 ja

 nee

Toelichting:

4.2 Beademingsuren

4.2.1 Indicator: Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling

De richtlijn beveelt aan dat patiënten met een beademingsduur van meer dan 72 uur niet op een niveau 1 intensive care-afdeling behandeld worden. Deze intensive care-afdelingen missen de continuïteit van medische zorg die voor deze categorie patiënten noodzakelijk is. Voor niveau 2 en 3 is het aantal van deze patiënten een maat voor de expertise die aanwezig is. De aard van de onderliggende problematiek ((niet-)postoperatief, cardiochirurgisch) geeft inzicht in de reden van mechanische beademing.

- **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.
- **Niet-postoperatieve patiënt:** Iedere patiënt die voorafgaand aan de IC-opname niet geopereerd is, of waarbij de operatie meer dan 7 dagen geleden heeft plaatsgevonden. Of een patiënt in die tijd binnen of buiten het ziekenhuis heeft verbleven, doet hierbij niet terzake.
- **Postoperatieve patiënt:** Iedere patiënt die maximaal 7 dagen voor opname op de intensive care een operatie heeft ondergaan. Of een patiënt in die tijd binnen of buiten het ziekenhuis heeft verbleven, doet hierbij niet terzake.
- **(Postoperatieve) cardiochirurgische patiënt:** Iedere patiënt die tijdens de betreffende ziekenhuisopname een cardiochirurgische ingreep heeft ondergaan.
- **Kinderen:** Patiënten jonger dan 18 jaar.

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
Niet post-operatief						
Postoperatief (excl. cardio-chirurgisch)						
Postoperatief cardio-chirurgisch						
Kinderen (<18 jaar)						

Beschikt u over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC?

 ja

 nee

 n.v.t.
*

Heeft u een steekproef genomen?

 ja

 nee

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

Toelichting:

* Geef toelichting

4.3 NICE

4.3.1 Indicator: NICE deelname en aanlevering

De stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) stelt Nederlandse IC-afdelingen sinds 1996 in de gelegenheid om van iedere patiënt die op de IC wordt opgenomen gegevens aan te leveren voor de Nationale Database. Hiervoor dient per patiënt een Minimale Data Set (MDS) te worden aangeleverd waarin gegevens staan betreffende de situatie bij opname alsmede omtrent de ernst van ziekte. Tevens worden uitkomstgegevens zoals behandelduur en sterfte geregistreerd en gecorrigeerd voor de ernst van de ziekte. Al deze gegevens worden geanonimiseerd opgeslagen. De data blijven in eigendom van de betreffende IC-afdeling en zijn als zodanig niet openbaar. Sinds 2007 stelt de stichting NICE de IC-afdelingen in de gelegenheid om de kwaliteitsindicatoren zoals geformuleerd door de NVIC tevens in deze database op te slaan. De stichting NICE zorgt voor een uniforme registratie en voor controle op de kwaliteit van de data. Daarmee is zij in staat om een vergelijk in de tijd en een vergelijk met andere IC-afdelingen te maken. Deze analyses worden teruggekoppeld naar de individuele IC-afdelingen waarmee intern het kwaliteitsbeleid kan worden vormgegeven.

Levert uw IC-afdeling data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd?

ja

nee

n.v.t.
*

Zo ja, betreft dit data voor de MDS?

ja

nee

Betreeft dit data voor de NVIC kwaliteits-indicatoren?

ja

nee

Toelichting:

* 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 4 deelprocessen: diagnostiek (multidisciplinair overleg), operatieve en medicamenteuze 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.
- Blaascarcinoom.

Medicamenteuze behandelingen

Als derde onderdeel wordt gekeken naar primair medicamenteuze behandelingen, waarbij voor deze indicator kwaliteitsbewaking bij cytostatica-aanvragen centraal staat.

Radiotherapeutische behandelingen

Als laatste komt de uitvoering van positioneringsbepalingen bij prostaatbehandelingen aan bod, hetgeen primair radiotherapeutisch is.

De meeste van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis. De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van het oncologisch proces, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- Ondervoeding (alle indicatoren).
- Niveau-indeling van de intensive care.

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. 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 dossiervoering 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.

- **Inclusiecriteria:**
- 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 Dossiervoering 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 individueel 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?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
a Mammacarcinoom: Is een plastisch chirurg structureel aanwezig bij het MDO?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Beschikt u over een specifiek MDO waarin de volgende tumorgroepen adequaat besproken kunnen worden:			
b Urologische tumoren: voor start behandeling	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
postoperatief	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
c Longcarcinoom: voor start behandeling	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
postoperatief	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

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: mamma sparende therapie of borstamputatie. Mamma sparende 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^[33]. 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.^[34]

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 Mammapathologie^[35] als volgt in de kankerregistratie geregistreerd:

o = 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.

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

Zijn de geïncludeerde patiënten behandeld op meer dan één locatie?

ja
#

nee

Is het aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie bekend?

ja

nee
*

n.v.t.
*

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

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

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

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

Teller 1: aantal patiënten bij wie meer dan focaal kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie (code 1) ^[36] .	
Teller 2: aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie (code x) ^[36] .	
Noemer 1: totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS) ^[37] .	
Noemer 2: aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in het verslagjaar.	
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 borstsparende operatie is behandeld (wordt automatisch berekend):	%
Welke databron heeft u gebruikt?	<input type="checkbox"/> Kankerregistratie IKC <input type="checkbox"/> Palga <input type="checkbox"/> OK-verslag <input type="checkbox"/> PA-verslag <input type="checkbox"/> CTG-verrichtingen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

[36] 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.

[37] 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).

Toelichting:

5.2.2

Indicator:

Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD

In het continuüm van multidisciplinaire kankerzorg is goede verslaglegging en communicatie tussen betrokkenen essentieel. Dit geldt bij uitstek voor de diagnostiek en behandeling van het mamma-carcinoom, waarbij een groot aantal disciplines betrokken is.

Veel instituten werken met een eigen vorm van verslaglegging van het MDO. Deze is echter vaak niet benaderbaar via het gewone ziekenhuisinformatiesysteem en niet gekoppeld aan (de voorlopers van) het EPD.

Het uitgangspunt voor deze indicator is: de beschikbaarheid van verslaglegging van de multidisciplinaire pre- en postoperatieve bespreking binnen het EPD (of voorloper hiervan binnen het ZIS) is essentieel bij de goede zorg binnen de intramurale oncologische keten.

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?

ja
#

nee

Is verslaglegging van de **preoperatieve** multidisciplinaire mammabespreking, waarin een op de patiënt afgestemd behandelplan is opgenomen, beschikbaar binnen het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD?

ja

nee
*

n.v.t.
*

Is verslaglegging van de **postoperatieve** multidisciplinaire mammabespreking, waarin een geactualiseerd behandelplan is opgenomen, beschikbaar binnen het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD?

ja

nee
*

n.v.t.
*

Toelichting:

* Geef
toelichting
Gegevens
per locatie
aanleveren

5.2.3

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.

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?

ja
#

nee

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

ja

nee
*

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

ja

nee
*

Teller: aantal eerste chirurgische resecties voor primair mamma carcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DBCA (re-excisies, resecties voor recidieven, op zich zelf staande okselklierdissecties niet meetellen).

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Noemer: totaal aantal eerste chirurgische resecties voor primair mamma carcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis (re-excisies, resecties voor recidieven, op zich zelf staande okselklierdissecties niet meertellen).

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

%

Toelichting:

5.2.4 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 tussen het ontvangen van de diagnose en de neo-adjuvante chemotherapie enige bedenktijd 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 patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd

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.

- **Inclusiecriteria:**
 - CVV-groep 5-324 Lobectomie van long.
 - CVV-groep 5-325 Totale pneumonectomie inclusief radicale dissectie van thoracale structuren.
- **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
*

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

Totaal aantal patiënten waarbij anatomische resecties (lobectomie, bilobectomie en pneumonectomie) zijn uitgevoerd in het rapportagejaar:

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door longchirurgen:

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door cardio-thoracaal chirurgen:

Toelichting:

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. 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.

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

ja nee
*

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?

ja nee
#

Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van slokdarmkanker in uw ziekenhuis geleverd aan de DUCA?

ja nee 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.

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

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:	

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^[38] en de 5-jaars overleving 2 tot 5 procent. Het papil-carcinoom heeft een langere overleving^[39]. 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.

* Geef toelichting

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

[39] www.oncoline.nl.

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.

Worden er in uw ziekenhuizen pancreasresecties 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 (code klassieke Whipple 335430 en PPPD 335417A):

• 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 heroperaties. Een ongeplande heroperatie 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).

Heroperaties zijn vanuit patiëntenperspectief belastend en dus ongewenst en zorgen daarnaast voor hoge kosten. Inzicht in hoe vaak heroperaties 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 heroperaties helpt bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen.

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

Gevraagd wordt naar het aantal patiënten waarbij resectie van een primair colorectaal carcinoom heeft plaatsgevonden, waarbij reïnterventie is verricht door middel van een heroperatie of een percutane ingreep (eventueel radiologisch) in de buik, in dezelfde opname of binnen 30 dagen na de resectie.

- Definities
 - Resectie: het operatief verwijderen van het darmsegment waar het colorectaal carcinoom in gelegen is.
 - Reïnterventie: elke invasieve ingreep, operatief, radiologisch of scopisch, ter behandeling van een complicatie (excl. (centraal) veneuze lijn, drainage oppervlakkig wondabces op de verpleegafdeling, maaghevel of traacheostoma).
 - 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.
- 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 heroperaties?	<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:			

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

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

5.4.4

Indicator:**Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)**

Darmresecties zijn chirurgische procedures die in elk ziekenhuis in Nederland worden uitgevoerd. Alhoewel het volume van deze ingrepen hoog is (ongeveer 10.000 resecties per jaar), blijkt het risico op complicaties (bijvoorbeeld naadlekkage) aanzienlijk en overlijdt 7 procent van de patiënten post-operatief.^[40] In de behandeling van colorectale tumoren wordt steeds vaker gebruik gemaakt van verschillende modaliteiten en endoscopische technieken. Hierdoor wordt het zorgproces complexer. Een adequate patiëntselectie, een kwalitatief goed diagnostisch proces, een juiste chirurgische behandeling en goede peri-operatieve zorg bepalen de korte- én lange termijn uitkomsten.

Voor de chirurgische behandeling van colorectale tumoren zijn belangrijke verschillen in uitkomsten van zorg beschreven tussen hoog- en laag volume ziekenhuizen en tussen gespecialiseerde en niet gespecialiseerde chirurgen^[41, 42, 43]. 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 Dutch Surgical Colorectal Audit. Vergelijkbare uitkomstregistraties in binnen- en buitenland hebben bewezen dat deze een krachtig kwaliteitsverbeterend effect kunnen hebben. Met name wanneer de resultaten worden teruggekoppeld naar de individuele leden van het behandelteam^[44, 45].

De Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) stelt elk ziekenhuis in Nederland in staat gegevens ten aanzien van de behandeling van patiënten, bij wie een darmresectie is uitgevoerd voor een colorectale tumor, 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 periodieke rapporten teruggekoppeld naar de individuele ziekenhuizen en behandelaren. 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 geïndividualiseerde kwaliteitsinformatie aangewend wordt om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het identificeren en etaleren van 'best practices' kan hierbij behulpzaam zijn. Op landelijk niveau worden de beroepsverenigingen in staat gesteld vroegtijdig kwaliteitsproblemen te signaleren en verbetertrajecten te implementeren met gerichte (bij) scholing, visitatie en certificatie.

[40] Engel 2005.

[41] Birkmeyer 2002.

[42] Birkmeyer 2003.

[43] Chowdhury 2007.

[44] Wibe 2003.

[45] Rowell 2007.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een colorectaal carcinoom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u in het verslagjaar informatie over chirurgische resecties van colorectale carcinomen aan de DSCA geleverd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: aantal chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom gelegen in colon of rectum (alleen primaire carcinomen meetellen) waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DSCA.		
Noemer: totaal aantal chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom gelegen in colon of rectum (alleen primaire carcinomen meetellen).		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting

5.5 Blaascarcinoom

Invasief blaascarcinoom kan een levensbedreigende ziekte zijn afhankelijk van het stadium. Bij een invasief 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 sterftcijfer rondom de operatie variërend tussen de 2,5 en 8 procent [46, 47, 48, 49, 50]. In 2011 is bekend gemaakt, dat er voor deze ingreep een minimumnorm geldt van 10 blaasresecties per jaar. 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 invasief blaascarcinoom, in navolging van de Dutch Surgical Colorectal Audit. 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. [51, 52]

5.5.1 Indicator: Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom

De database voor invasief blaascarcinoom stelt elk ziekenhuis in Nederland in staat gegevens ten aanzien van de behandeling van patiënten, bij wie een invasief groeiend blaastumor is geconstateerd, 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 periodieke 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.

- **Inclusiecriteria:**
 - Patiënten met een cT2-4NoMo blaascarcinoom.
 - Patiënten bij wie een cystectomie is verricht bij blaascarcinoom maar < cT2NoMo.
- **Exclusie criterium:**
 - Cystectomie bij benigne afwijkingen (bijvoorbeeld therapie-resistente incontinentie).

[46] Birkmeyer 2002.

[47] Finlayson 2003.

[48] Konety 2005.

[49] McCabe 2005.

[50] Elting 2005.

[51] Wibe 2003.

[52] Rowell 2007.

Worden er in uw ziekenhuis blaasresecties voor spierinvasief blaascarcinoom uitgevoerd?	<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 het afgelopen jaar patiënten ingevoerd in de NVU database spierinvasief blaascarcinoom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller: aantal ingevoerde patiënten dat in het verslagjaar een cystectomie hebben ondergaan in verband met spierinvasief blaascarcinoom.		
Noemer: aantal patiënten dat in het verslagjaar een cystectomie hebben ondergaan in verband met spierinvasief blaascarcinoom (CTG-coderingen: 36250, 36251, 36252, 36253, 36255, 36256).		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

5.5.2

**Indicator:
MDO spierinvasief blaascarcinoom**

Het is gebruikelijk om patiënten te bespreken in een multidisciplinair overleg (MDO) voordat de therapie is begonnen. In tegenstelling tot de indicator die vraagt naar de deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom, vraagt deze indicator naar alle patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom, ook als ze geen cystectomie hebben ondergaan.

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

- Inlusiecriteria:
 - Patiënten met een cT2-4NoMo blaascarcinoom.
 - Inlusiecriteria voor het MDO staan in de indicator 5.1.1 Multidisciplinair overleg.

Heeft u in het verslagjaar patiënten behandeld met een spierinvasief blaascarcinoom?	<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
Teller: aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom die voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal binnen een specifiek MDO in uw ziekenhuis besproken zijn in het verslagjaar.		
Noemer: totaal aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom in uw ziekenhuis in het verslagjaar.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

5.6 Medicatieveiligheid

Medicatiefouten behoren tot de grootste problemen op het gebied van patiëntveiligheid. De keten van voorschrijven, gereed maken, ter hand stellen en toedienen van medicatie levert veel risico op fouten op. Door een goed medicatieveiligheidsbeleid te ontwikkelen met daarin aandacht voor zowel de patiënt, als het geneesmiddel en het proces, kunnen risico's tijdig worden onderkend en ondervangen.

Voor het opstellen van de indicatoren over medicatieveiligheid is gekozen voor cytostatica als groep van risicogeneesmiddelen.

Het risico op fouten bij de bereiding, het Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) en de toediening van cytostatica is groot. Als een fout optreedt, is het risico op schade voor de patiënt groot. De inspectie wordt bij herhaling geconfronteerd met doseringsfouten van cytostatica en heeft naar aanleiding daarvan in november 2005 een circulaire^[53] doen uitgaan betreffende maatregelen ter voorkoming van deze doseringsfouten. Bij het opstellen van de indicator is deze circulaire als uitgangsdokument gebruikt.

Het doel van deze indicator is om na te gaan of het ziekenhuis werkt met volledig ingevulde aanvraagformulieren^[54] zoals bedoeld in de circulaire in een aselechte groep met cytostatica behandelde patiënten. Tevens wordt de vrijgifte van cytostica bevraagd. De inspectie hanteert als definitie voor vrijgifte de definitie volgens GMP-z. Hierin staat: vrijgifte is het formeel verklaren dat de gehele geproduceerde charge geschikt is voor gebruik. Vrijgifte van voorraadbereidingen moet volgens de GMP-z plaatsvinden door een ziekenhuisapotheker die verantwoordelijk is voor kwaliteitsbewaking en niet door degene die belast is met de bereiding. Vrijgifte van cytostaticabereidingen (ad hoc, magistraal) moet plaatsvinden door een apotheker, mits deze de bereiding niet zelf heeft uitgevoerd.

5.6.1 Indicator: Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag

Worden er in uw ziekenhuis cytostaticabereidingen uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Worden cytostaticabereidingen op meer dan één locatie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee
Aantal cytostaticabereidingen in het verslagjaar:		

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

[53] Zie www.igz.nl/publicaties/circulaire/circulaires2005.

[54] Per aanvraagformulier tellen, ook indien meerdere cytostatica op één aanvraagformulier worden aangepast.

Aanvraagformulieren

- *Inclusie criterium:*
 - *Alleen eerste kuren.*
- *Exclusie criterium:*
 - *Vervolgkuren.*

Controleer de aanvraagformulieren op het volledig ingevuld zijn ten aanzien van de volgende kenmerken:

Kenmerk	Aantal volledig ingevuld	Aantal onderzocht	% automatisch berekend
Lichaamsgewicht + lengte of het lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt:			
Dosering:			
Datum van toediening:			

Beschikt u over een registratiesysteem waaruit de gegevens voor deze indicator automatisch te verkrijgen zijn?

 ja

 nee

Heeft u een steekproef genomen?

 ja

 nee

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

Toelichting:

5.6.2 Indicator: Vrijgifte van cytostatica

Geeft een apotheker cytostaticabereidingen (VTGM) vrij vóórdat de cytostatica de apotheek verlaten?

 ja

 nee
*

 n.v.t.
*

Toelichting:

* Geef toelichting

5.7 Radiotherapie: positionering bij bestraling

Het goed richten van een bestraling is belangrijk voor zowel een goed resultaat van de therapie als het beperken van de bijwerkingen van de behandeling door het beschadigen van omliggende organen. Des te kleiner het volume dat bestraald moet worden, des te beter.

De omvang van het bestraalde volume in een patiënt is mede afhankelijk van de precisie waarmee het doelvolume gepositioneerd wordt: een betere positionering maakt het gebruik van kleinere marges mogelijk. Hierdoor kunnen kleinere bestralingsvelden gebruikt worden en neemt de kans op complicaties voor gezond weefsel af.

5.7.1 Indicator: Positioneringscontrole bij prostaatbehandelingen

- *Inclusiecriteria:*
 - *Patiënten die op hun prostaat bestraald worden, geregistreerd bij de locatie of het instituut waar de bestraling plaatsvindt.*
 - *Patiënten die in opzet curatief behandeld worden, met een \geq Gy-equivalente dosis > 72 Gy.*
 - *Verificatie van de positie van de prostaat, hetzij door afbeelding van prostaatmarkers d.m.v. een EPID of d.m.v. (cone beam) CT of een andere methode en waar vervolgens volgens een wetenschappelijk onderbouwd protocol (bv. NAL, SAL, online) eventuele afwijkingen in de positie gecorrigeerd worden.*
- *Exclusiecriteria:*
 - *Radicale prostatectomie.*
 - *Positioneringcontrole van de benigne structuren van de patiënt.*

Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een prostaatacarcinoom behandeld met radiotherapie?

ja

nee

Heeft u een steekproef genomen?

ja

nee

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

Teller: aantal patiënten met prostaatacarcinoom waarbij met een gevalideerd protocol bij iedere bestralingsfractie de positie van de prostaat wordt bepaald.

Noemer: alle patiënten met prostaatcarcinoom die op hun prostaat bestraald worden.

Percentage van de patiënten die bestraald worden voor een prostaatcarcinoom bij iedere bestralingsfractie de positie van de prostaat wordt geverifieerd en eventueel een positiecorrectie wordt uitgevoerd (wordt automatisch berekend):

%

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^[55], 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^[56]. 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 en uitkomst 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.

- **Registratie**
 - Evaluatie van het inbrengen van pacemakers : deelname aan systematische registratie van gegevens.
 - Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT.

Veel van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis. De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van het zorgproces voor patiënten met aandoeningen aan hart en/ of vaten, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.
- Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling (cardiochirurgisch).

[55] 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.

[56] 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), oesophaguscardiaresecties (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).

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^[57]

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.

[57] 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 2012 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC en in 2012 en 2013 zijn overleden.			
Noemer: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in 2012 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.^[58, 59]

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.*

Vragen bestemd voor alle ziekenhuizen

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| <p>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?</p> | <p><input type="checkbox"/> ja</p> | <p><input type="checkbox"/> nee
*</p> | <p><input type="checkbox"/> n.v.t.
*</p> |
|---|------------------------------------|---|--|

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

[59] 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.

* Geef toelichting

2	Zo ja, is de regionale ambulancedienst betrokken geweest bij deze afspraken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3	Zo ja, welke regionale ambulance-dienst(en) is/zijn betrokken bij deze afspraken?		
4	Wordt reeds vanuit de ambulance contact opgenomen met het PCI-centrum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5	Wordt in de ambulance reeds gestart met voor cardiale aandoeningen relevante medicatie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
6	Verricht uw ziekenhuis PCI-procedures? Indien nee: ga naar vraag 7 Indien ja: ga naar vraag 15	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Vragen bestemd voor Niet Acuut PCI-centra

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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8	Zo ja, met welk centrum?		
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 Aantal STEMI-patiënten dat in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU is gepresenteerd.

13 Aantal patiënten dat is vervoerd naar het PCI-centrum.

14 Aantal patiënten dat is behandeld met thrombolysse.

Vragen alleen bestemd voor PCI-centra met WBMV-vergunning

De volgende vragen dienen alleen door centra te worden ingevuld met een WBMV-vergunning voor het uitvoeren van PCI-procedures.

15 Verricht uw centrum PCI-procedures bij patiënten met een STEMI?
Indien nee, dan vragen niet-Acuut PCI-centrum ook invullen!

ja nee

16 Aantal PCI-procedures bij patiënten met een STEMI in uw ziekenhuis in het verslagjaar?

17 Wanneer worden deze procedures uitgevoerd?

alleen tijdens kantooruren
 7x24 uur per week
 Anders, namelijk:

18 Indien alleen tijdens kantooruren: wordt de zorg door een regionaal PCI-centrum overgenomen (vastgelegd in een protocol) buiten kantooruren?

ja nee

19 Zo ja, welk centrum?

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

21 Aantal interventiecardiologen participend in de acuut infarct zorg in uw centrum.

Resultaten alle PCI-centra

- *Inclusie criterium teller:*
 - 30 dagen sterfte of ziekenhuissterfte.
- *Exclusie criterium teller:*
 - patiënten na reanimatie.

22 Teller: aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven.

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

24 Percentage (wordt automatisch berekend): %

25 Gemiddelde door-to-needle time in minuten^[60]:

Heeft u een steekproef genomen? ja nee

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

Toelichting:

[60] 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.

6.4 Evaluatie na inbrengen pacemakers

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 geïmplanteed. 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.^[61]
 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

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

6.4.2 Indicator: Implanteren en/of wisselen van pacemakers

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 pacemakers geïmplantéerd 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 zonder ICD-functie. 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)? Hierbij wordt elke hernieuwde interventie afzonderlijk geteld, dus ook als dat er meerdere zijn geweest bij één patiënt.

Op welke wijze zijn deze gegevens verzameld:

- Registratie via DIPR^[62].
- * 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

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

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/herseninfarct en de operatie zo kort mogelijk is en niet meer dan 2 tot 3 weken. Om de kwaliteit van de tweede- en derde-lijns zorg te monitoren is het van belang om te weten hoe snel na aanmelding bij de neuroloog een patiënt wordt geopereerd (indicator a). Omdat niet in alle ziekenhuizen carotisingrepen worden gedaan, wordt in het geval van doorverwijzing de tijd tussen doorverwijzing door neuroloog naar het opererende ziekenhuis en de operatie geregistreerd (indicator b).

6.5.1 Indicator: Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct

- Definitie
 - Voor twee verschillende populaties (a en b):
 - a (eerste presentatie in opererend ziekenhuis): het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie.
 - b (eerste presentatie in verwijzend ziekenhuis) het moment van doorverwijzing naar het opererend ziekenhuis en de operatie.*
 - TIA of niet-invaliderend infarct : DBC-code: 0330.11.1112 TIA (incl. amaurosis fugax)
 - Operatie: Carotisendarterectomie. DBC-behandelcode: Heelkunde 0303.11/.21.402.203/.206 (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, endarteriectomie of patch.
- Inclusie criterium:
 - Alle patiënten met een carotisendarteriëctomie vanwege een symptomatische carotisstenose (TIA of niet-invaliderend herseninfarct, uitgevoerd in het eigen ziekenhuis).
- Exclusie criterium:
 - De patiënt wordt verwezen voor een ingreep naar een ander ziekenhuis.

Wordt in uw ziekenhuis carotischirurgie uitgevoerd?

- ja, vul in a
- nee, vul in b
- n.v.t.

*

- * Kies optie a indien de operatie plaatsvindt in het ziekenhuis waar de patiënt zich het eerst presenteert. Kies optie b indien u de patiënt voor een carotisendarteriëctomie door hebt verwezen naar een ander ziekenhuis.

* Geef toelichting

A Eerste presentatie in opererend ziekenhuis

Teller a: 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 operatie.

Noemer a: totaal aantal patiënten met een carotisendarteriëctomie die zijn aangemeld bij de neuroloog in het ziekenhuis dat de ingreep uitvoert.

Percentage a (wordt automatisch berekend): %

Mediaan a: de mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriëctomie.

B Eerste presentatie in verwijzend ziekenhuis

Teller b: aantal patiënten met een interval langer dan 3 weken (21 dagen) tussen het moment van doorverwijzing wegens een TIA of niet-invaliderend infarct naar het opererend ziekenhuis en de operatie.

Noemer b: totaal aantal patiënten met een carotisendarteriëctomie die zijn doorverwezen.

Percentage b (wordt automatisch berekend): %

Mediaan b: de mediaan in aantal dagen tussen het moment van doorverwijzing wegens een TIA of niet-invaliderend infarct naar het opererend ziekenhuis en de carotisendarteriëctomie.

Toelichting:

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

6.5.2 Indicator: Percentage complicaties

Een carotisingreep kent een relatief hoog operatierisico (rond de 4-7% risico op beroerte of overlijden). Rockman (2006) 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.

De afweging moet dus zijn of het gunstige effect van vroeg opereren opweegt tegen het mogelijk verhoogde risico op complicaties. Naylor (2008) 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. 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.^[63, 64]

- Definitie
 - Symptomatische carotisstenose: DBC-code: 0330.11.1112 TIA (incl. amaurosis fugax)
 - Carotisingreep: Carotisendarterectomie: DBC-behandelcode: Heelkunde 0303.11/.21.402.203/.206 (Carotispathalogie) / 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, endarteriectomie of patch.
- 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 herseninfarct).
- Exclusiecriteria:
 - (teller) Sterfte tijdens ziekenhuisopname, maar langer dan 30 dagen na ingreep.
 - (teller) Sterfte buiten een ziekenhuisopname.

[63] 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.

[64] 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% van de interventies bekend moet zijn.^[65]

De EuroSCORE^[66] 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.

[65] www.nvt.net.nl

[66] 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^[67, 68, 69, 70].

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 registratieleidend.*
 - *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.*

[67] 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.

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

[69] 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.

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

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 bekerend):		%
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 registratieleidend.*
 - *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*

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:		

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^[71]. De geschatte incidentie in de Westerse wereld is 5-11 per 1000 volwassenen^[71, 72]. CAP is wereldwijd de belangrijkste oorzaak van sterfte als gevolg van een infectie^[71, 72].

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.

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

[72] 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	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> nee
Toelichting:			

7.2.2 Indicator: Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP

In de meeste nationale en internationale richtlijnen en literatuur^[73, 74, 75, 76] 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^[77, 78].

- [73] Meehan TP, Fine MJ, Krumholz HM, et al. Quality of care, process, and outcomes in elderly patients with pneumonia. *JAMA* 1997;278:2080-4.
- [74] 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.
- [75] 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.
- [76] 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.
- [77] 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.
- [78] 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^[79]. Eerder onderzoek naar de haalbaarheid (feasibility) van het registreren van deze indicator werd uitgedrukt als het aantal missende waarden ('missing values') t.g.v. van het niet vinden van de informatie in de beschikbare databronnen. In eerder onderzoek bij 443 patiënten in 8 ziekenhuizen werd voor deze indicator een gemiddeld percentage van 21% aan missende waarden vastgesteld^[80]. 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 van het ziekenhuis werden opgenomen.

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

[79] 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.

[80] 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. Een belangrijke daarvan is eerder vervallen, de chirurgische behandeling van het oesophagus-cardia carcinoom. 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:

- **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.

8.1.2

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.^[81]

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

[81] 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 Snelheid uitvoeren scopie

8.2.1 Indicator: MDL-scopie binnen 24 uur

Tijdige diagnose en therapie van bloedingen in de proximale tractus digestivus beperkt de bloedtransfusiebehoefte en de opnameduur. Ook verbetert de uitkomst met betrekking tot het aantal recidiefbloedingen en de overleving.

- **Exclusie criterium:**
 - Patiënten met een bloeding ontstaan tijdens een opname op andere indicatie.
- **Definities:** bloeding proximale tractus digestivus kenmerkt zich door een combinatie van haematemesis, melaena, collaps, RR-systolisch < 110 mm Hg, Polsfrequentie > 100 /min, Ureum > 6,5 mmol/l, Hb < 8 mmol/l (m) en/of Hb < 7,5 mmol/l (v).

De uitkomst van deze indicator is het percentage van het aantal patiënten dat geregistreerd is met een acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal volgens de geldende DBC-code, bij wie binnen 24 uur na opname in het ziekenhuis een endoscopie plaatsvond. De geldende DBC-code is 403 oorzaken acuut bloedverlies (geen varices)^[82]. De volledige DBC-typering voor de MDL-arts is:

- 11-403-101
- 11-403-102
- 11-403-103.

Als er een voldoende deskundige internist aanwezig is, kunnen deze scopieën ook opgenomen worden in de indicator.

- **Teller**
Bron hiervoor is het verslagleggingsstelsel van de afdeling Endoscopie.
- **Noemer**
Bron hiervoor is het DBC-registratiesysteem van het ziekenhuis.

[82] 11 staat voor reguliere zorg, 403 oorzaken acuut bloedverlies (niet varices), 101 = reguliere behandeling poliklinisch, 102 = reguliere behandeling met dagopname, 103 = reguliere behandeling met klinische episode). De volledige prestatiecode van de DBC is xx 18110004030101(of 102 of 103), waarbij xx de code van het ziekenhuis is en 18 de code van het specialisme MDL. De scopie valt als verrichting binnen het profiel van de DBC.

Werden er in uw ziekenhuis endoscopieën uitgevoerd bij patiënten opgenomen wegens acute bloeding proximale tractus digestivus?	<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 bij wie binnen 24 uur na opname endoscopie plaatsvond.		
Noemer: aantal patiënten opgenomen wegens acute bloeding proximale tractus digestivus.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

Referenties

- [83] National survey of UK emergency endoscopy units. *BMJ* 2005;330:1000-1001.
- [84] Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. *NEJM* 2008;359:928-937.
- [85] Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal hemorrhage: multicenter validator and prospective evaluation. *Lancet* 2009;373:42-45.
- [86] Out of hours gastroenterology, a position paper. *BSG* 2007.

* Geef 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.^[87] 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 geacordeerd 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

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

Vinder er in uw ziekenhuis bevallingen plaats?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan een locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> 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.^[88, 89, 90] 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.

[88] Jaarboeken PRN.

[89] Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

[90] 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^[91]. 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 oudere 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. Er is bij deze groep geen lijst met indicatoren opgenomen. Vrijwel elke indicator die zich niet expliciet beperkt tot de kinderleeftijd raakt aan delen van de zorg die belangrijk zijn voor ouderen.

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.

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.

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

De indicator die in dit hoofdstuk wordt omschreven, is de indicator signalering kindermishandeling.

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 per patiënt op een IC-afdeling (kinderen).

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

10.1 Signalering kindermishandeling

10.1.1 Indicator: Signalering kindermishandeling

Kindermishandeling kan naar voren komen op alle afdelingen waar ouders en kinderen worden gezien en signalering is daarmee de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. Door de inzet van gestructureerde signaleringsmethodes, een beleid gericht op scholing van medewerkers, een actieve meldcode en een actief functionerend team kindermishandeling wordt de signalering van vermoedens van kindermishandeling bevorderd.

Vanuit de gedachte dat het kind centraal moet staan, richt deze kwaliteitsindicator zich op signalering van kindermishandeling op alle (poli-)klinische afdelingen.

De zorgverlener die deskundige intervisie biedt, zorgt ervoor dat professionele diagnostiek bij elk vermoeden plaats kan vinden en dat de veiligheid van de patiënt altijd voorop staat.

Elk blijvend vermoeden leidt tot een melding bij het AMK. In uitzonderlijke gevallen, wordt afgezien van melding en wordt hulpverlening ingezet met adequate follow-up. Ook na melding wordt de patiënt gevolgd tot men tevreden is met de ingezette hulpverlening dan wel interventies.

Kindermishandeling komt vaker voor bij bepaalde bevolkingsgroepen. Aantallen van in de werkgroep besproken kinderen zullen naast demografie afhangen van de ervaring van betrokken artsen en verpleegkundigen. De kwaliteitsindicator kan leiden tot een verdere analyse van de factoren die hebben bijgedragen aan het resultaat.

Teller: aantal kinderen (< 18 jaar) met een vermoeden van kindermishandeling aangemeld (mondeling of schriftelijk) bij het team kindermishandeling in datzelfde jaar.

Noemer: het totaal aantal kinderen < 18 jaar dat een eerste bezoek brengt aan alle (poli-)klinische afdelingen.^[92]

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

[92] Opnames + eerste polikliniekbezoeken + (dag)opnames ongeacht indicatie en inclusief verloskunde (tweedelijns).

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. Zonder gegevens is een algemeen kwaliteitsbeleid blind.

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^[93] aan minimaal één jaargesprek heeft deelgenomen.

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

[93] 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^[96] 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^[97] 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:

[96] '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.'

[97] 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?^[98]

ja nee
*

Indien nee: voor welk onderdeel zijn de LMR-gegevens niet betrouwbaar genoeg voor de HSMR-berekening?^[96]

- 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:

[98] 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^[99] 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
- 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:

[99] 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 2013 ten opzichte van 2012

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
1	Operatief proces					
1.1	Pijn na een operatie	x				% heroperaties binnen kalenderdag, vervallen.
1.2	Heupfractuur		x			
1.3	Stopmoment IV: Time-out	x				
1.4	Tijdige peroperatieve anti-bioticaprofylaxe				x	
1.5	Bariatrische chirurgie				x	
2	Spoedprocessen					
3	Verpleegkundige zorg					
3.1	Wondzorg				x	Screening van volwassenen is vervallen; ondervoeding op de poli is nieuw.
3.2	Ondervoeding	x				
3.3	Delirium	x				
4	Intensive care	x				
4.1	Structuur van de intensive care-afdeling	x				
4.2	Beademingsuren	x				
4.3	NICE	x				
5	Oncologie					
5.1	Samenwerking		x			Gewenste aanwezigheid gespecificeerd.
5.2	Borstkanker		x			Neo-adjuvante therapie toegevoegd.
5.3	Longchirurgie	x				Teller en in- en exclusiecriteria aangepast.
5.4	Gastro-intestinaal	x				
5.5	Blaascarcinoom	x				
5.6	Medicatieveiligheid	x				
5.7	Radiotherapie		x			

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
6	Hart en vaten					
6.1	Volume van risicovolle interventies		x			Uitvraag gespecificeerd.
6.2	Sterfte na eerste consult	x				
6.3	Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)	x				
6.4	Evaluatie na inbrengen pacemakers		x			Exclusiecriteria toegevoegd.
6.5	Carotischirurgie				x	
6.6	Thoraxchirurgie				x	
7	Infectieziekten					
7.1	Ziekenhuisinfecties	x				
7.2	Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)		x			Tijdige toediening toegevoegd.
8	Maag-darm-lever (MDL)					
8.1	MDL-infrastructuur	x				
8.2	Snelheid uitvoeren scopie		x			'Na binnenkomst' werd 'na opname'.
9	Verloskunde					
9.1	De spontane bevalling		x			Inclusiecriteria toegevoegd.
9.2	Audit van perinatale zorg	x				
10	Kwetsbare groepen					
10.1	Signalering kindermishandeling		x			Noemer verduidelijkt.
11	Algemeen kwaliteitsbeleid					
11.1	Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	x				
11.2	Disfunctioneren medisch specialisten	x				

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
12	Ziekenhuissterfte, dossier- onderzoek en onverwacht lange opnameduur					
12.1	Ziekenhuissterfte				x	Afkomstig uit de set veiligheid
12.2	Dossieronderzoek en on- verwacht lange opname- duur				x	Afkomstig uit de set veiligheid
	Vervallen					
	Herstel achterkapselruptuur			x		
	Decubitus en huidletsels			x		
	Cerebrovasculair accident			x		
	Infrastructuur signalering kindermishandeling			x		

Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma van de Abdominale Aorta
AB	Antibioticum
AMBU-65	Scoringssysteem gebaseerd op Ademhalingsfrequentie, Mentale toestand, Bloeddruk, Ureum en Leeftijd >65 jaar.
AMI	Acuut Myocard Infarct
AMK	Advies- en meldpunt kindermishandeling
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 Specialisten
CCS	Clinical Classification System
CCU	Coronary Care unit
CDC/WIP	Centre of Disease Control/Werkgroep Infectie Preventie
CT	Computer Tomografie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
cTNM	Klinische classificatie van maligne tumoren
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CVV	Classificatie van Verrichtingen
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DIPR	Dutch ICD & Pacemaker Registry
DBCA	Dutch Breast Cancer Audit
DCIS	Ductaal Carcinoma in situ
DHD	Dutch Hospital Data
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
EHH	Eerste Hart Hulp
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EPID	Electronic Portal Imaging Device
ESC	European Society of Cardiology
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
IMA	Internal Mammary Artery
LAGB	laparoscopisch verstelbare maagbanden,
LMR	Landelijke Medische Registratie
MDL	Maag-darm-lever
MDO	Multidisciplinair overleg
MDS	Minimale Data Set
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment – Short Form
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NABON	Nationaal Borstkankeroverleg Nederland
NAL	No Action Level
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 Oogheelkundig 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
NVT	Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
OCR	Oesophaguscardiaresecties
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
PPP	Pylorus sparende pancreaticoduodenectomie
PREZIES	PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance
PSI	Pneumonia Severity Index

PTH	ParaThyroïd Hormoon
SAL	Shrinking Action Level
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	Transient Ischemic Attack
VAS	Visual Analogue Scale
VRS	Verbal Rating Scale
VTGM	Voor Toediening Gereed Maken
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WBMV	Wet op bijzondere medische verrichtingen
WCS	Woundcare Consultant Society
ZIS	Ziekenhuisinformatiesysteem

Colofon

De Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2013 is totstandgekomen in samenwerking met

NVZ Vereniging van ziekenhuizen

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

OMS Orde van Medisch Specialisten

V&VN Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland