



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het resultaat telt
ziekenhuizen

2012

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	7
Inleiding voor de resultaten	12
1 Operatief proces	27
1.1 Pijn na een operatie	20
1.2 Heupfractuur	27
1.3 Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer (peroperatief)	36
1.4 Stopmoment IV: Time-out	41
2 Verpleegkundige zorg	46
2.1 Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie	48
2.2 Ondervoeding	52
2.3 Delirium	59
3 Spoedprocessen	66
4 Intensive care	69
5 Oncologie	79
5.1 Samenwerken	81
5.2 Borstkanker	86
5.3 Longchirurgie	94
5.4 Gastro-intestinaal	98
5.5 Blaascarcinoom	107
5.6 Medicatieveiligheid	112
6 Hart en vaten	116
6.1 Volume van risicovolle interventies in de vaatchirurgie	118
6.2 Cardiologie	122
6.3 Cerebrovasculair accident (CVA)	137
7 Infectieziekten	143
7.1 Ziekenhuisinfecties	145
7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	150
8 Maag-darm-lever (MDL)	153
9 Verloskunde	158

10	Kwetsbare groepen	163
11	Algemeen kwaliteitsbeleid	168
	11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	171
	Bijlage	177
	De veiligheid telt	179

Voorwoord

Voor u ligt de 10e uitgave van 'Het resultaat telt'. In dit rapport kunt u de resultaten lezen van de kwaliteitsindicatoren over 2012. De basisset kwaliteitsindicatoren en onderhavige publicatie komen tot stand in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze kwaliteitsindicatoren richten zich op aspecten van de zorgverlening met grote risico's voor kwaliteit en veiligheid. De inspectie gebruikt de indicatoren om inzicht te krijgen in deze risico's. Zo kan de inspectie beoordelen op welke risico's of welke ziekenhuizen zij extra moet letten. Eventuele handhavende maatregelen neemt de inspectie pas ná nader onderzoek. Bijna alle indicatoren laten een verbetering zien ten opzichte van het voorgaande jaar.

De uitkomsten van 'Het resultaat telt' worden elk jaar aan de hand van een wisselend thema beschreven. Dit jaar is het thema Internationale vergelijkingen. De inspectie heeft geconstateerd dat Nederland op het gebied van de hoeveelheid beschikbare gepubliceerde kwaliteitsdata op dit moment in een uitzonderlijke positieve positie verkeert. Er zijn wel landen die ook over kwaliteitsregistraties beschikken, maar daarvan zijn de data niet zo toegankelijk als in Nederland. Hierdoor is een directe inhoudelijke vergelijking met het buitenland niet goed mogelijk. Vergelijkingen op basis van geïsoleerde publicaties zijn wel mogelijk, maar laten geen uitspraak over de positie van Nederland toe. Echter, het feit dat in Nederland veel gegevens openbaar zijn en vergelijkingen gemaakt kunnen worden tussen verschillende zorgaanbieders geeft wel aan dat er intensief in kwaliteit wordt geïnvesteerd. Dat is van groot belang omdat pas wanneer je inzicht hebt in de kwaliteit die je levert, je verbeteringen gestructureerd vorm kunt geven.

Dat we in Nederland op de goede weg zijn als het gaat om patiëntveiligheid in de ziekenhuizen blijkt ook uit de publicatie van NIVEL en EMGO+/VUmc over de potentieel vermijdbare schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen. Hieruit bleek dat ruim vijf jaar na de start van het landelijke VMS Veiligheidsprogramma de potentieel vermijdbare schade met 45% gedaald is en de potentieel vermijdbare sterfte met 53% is afgenomen. Dit zijn mooie resultaten die tot stand zijn gekomen door veel inzet en toewijding van professionals en bestuurders. We zijn er echter nog niet. Nog steeds is verbetering mogelijk en noodzakelijk om de zorg voor (kwetsbare) patiënten te optimaliseren.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Inleiding

Internationale vergelijking algemeen

Het thema van het resultaat telt 2012 is internationale vergelijkingen. Het doel daarvan was om de resultaten van de Nederlandse ziekenhuiszorg in het algemeen en van de via de indicatoren zichtbaar gemaakte zorg in het bijzonder, beter in perspectief te plaatsen door een internationale dimensie toe te voegen. De hoop was dat dit vergelijkbaar zou zijn met de toevoegde dimensie tijd in het resultaat telt 2009, waardoor het voor het eerst mogelijk werd om trends in indicatorresultaten over langere tijd te volgen. Dat leidde toen tot nieuwe inzichten in het mogelijke effect van de basisset. Het werd duidelijk dat zorgaspecten als doorligwonden of zorg voor CVA patiënten over langere tijd een duidelijke trend lieten zien. Dit leidde tot andere keuzes in de indicatorset. Indicatoren met een duidelijke trend die niet langer veranderden konden worden vervangen. Verschillende types indicatoren (structuur, proces en uitkomst) hebben bijvoorbeeld hun eigen snelheid van verandering. Al snel werd duidelijk dat de dimensie internationale vergelijking nog niet rijp genoeg was om direct praktisch bruikbare resultaten op te leveren. Toch is het de moeite waard om aandacht te besteden aan de analyse die rond dit onderwerp is uitgevoerd, omdat het wel zicht geeft in toekomstige praktische toepassingen. Per onderwerp is gekeken welke internationale vergelijking mogelijk was. Dit is uitgewerkt in de aandachtspunten bij de individuele indicatorhoofdstukken.

In de opzet van de aandachtspunten voor internationale vergelijkingen is gekeken naar de volgende dimensies:

- 1 Wat is de incidentie van de ziekte, hoe vaak komt een aandoening voor of wordt hij gesignaleerd in verschillende landen?
- 2 Wat is de uitkomst van het ziekteproces in de verschillende landen?
- 3 Wat is bekend over de resultaten van de behandeling?
- 4 Wat is bekend over het proces van de behandeling?
- 5 Wat is bekend over de structuur van het zorgproces?

Het zal duidelijk zijn dat niet bij alle indicatoren alle dimensies relevant zijn en als ze dat wel zijn, is er vaak geen informatie beschikbaar over de specifieke invalshoek.

Per dimensie:

- 1 *Incidentie*: Verschillen in incidentie van een ziekte kunnen vele oorzaken hebben, ziekten kunnen gekoppeld zijn aan een genetisch profiel dat voorkomt in een specifieke bevolkingsgroep, een andere levensstijl kan van invloed zijn, maar ook andere culturele opvattingen over wat een ziekte is en hoe de diagnose gesteld wordt. Inspectieoptreden heeft op dit niveau geen directe invloed, maar een hogere of lagere incidentie kan wel de prioriteitstelling beïnvloeden, ook kan de incidentie beïnvloed worden door een actief opsporing- en screeningsbeleid.
- 2 *Uitkomst*: De mortaliteit en/of morbiditeit uitgedrukt per aantal inwoners is een maat voor het risico dat een populatie loopt ten gevolge van de ziekte. Voor een risico-gebaseerde inspectie is dit een belangrijk gegeven, omdat het bijdraagt aan prioriteits-

stelling. Een voorbeeld hiervan is perinatale sterfte. De uitkomst op dit gebied was recent aanleiding voor de inspectie om actie te nemen.

- 3 *Resultaten van verschillende interventies*: Een ziekte is zelden zo homogeen dat er maar één type is met één behandeling. Verschillende stadia van een ziekte hebben een andere prognose, met bijbehorende behandeling. Het is voor de kwaliteit van een specifieke behandeling wenselijk/noodzakelijk om uit te gaan van een type met een homogene uitkomst. Voor de oncologie is het op de grootte en uitbreiding van de tumor gebaseerd TNM systeem ontwikkeld. Voorbeeld van een resultaat op dit niveau: de tienjaars overleving van een T₁N₀M₀ mammatumor van vrouwen die een mamma-sparende behandeling hebben ondergaan. Dit onderdeel is relevant voor een inspectie die zich op risico's op slechte uitkomsten wil richten.
- 4 *Proces van een behandeling*: Binnen het proces van een behandeling worden keuzes gemaakt en treden complicaties op. Omdat patiënten moeten voldoen aan de criteria noodzakelijk voor het starten van een behandeling is de populatie (iets) beter gestandaardiseerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat iemand moet voldoen aan de criteria voor een mamma-sparende borstkankerbehandeling om geïnccludeerd te worden. Dus alle vrouwen in die populatie hebben tenminste die eigenschappen gemeen. De frequentie van tumorresten is in principe vergelijkbaar, of de snelheid van trombolysen. Of die vergelijkbaarheid dan ook leidt tot een waardeoordeel goed – matig – slecht is minder zeker. Verschillende gebruiken ten aanzien van het bepalen van restweefsel en verschillen in de incidentie van bepaalde tumvormen maken (zoals altijd) een verschil in uitkomst. Een goede indicatie voor een nader gesprek.
- 5 *Structuur van het zorgproces*: De beschikbaarheid van structuur elementen in het proces (zoals multidisciplinaire overleggen, protocollen en informatiesystemen) zijn zoals alle structuurelementen op het eerste gezicht simpel. Een MDO is een bijeenkomst met een label. Alleen leert de basis dat het vragen naar een structuurelement complex is. Ook als de criteria expliciet worden gepubliceerd, worden antwoorden gegeven op basis van het label. Een ziekenhuis geeft aan een MDO voor darmkankerpatiënten te hebben als het bijeenkomsten heeft waarin darmkankerpatiënten worden besproken, vaak zonder te specificeren of bepaalde specialismen met een specifieke expertise aanwezig zijn. Ook zal de beschikbaarheid van infrastructuur mede bepaald worden door de incidentie en de daaruit voortvloeiende prioriteitsstelling.

Er is vrij veel interactie tussen de verschillende niveaus. Zo wordt bij een ogenschijnlijk eenvoudig onderwerp als vijf- of tienjaarssterfte (niveau 3), zelfs bij gelijkblijvend sterfte, de overleving langer als tumoren eerder worden ontdekt. Als een patiënt op jaar 5 wordt ontdekt in een tienjarig ziekteproces, is de vijfjaarsoverleving lager dan wanneer een patiënt op jaar twee wordt ontdekt door een screeningsprogramma (niveau 5). De overleving lijkt in dat geval langer, terwijl de prognose dan nog hetzelfde is. Dit effect maakt het moeilijk om te beoordelen wat het effect is van een screeningsprogramma. Komt een ziekte in een land veel voor, dan is er meer ervaring (het volume-effect), zijn investeringen rendabel, maar kunnen bestaande voorzieningen ook eerder uitgeput raken en is het sneller de moeite waard om er een uitgewerkt zorgpad voor te maken etcetera.

De functie van een vergelijking

De primaire functie van een internationale vergelijking is de eigen nationale situatie beter te begrijpen en dat begrip te gebruiken om zo mogelijk de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Verder zijn functies:

- Variaties in het gemiddelde zien en verminderen
- Variaties in de bandbreedte zien en verminderen
- Inzicht hebben in uitkomsten in bredere context, als motivatie om de situatie te verbeteren
- Inzicht hebben in uitkomsten in bredere context, om helder te maken hoe goed/slecht de eigen situatie is.

Voor welke actoren is een internationale vergelijking nuttig

Een vergelijking is nuttig voor een *professionele organisatie* (wetenschappelijke verenigingen en anderen), die beter wil begrijpen waar de eigen zwakke plekken zitten. Problemen (of sterke punten) die in het hele land ongeveer even sterk zijn, zijn alleen te ontdekken door internationale vergelijking. Een voorbeeld daarvan was de infectieregistratie bij totale heupen in het begin van de jaren 90, waarbij het Nederlandse infectiepercentage toen in zijn geheel (de complete spreiding) hoger was dan het Belgische percentage en waarbij de methode van meting goed vergelijkbaar was. Dit heeft onder andere geleid tot het invoeren van betere luchtbeheersing in Nederlandse ziekenhuizen.

Er is een groep ziekenhuizen die van ‘nature’ internationaal is georiënteerd. Een typisch voorbeeld zijn de academische ziekenhuizen en de hooggespecialiseerde categorale instellingen zoals het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. Deze ziekenhuizen zullen zich eerder spiegelen aan de internationale collega’s dan aan de landelijke situatie.

Beleidsmakers en de Nederlandse bevolking kunnen ook inzicht nodig hebben in de internationale positie. Het voorbeeld van de perinatale sterfte is al eerder genoemd. Om het effect van acties voor het verlagen van vermijdbare sterfte in te schatten is het essentieel om te kijken naar de internationale situatie. Voor het effect van scherpere sancties zijn de Verenigde Staten (VS) een mooi voorbeeld. De VS heeft een klimaat waarbij fouten een aanleiding zijn voor zware claims. Heeft dit een effect op het aantal vermijdbare doden? Berekeningen uit studies waar de Global Trigger Tool gebuikt is komen gecorrigeerd voor de omvang van de bevolking voor de VS uit op een range van 2580 tot 5747 doden op jaarbasis, uitgaande van data over uit 1984 en 1991^[1], waarbij de ondergrens aanmerkelijk hoger is dan de Nederlandse schatting van 1600-1700 doden uit data van 2004. Op grond daarvan leidt juridisering van het medische proces niet direct tot een daling van het aantal vermijdbare doden. Zonder internationale gegevens zijn nationale gegevens niet te beoordelen. Ook dat is het beste te illustreren aan de hand van de vermijdbare sterfte. Een aantal van 1700 vermijdbare doden is niet te interpreteren zonder een internationale context. Nu blijkt dat niet eenvoudig, in de meeste bronnen wordt van vermijdbare sterfte gesproken bij doden

[1] “To Err is Human, Building a Safety Health System” (2000).

die te maken hebben met levensstijl. 24% van alle sterfgevallen zijn volgens deze definitie vermijdbaar, terwijl dit percentage bij vermijdbare ziekenhuissterfte rond de 1% ligt. Dit illustreert het belang van een goede omschrijving van het gegeven voordat vergeleken wordt. Beide indicatoren heten in voorgaand voorbeeld vermijdbare sterfte, maar beschrijven twee totaal verschillende begrippen.

Tot slot is een internationale dimensie belangrijk voor risicogestuurd toezicht. Voor het inschatten van risico's waar nog geen Nederlandse gegevens bestaan kan het nuttig zijn om te kijken naar de risico's die in de internationale literatuur worden beschreven. Een voorbeeld is dat het in Nederland jarenlang gebruikelijk was om bij voorlichting over operatie- en risico's aan patiënten internationale publicaties te gebruiken. Helaas werd deze gewoonte ook voortgezet toen er wel interne gegevens beschikbaar kwamen, die soms minder gunstig waren. Een kritische blik blijft altijd wenselijk.

Bij het inschatten van prioriteiten wordt door de Nederlandse toezichthouder betrekkelijk weinig gebruik gemaakt van internationale referenties. Risico's die in Nederland slechter onder controle zijn dan in het buitenland zouden meer aandacht moeten krijgen. Op dit moment is dat overzicht niet beschikbaar.

Overige factoren die de vergelijking beïnvloeden

Tijd en interventies

Veel gegevens worden niet continu verzameld of gepubliceerd. Vergelijking van een dynamisch gegeven is moeilijk. Een klein voorbeeld hiervan is de vergelijking van intra-operatieve mortaliteit bij pancreascarcinoom. Een publicatie uit 1995 liet zien dat de mortaliteit van pancreasresecties in de VS 12,9% was. Op dat moment werden 24% van de ingrepen uitgevoerd in de 60% van de ziekenhuizen die jaarlijks minder dan 10 operaties uitvoerden, met een mortaliteit van 18,9%. Als je dat vergelijkt met de Nederlandse sterfte in 2004 is dat hoog (9,8%), maar er is een veel groter verschil vergeleken met 2009 (5,1%) als het aantal laagvolume ziekenhuizen in Nederland sterk is afgenomen. De zelfde ingreep liet in de jaren 90 nog een vrijwel vlak verloop van de mortaliteit zien (van Heek NT, Kuhlmann KFD, Scholten RJ, Castro SMM, Busch ORC, van Gulik TM, Obertop H, Gouma DJ, Hospital volume and mortality after pancreatic resection a systematic review and an evaluation of intervention in The Netherlands. *Ann Surg.* 2005 December; 242(6): 781–790). Kennelijk kunnen op verschillende perioden andere trends de vergelijking beheersen. Het probleem daarbij is dat het voor het eigen land veel beter bekend is wanneer trendbreuken optreden.

Conclusie

Internationale vergelijking kan bijdragen aan het krijgen van inzicht in de eigen kwaliteit van zorg. Het geeft een extra dimensie aan het inzicht in de factoren die risico's bepalen die patiënten lopen. Het is daarom gewenst dit onderwerp verder te ontwikkelen. Het aantal keuzes dat er mogelijk is op het gebied van internationale vergelijkingen (veel landen met veel op relevante punten verschillende uitgangspunten), maken het een complex onderwerp. Zo is de in deze uitgave gepubliceerde invoering van de time-out in het operatief proces waarschijnlijk alleen geen wereldrecord omdat vergelijkbare nationale gegevens

van andere landen ontbreken. De aandacht die het HRT er in 2012 aan geeft kan dus niet meer zijn dan een startpunt in de ontwikkeling. In 2013 en verder zal hier veel systematischer aandacht aan moeten worden besteed. De elders in het resultaat telt 2012 vermelde enorme toename van systematische kwaliteitsregistraties geven Nederland een uitstekende uitgangspositie bij de zoektocht naar buitenlandse partners om toekomstige vergelijkingen op te zetten.

Inleiding voor de resultaten

De IGZ heeft de basisset van 2012 en daarmee ‘Het resultaat telt’ over hetzelfde verslagjaar op dezelfde wijze ingedeeld als in 2011. Indicatoren zijn gegroepeerd naar grotere zorgprocessen (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg of operatief proces). Resultaten op de indicatoren worden eerst op het niveau van deze overkoepelende zorgprocessen besproken en vervolgens op het niveau van de onderwerpen waarvoor indicatoren bestaan (bijvoorbeeld decubitus, ondervoeding). Een doorlopend thema in deze uitgave is ‘De internationale vergelijking’.

In deze inleiding voor de resultaten worden de elementen besproken die voor alle onderdelen identiek zijn, zoals de algemene indicaties voor nader onderzoek. Zo verwacht de IGZ dat een ziekenhuis nader onderzoek doet wanneer dat ziekenhuis een bepaald gegeven niet kan leveren of wanneer de kwaliteit van dat gegeven onvoldoende is.

Per zorgproces leest u steeds eerst het overkoepelende hoofdstuk en daarna de individuele indicatoren. Deze hoofdstukken komen overeen met de hoofdstukken van de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2012*. In ieder hoofdstuk staat een additionele paragraaf: waarom vindt de IGZ dit deel belangrijk en wat zijn in de volgende stap de vragen die het ziekenhuis zichzelf zou moeten stellen in de analyse bij een bijzondere indicatoruitslag? De IGZ toetst vervolgens met een signaleringslijst welke punten nog aandacht van een toezichthouder vragen. In de afsluitende paragrafen staan de aandachtspunten van de IGZ over het gebied waarbinnen de indicator valt.

Plaats van de indicatoren in toezichtbeleid van de IGZ

De basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen is de resultante van een gezamenlijk ambitie om de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg aantoonbaar te verbeteren. De basisset wordt ontwikkeld en onderhouden in een unieke samenwerking tussen de IGZ, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Deze samenwerking heeft zich in de tien jaar dat de basisset nu bestaat ontwikkeld tot een volwassen en respectvolle samenwerking waarin ieder zijn eigen rol en verantwoordelijkheid heeft en zowel de individuele als gezamenlijke belangen gediend worden. De IGZ is eigenaar van de basisset en gebruikt de uitkomsten voor toezicht. De basisset stelt de IGZ in staat te monitoren in welke mate ziekenhuizen in staat zijn de landelijke ontwikkelingen adequaat bij te houden. Achterblijven blijkt een belangrijk signaal voor een toezichthouder. Voor ziekenhuizen is het een stimuleringsinstrument om de kwaliteit en veiligheid continu te verbeteren, om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg binnen de instelling en om daarop te sturen. De professionals gebruiken de basisset om het eigen kwaliteitsbeleid landelijk te implementeren en te borgen, en de daarbij noodzakelijke onderlinge afstemming te stimuleren. Voor zowel de toezichthouder, de ziekenhuizen als de professionals gaat het om verbeteringen in het veld te creëren en zichtbaar te maken. Het gaat dus niet zozeer om inzicht in

statische gegevens, maar om inzicht in de dynamiek ervan. Daarom is de basisset niet één stabiele set indicatoren, maar wordt de set elk jaar bijgewerkt. Indicatoren die onvoldoende differentiëren worden aangepast of vervangen. Als na twee jaar blijkt dat vrijwel alle ziekenhuizen een bepaalde kwaliteitstructuur hebben ingevoerd (bv. een protocol voor tijdig signaleren van ondervoeding), passen we de vraag aan om het proces beter in beeld te krijgen (bv. bij hoeveel patiënten is sprake van ondervoeding). Wanneer deze vraag na verloop van tijd onvoldoende differentieert, vervangen we hem door een uitkomst vraag (bv. hoeveel patiënten ontvangen voldoende eiwit). Deze werkwijze is uniek in de wereld en heeft ook bijgedragen aan unieke kwaliteitsverbeteringen. De snelheid van invoering van kwaliteitsregistraties bijvoorbeeld. Waar de heilkunde vijftien jaar deed om een complicatieregistratiesysteem in 80% van de ziekenhuizen in te voeren, is de Dutch Surgical Colorectal Audit in twee jaar van 10% naar 96% implementatie gegaan. De afgelopen twee jaren komen er steeds meer aanwijzingen dat er ook spectaculaire verbeteringen in de outcome zijn gerealiseerd (mede) dankzij de basisset. 50% reductie van sterfte na pancreaticoduodenectomie in 4 jaar tijd doordat ziekenhuizen deze specialistische ingreep zijn gaan concentreren nadat de basisset het operatie volume ging uitvragen^[2]. In 2013 bleek een veel bredere selectie van oncologische ingrepen een reductie in sterfte te hebben behaald van 25% (<http://www.iknl.nl/nieuws/nieuws-detail/2013/10/15/operatiesterfte-na-kankerchirurgie-sterk-gedaald>). Dit soort verbeteringen worden, ook internationaal, zelden gezien. De basisset wordt ook ingezet om bereikte resultaten vast te houden, zo moeten ziekenhuizen vanaf 2012 laten zien hoe vaak zij een time-out goed uitvoeren bij operaties. Een juiste uitvoering van de time-out is één van de redenen dat het aantal vermijdbare sterfgevallen en complicaties de afgelopen drie jaar spectaculair is gedaald. Dat resultaat werd behaald door een combinatie van ingrijpen van beroepsverenigingen die betere richtlijnen maakten, ziekenhuizen die de richtlijnen snel invoerden en de IGZ die regelmatig op onverwachte momenten inspecties hield. Veiligheid en kwaliteit zijn twee kanten van dezelfde medaille, de één versterkt de ander.

De basisset heeft in de afgelopen tien jaar laten zien dat over het algemeen de Nederlandse ziekenhuiszorg goed onder controle is. Vrijwel elk onderwerp dat in de afgelopen jaren is opgenomen in de basisset laat een systematische verandering in de vooraf voorziene richting zien. Bestuurders zijn in meerderheid in staat gebleken om hun zorg zo in te richten dat goed gereageerd wordt op een nieuwe indicator. Waar dat niet het geval was, werd het door de basisset zichtbaar en kon de IGZ het gesprek aangaan en zo nodig actie ondernemen.

Algemene lijn IGZ-indicaties

In ieder hoofdstuk staan de vervolgvragen bij een opvallende uitslag. Deze vragen zijn nadrukkelijk ook bedoeld voor ziekenhuizen als zelfevaluatie. De indicaties voor deze

[2] De Wilde RF, Besselink MG et al. Impact of nationwide centralization of pancreaticoduodenectomy on hospital mortality. *Br J Surg*. 2012 Mar;99(3):404-10.

vragen zijn zó gekozen dat de kans op onverantwoorde zorg groter is als de indicatiewaarde bereikt of overschreden wordt. De vragen gaan met name over de datakwaliteit en over de inhoudelijke kwaliteit. Beide worden hieronder uitgelegd.

Onderzoeksindicaties naar de datakwaliteit

Bij indicaties voor de datakwaliteit kunnen vragen gesteld worden over het ontbreken van, of over fouten in de data. Een belangrijk doel hiervan is de kwaliteit van de data te verbeteren. Daarnaast geeft het feit dat een ziekenhuis een gegeven niet kan leveren, of alleen met veel fouten in de data, ook aan dat de kans groter is dat het ziekenhuis dat deel van het (zorg)proces minder in beeld – en dus onder controle – heeft. De IGZ let daarom op ziekenhuizen waarbij:

- Essentiële indicatorgegevens ontbreken, tenzij het ziekenhuis heeft aangegeven dat de indicator niet van toepassing is en deze melding heeft voorzien van een (specifieke) toelichting.
- Een steekproef heeft plaatsgevonden van onvoldoende omvang (laag aantal of onduidelijke selectiecriteria) om betrouwbare conclusies te trekken.
- De indicatorwaarde 100% is.

Onderzoeksindicaties naar de inhoudelijke kwaliteit

Er kunnen eveneens vragen gesteld worden als de uitkomsten van een specifieke instelling in vergelijking met andere ziekenhuizen relatief laag of hoog zijn. De afkappunten hierbij zijn:

- De indicatorwaarde valt onder de 10% laagste indicatorscores van de ziekenhuizen (de 'p10').
- De indicatorwaarde is groter dan 90% van de ziekenhuizen (de 'p90').

Deze indicatie is onafhankelijk van de gewenste richting van de uitslag (lage sterfte, hoge screening). Dit volgt uit de constatering dat uitschieters in beide richtingen een bijzondere situatie representeren. Per indicator wordt gekeken of er uitslagen zijn die een reden vormen voor onderzoek. Deze onderzoeksindicaties zijn te vinden in de volgende hoofdstukken.

Gebruik van de uitslagen voor handhaving

De basisset kwaliteitsindicatoren is onderdeel van het risicotoezicht, gericht op het verminderen van schade door risico's in de patiëntenzorg. De basisset vormt hiermee een belangrijk instrument voor het handhaven van een minimale kwaliteit van zorg op de lange termijn.

Opvallende uitkomsten zijn indicaties voor aanvullend onderzoek, tenzij voorzien van een voldoende toelichting. Ook bijzonder goede zorg kan uitslagen opleveren die indiceren dat nader onderzoek nodig is. De IGZ wil niet te snel concluderen dat afwijkend slecht is, aangezien dit kan leiden tot het remmen van gewenste ontwikkelingen. Zelden wordt op basis van één opvallende uitslag direct ingegrepen.

De IGZ gebruikt de indicatoren als volgt in haar toezicht:

- De IGZ publiceert jaarlijks over de bevindingen en conclusies in ‘Het resultaat telt’.
- De IGZ bekijkt de voortgang op het behalen van landelijke normen en doelstellingen.
- Bij direct patiëntengevaar neemt de IGZ gelijk maatregelen, zo mogelijk al voor aanlevering van de definitieve uitslagen (in de periode tussen 15 april en 1 juni).
- Bij opvallende uitslagen op brede schaal voert de IGZ aanvullend onderzoek uit.
- Bij opvallende uitslagen of in een groep met een bekende norm verwacht de IGZ dat een ziekenhuis zelf verbeteracties onderneemt. Het onderwerp en de genomen acties komen later terug in (jaar)gesprekken.
- Aan de hand van de basisset en de gesprekken met ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen bevordert de IGZ de ontwikkeling van de veiligheid en de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

Algemene aandachtspunten bij de uitslagen

Namen van ziekenhuizen

De IGZ wil graag een transparant en openbaar gesprek kunnen voeren over de uitslagen van indicatoren, zonder dat dit leidt tot veroordeling van de instelling. Soms worden ziekenhuizen in deze uitgave bij naam genoemd. Er is hierover veel discussie geweest met vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en andere betrokkenen bij de basisset. De IGZ kiest ervoor om de namen van ziekenhuizen te noemen omdat:

- **Transparantie:** een doel van de indicatoren is het gesprek hierover te openen met specifieke ziekenhuizen. Voor een publieke toezichthouder is dit een publiek proces. De IGZ wil inzage bieden in de wijze waarop signalen gebruikt worden. Ziekenhuizen worden daarbij ook soms met naam genoemd, omdat lezers zo de gebruikte gegevens kunnen verifiëren. Het betreft hier in alle gevallen alleen gegevens die publiek en op naam beschikbaar zijn.
- **Naming:** een vuistregel van de IGZ is om namen van ziekenhuizen te noemen als vier of minder ziekenhuizen bij een bepaalde indicator opvallen, ongeacht positieve of negatieve uitslag. Het is dus nadrukkelijk geen veroordeling, wel vaak een indicatie voor een gesprek.
- **Beleid:** het is het algemene beleid van de IGZ om ziekenhuizen te benoemen in rapporten, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen.

Kwaliteit van gegevens

De IGZ vindt informatie van goede kwaliteit wanneer het gespreksindicaties oplevert voor ziekenhuizen of over specifieke zorgprocessen. Ook ontbrekende gegevens of bekend foutieve gegevens leveren een goede gespreksindicatie op, bijvoorbeeld over het beeld dat een raad van bestuur zelf heeft van de werkelijke situatie. De volgende uitgangspunten zijn belangrijk:

- Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en publicatie van haar gegevens. De IGZ waarschuwt al sinds 2009 niet meer wanneer gegevens waarschijnlijk onjuist zijn.

- De betrokken zorgverleners controleren de gegevens voor verzending. Veel indicatoren bevatten onderdelen waarvan de betrouwbaarheid van de data op zijn minst geschat kan worden. Sommige fouten zijn er door een vertegenwoordiger van een afdeling snel uit te halen.
- Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen als de gegevens geverifieerd kunnen worden. Sinds de basisset kwaliteitsindicatoren 2009 neemt de IGZ alleen nog indicatoren over (kwaliteits)registraties op als de houders ervan bereid zijn om de gegevens te controleren en afwijkingen op naam te melden.
- De IGZ vraagt indicatief documenten op ter verificatie, zoals operatieverslagen, verslagen van multidisciplinaire overleggen en van pathologisch onderzoek. Deze documenten geven waardevolle aanvullingen op de informatie uit de indicatoren en een belangrijke verdieping van het toezicht.
- Door het bijhouden van trends en het vergelijken van informatie uit verschillende indicatoren kan de IGZ de betrouwbaarheid van informatie beter beoordelen. Ook wordt de aangeleverde data vergeleken met andere data, bijvoorbeeld over het totaal aantal uitgevoerde ingrepen of de gepubliceerde incidentie van ziekten.

Opvallende resultaten in ‘Het resultaat telt 2012’

Er zijn opvallende resultaten die individuele indicatoren overstijgen:

- Spectaculaire toename in het aantal kwaliteitsregistraties en in de snelheid waarmee ze ingevoerd worden.
- Bijna volledige invoering *time-out* op operatiekamers.
- Internationale vergelijking van resultaten is mogelijk als het doel is om gebieden te vinden die belangrijk zijn voor ander onderzoek, maar conclusies over de plaats van Nederland in een internationale rangorde van kwaliteit van zorg blijkt onmogelijk.
- Perinatale audits zijn breed ingevoerd.
- Verdere verbetering van de snelheid van trombolysie niet meer mogelijk met de bestaande indicator, het doel is bereikt.
- Multidisciplinair overleg over de behandeling van kanker vrijwel volledig ingevoerd.
- Eén van de resultaten van verificatie: ziekenhuizen berekenen nog steeds zelf gegevens die zij direct uit rapporten over bestaande registraties kunnen halen.
- Veel kwaliteitselementen in definities van minimumnormen moeten scherper en meetbaarder gedefinieerd worden. Dit is aan alle betrokken wetenschappelijke verenigingen meegedeeld.

1 Operatief proces

U vindt de omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset van 2012, hoofdstuk 1.

Het uitvoeren van een operatie is een complex proces. Het omvat onder meer de indicatiestelling, de voorbereiding, het screenen op en beheersen van risico's, het uitvoeren van de ingreep en het herstel en de overdracht naar (meestal) de thuissituatie.

Bij kwetsbare ouderen is dit proces nog complexer. Bij de indicatiestelling moet bijvoorbeeld extra rekening worden gehouden met de draagkracht van de patiënt en de belasting van de ingreep. Meerdere aandoeningen (comorbiditeit) vragen om aanvullende inbreng van internist, cardioloog of longarts. En bij het ontslag moet meer rekening worden gehouden met de thuissituatie. Daar staat tegenover dat de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen een goede indicator kan zijn voor de kwaliteit van het proces voor alle patiënten. Twee onderwerpen zijn daarbij extra belangrijk: de coördinatie en de informatievoorziening.

In de volgende hoofdstukken komt meermalen aan de orde dat patiënten met een heupfractuur veel zorgproblemen hebben die elkaar beïnvloeden. Vroeger werd vaak alleen de fractuur behandeld en bleven de andere problemen buiten beeld. Gelukkig is er tegenwoordig steeds meer oog voor de samenhang tussen aandoeningen. Het is belangrijk dat dit bewustzijn nu omgezet wordt in een stevige coördinatie van de behandeling van deze aandoeningen. In de richtlijn voor de behandeling van een heupfractuur wordt al wel de preventie van decubitus en delirium besproken, maar nog niet wie de zorg rond deze groep patiënten moet coördineren. Uit overleg met de Nederlandse Orthopaedische Vereniging blijkt dat zij de noodzaak inzien van een goede coördinatie. In de basisset van 2014 zit een indicator die de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Geriatrie heeft voorgesteld om inzicht te krijgen in de rol van de coördinator bij kwetsbare ouderen.

Van deze ontwikkelingen in het operatief proces kan geleerd worden voor andere patiëntengroepen. Op dit moment zijn verschillende indicatoren in ontwikkeling die bij kunnen dragen aan een goede coördinatie bij complexe patiënten. Deze zijn of worden opgenomen in de basissets voor 2014 en verder.

Het coördineren van een operatief proces vraagt daarnaast om goede informatie. Een elektronisch patiëntendossier (EPD) is belangrijk om goede informatievoorziening te waarborgen. Dat belang neemt toe naarmate de zorg rondom een patiënt complexer wordt en het aantal zorgverleners toeneemt, zoals bij patiënten met een heupfractuur.

Regelmatig beschikt de raad van bestuur niet over voldoende informatie om gegevens voor de indicatoren te kunnen leveren. Dan is de vraag gerechtvaardigd of zij wel de juiste informatie krijgen om andere processen in hun ziekenhuis goed te kunnen besturen. Een tekort aan informatie heet in kwaliteitsjargon 'onbewust onbekwaam'. Het niet hebben van informatie is in ieder geval geen argument om handhaving uit te stellen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het operatief proces?

Het ziekenhuis geeft ten minste op drie van de volgende vragen bevestigend antwoord:

- 1 Het percentage patiënten met ASA hoger dan 2 dat binnen één kalenderdag behandeld is in verband met een heupfractuur relatief laag (voor 2012: minder dan 73,9%).
- 2 Het ziekenhuis heeft geen multidisciplinair overleg voor patiënten met borst-, blaas-, rectum- en/of longcarcinoom.
- 3 Het percentage patiënten waarbij een pijnscore op de verkoever is gemeten is relatief laag (voor 2012: bij minder dan 84,6% van de patiënten is de pijn gemeten).
- 4 Het percentage patiënten waarbij een pijnscore op de verpleegafdeling is gemeten is relatief laag (voor 2012: bij minder dan 72,3% van de patiënten is de pijn gemeten).
- 5 Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol, geen multidisciplinair deliriumprotocol specifiek voor de IC en/of geen 24-uurs beschikbaarheid van gespecialiseerd personeel voor het managen van delirium (consultatie, behandeling en deskundigheidsbevordering).
- 6 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen is relatief laag (voor 2012: minder dan 34,6%).
- 7 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over het percentage patiënten dat met instrumenten (de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM)) is geobserveerd op de aanwezigheid van delirium. Of het percentage patiënten dat is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2012: minder dan 32,9%).
- 8 Het ziekenhuis kan op één van de bovenstaande vragen geen antwoord geven door het ontbreken van informatie.
 - Hoe wordt de veiligheid van complexe patiënten die een operatie ondergaan gewaarborgd?
 - Wie heeft de coördinatie van dit beleid?
 - Wie is verantwoordelijk voor de begeleiding van de patiënten?
 - Hoe organiseert het ziekenhuis de screening?
 - Hoe ver is het ziekenhuis met het invoeren van de relevante VMS-modules?
 - Op welke wijze is de informatievoorziening voor de coördinator/hoofd-behandelaar gewaarborgd?

Het ziekenhuis gebruikt steekproeven voor het verzamelen van gegevens over pijn, ondervoeding en delirium

- Op welke wijze wordt het operatief proces ondersteund door ICT?
- Welke waarborgen zijn er voor een voldoende informatievoorziening?
- Is de overdracht van gegevens gewaarborgd?

Het ziekenhuis voldoet bij ten minste twee van de onderstaande ingrepen niet aan de minimumnormen:

- 1 Het aantal pancreasresecties is minder dan 20.
- 2 Het aantal electieve AAA-operaties is minder dan 20.

- 3 Het aantal cystectomieën van een spierinvasief blaascarcinoom is minder dan 10.
 - Voert het ziekenhuis deze ingrepen nog steeds uit?
 - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
 - Wat is het concentratiebeleid van andere maatschappen in het ziekenhuis voor verrichtingen met een hoog risico, zoals urologie, gynaecologie, interventie-cardiologie of -radiologie?
 - Welke zeldzame, hoog-risico-laag-volume behandelingen of ingrepen worden in dit ziekenhuis uitgevoerd?
 - Hoe komt de keuze tot stand?
 - Welke maatregelen worden uitgevoerd om voldoende ervaring te krijgen en te behouden?
 - Wat voor regionale afspraken heeft het ziekenhuis over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
 - Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met de regionale huisartsen en ambulancezorg?

1.1 Pijn na een operatie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 1.1.

Indicatoren

- Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten.
- Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Wat zijn de risico's

Goede pijnbestrijding speelt een belangrijke rol in het operatieve proces. Voor patiënten is pijnbestrijding belangrijk: het kan complicaties voorkomen en spoedig herstel en mobilisatie bevorderen. De bijwerkingen van de pijnbestrijding mogen het resultaat echter niet in de weg staan. Door te sterke medicatie (oversedatie) beleeft een patiënt op een verpleegafdeling dan weinig of geen pijn, maar kan ook niet gemobiliseerd worden met een grote kans op trombose als gevolg. Patiënten ervaren pijn verschillend en daarom is het voor de patiënt en hulpverlener moeilijk te beoordelen hoeveel pijn aanvaardbaar of normaal is. Pijnstilling en de keuze van medicamenten dienen te passen bij de individuele (vraag van de) patiënt en de ingreep.

De indicator geeft inzicht in de inrichting en de mate van continue registratie van het peroperatieve proces. En het belang dat een ziekenhuis hecht aan adequate pijnstilling voor elke patiënt. Het aantal patiënten dat is opgenomen in de steekproef voor de indicator laat zien hoe ver verpleegafdelingen zijn met de organisatie van hun pijnbeleid. De verhouding tussen het aantal gemeten patiënten op de verkoover- en op de verpleegafdeling geeft een indicatie over hoe patiënten worden bewaakt en gevolgd tijdens de route van de operatiekamer naar de verkoover- en naar de verpleegafdeling. De integratie met andere screenings – zoals ondervoeding en decubitus – geeft inzicht in de inrichting van de werkprocessen en de resultaten.

Tevens kan een goede registratie van pijnscores noodzakelijke informatie geven over de patiëntengroepen die extra aandacht nodig hebben bij hun pijnbestrijding. De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen binnen de inrichting van het zorgproces: van de aanwezigheid van de benodigde infrastructuur tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoge pijnscore. Het begint bij de beschikbaarheid van een adequate infrastructuur (fase 1), gevolgd door het daadwerkelijk uitvoeren van metingen bij patiënten op de verkoover- en verpleegafdelingen (fase 2). De derde fase richt zich op het inzichtelijk hebben van de uitkomsten voor sturing en verbetering. De vierde fase (nu nog geen vraag in de basisset) is het toepassen van de metingen voor adequate preventie van pijn. Deze verdeling in fasen wordt hieronder ook bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is in fase 2a: uitvoering meting, beperkte groep (verkoever)

Het ziekenhuis verzamelt de gegevens van verkoever- of verpleegafdeling door middel van een steekproef

- Hoe is de steekproef verdeeld over de afdelingen?
 - Zijn er waarborgen voor het meten van pijnscores bij alle afdelingen waar operatiepatiënten kunnen liggen?
- Hoe ver is het elektronisch patiëntendossier ontwikkeld in het ziekenhuis?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis het eigen pijnbeleid?

Het percentage patiënten waarbij een pijnscore is gemeten en vastgelegd op de verkoeverafdeling is relatief laag (voor 2012: bij minder dan 84,6% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de verkoever? Wat zijn de ontslagcriteria?
- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting? Op welke wijze organiseert de verkoever-/operatiekamer feedback of audits?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde processen op de verkoeverafdeling (ontslagcriteria, dubbelcheck bij medicatie, patiëntenidentificatie) uitgevoerd?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid op de verkoeverkamer?
- Zijn er calamiteiten gemeld naar aanleiding van pijnbestrijding (medicatiefouten, falende bewaking et cetera)?
- Vindt er zowel op de verpleegafdeling als op de verkoeverafdeling scholing over het gebruik van epidurale anesthesie (ruggenprik) plaats? Hoe wordt dit getoetst?
- Wanneer is de richtlijn voor het postoperatieve proces volledig ingevoerd?

Het percentage patiënten waarbij een pijnscore is gemeten en vastgelegd op de verkoeverafdeling is relatief hoog (voor 2012: bij 100% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Legt het ziekenhuis op de verkoeverafdeling de pijnscore elektronisch vast?
 - Zo nee:
 - Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
 - Op welke wijze organiseert de verkoever-/operatiekamer feedback of audits?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld kinderen of patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe gaat de afdeling om met patiënten waarbij de eerste pijnmetingen laag of nul waren?

Het ziekenhuis is in fase 2b: uitvoering meting, brede groep

Het percentage patiënten waarbij een pijnscore is gemeten en vastgelegd op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2012: minder dan 72,3% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de afdeling, inclusief criteria voor ontslag naar huis (welke pijnbestrijding is mogelijk, welke protocollen, wie is verantwoordelijk, scholing, etc.)?

- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting?
- Hoe is de verdeling van de percentages over de afdelingen?
- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van patiëntbewaking op de afdeling (pols, tensie, bloedcontrole, saturatiemeter, ademprequentie, neurologische functies bij epidurale pijnbestrijding)?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde processen op de verpleegafdeling (decubitus, delier, dubbelcheck bij medicatie) uitgevoerd?
- Op welke wijze organiseren het ziekenhuis of de verschillende afdelingen feedback en audits?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid?

Het percentage patiënten waarbij een pijnscore is gemeten en vastgelegd op de verpleegafdeling is relatief hoog (voor 2012: bij meer dan 98,3% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Leggen het ziekenhuis of de afdelingen de pijnscore elektronisch vast?
 - Zo nee:
 - Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
 - Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld kinderen of patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe gaat de afdeling om met patiënten waarbij de eerste pijnmetingen laag of nul waren?

Het percentage patiënten waarbij een pijnscore is gemeten en vastgelegd op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2012: verpleegafdeling minder dan 84,6%, verpleegafdeling minder dan 72,3%)

- Op welke wijze organiseren de anesthesiologen het pijnbeleid (inclusief preoperatief beleid)?
- Hoe zijn de afstemming en verantwoordelijkheden geregeld over het pijnbeleid tussen:
 - Anesthesiologen en snijdende specialisten.
 - Verkeerverpleegkundigen en afdelingsverpleegkundigen.
 - Acute pijnservice en verpleegafdelingen.

Het ziekenhuis is in fase 3: beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 (op een schaal van 1 tot 10) is relatief hoog (voor 2012: meer dan 11,5%)

- Wat is het pijnbeleid op de verpleegafdeling?
- Hoe functioneren de pijnteams/de acute pijnservice en hoe is hun bereikbaarheid?
- Welke middelen heeft een verpleegafdeling om pijn te bestrijden?
- Hoe is het beleid ter preventie van een delirium?
- Worden de pijnscores met pijnteam en verpleegafdelingen besproken?
- Hoe wordt het medicatiebeleid vastgelegd?

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is relatief laag (voor 2012: minder dan 2,6%)

- Op welke wijze worden pijnscores gemeten?
 - Hoe worden patiënten met veel pijn geïdentificeerd?
 - Hoe groot is het verschil in scores tussen de afdelingen?
 - Kan het ziekenhuis deze gegevens overleggen?
- Wordt de kwaliteit van de pijnmeting bewaakt?
- Hoe is het pijnbeleid georganiseerd?

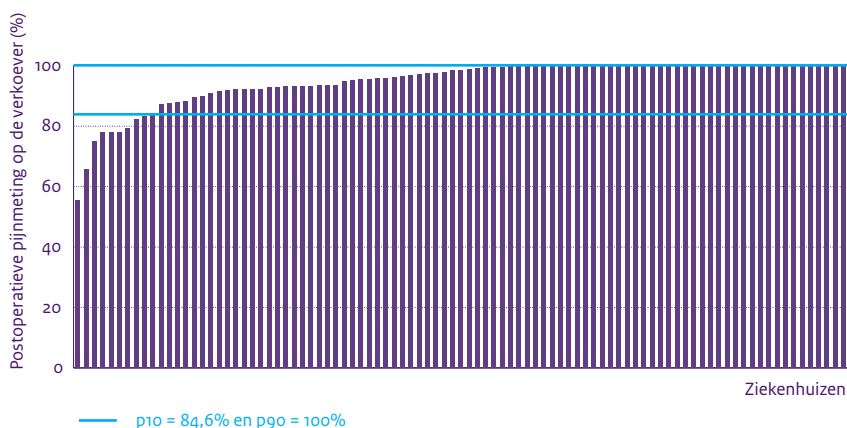
Resultaten

Op het Oogziekenhuis (Rotterdam), het Amphia Ziekenhuis (Breda) en het Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) na hadden alle ziekenhuizen cijfers aangeleverd over de pijnmetingen op de verkoeverafdeling. Cijfers over de pijnmetingen op de verpleegafdelingen konden alleen het Oogziekenhuis (Rotterdam) en het Amphia ziekenhuis (Breda) niet aanleveren. Verschillende ziekenhuizen gaven aan dat, conform protocol, het uitvoeren van een pijnmeting verplicht is en scoorden daarbij 100%. Het is onduidelijk of deze 100%-score louter gebaseerd is op het bestaan van dit protocol of dat deze gegevens daadwerkelijk gemeten zijn.

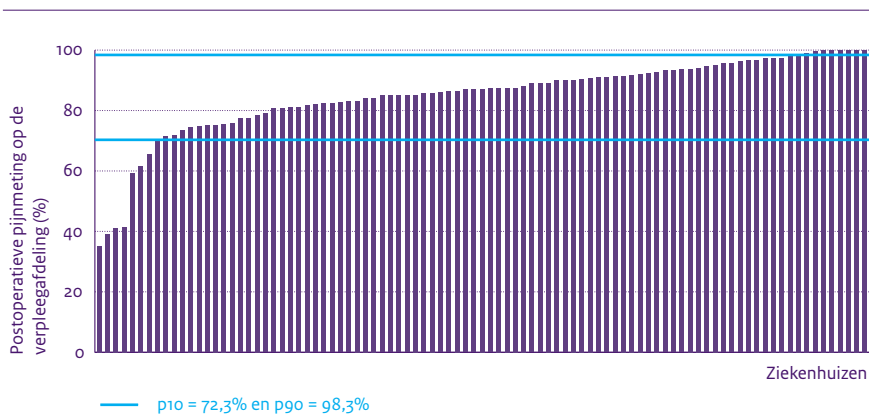
De percentages gestandaardiseerde pijnmetingen op de verkoeverafdeling en op de verpleegafdeling zijn ten opzichte van 2011 licht gestegen. Het percentage patiënten met een pijnscore hoger dan 7 binnen 72 uur na een operatie is nagenoeg gelijk gebleven.

Figuur 1.1.1

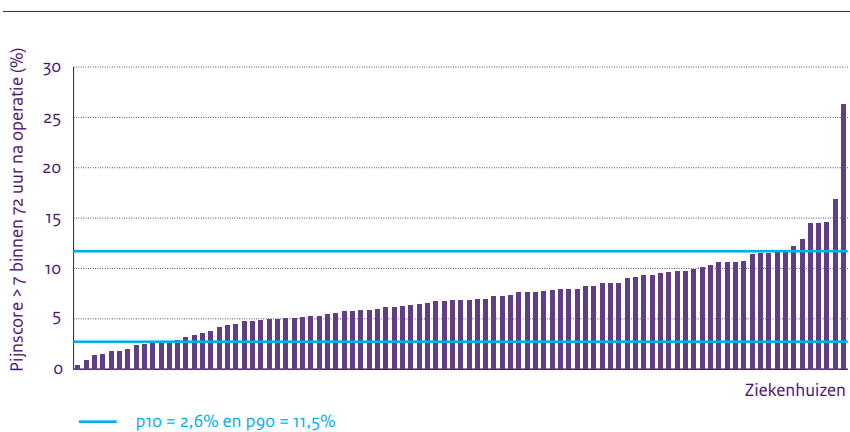
Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkoeverafdeling (n=93)



Figuur 1.1.2
Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling (n=94)



Figuur 1.1.3
Patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie (n=93)



Tabel 1.1.1

Kengetallen pijn na een operatie

Pijnmetingen	Gemiddeld (%) (min – max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% score	Geen antwoord
Verkoever: percentage geregistreeerde pijnmetingen	94,8 (55,3-100)	98,5	40	3
Verpleegafdeling: percentage geregistreeerde pijnmetingen	85 (35,1-100)	87,3	7	2
Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	7,2 (2,6-26,3)	6,8	-	3

Aandachtspunten bij het pijnbeleid na een operatie en de daarbij horende indicatoren

Pijn en internationale vergelijking

De indicatoren rond pijnbeleid houden rekening met het principe dat pijn persoonlijk is, maar ook met het feit dat een ziekenhuis het pijnbeleid systematisch kan organiseren. De hoeveelheid pijn als uitgangspunt leent zich dan ook slecht voor het vergelijken van uitkomsten. De indicatoren richten zich op de aandacht die gaat naar het opsporen van pijn. De definitie van pijn is niet onder een noemer te vangen. In het National Guideline Clearinghouse wordt in 151 richtlijnen aandacht besteed aan postoperatieve pijn^[3]. Omdat pijn een belangrijk symptoom is bij aandoeningen en behandelingen is er meestal een koppeling met een specifieke gebied (bijvoorbeeld heup- of rugproblemen) of groep aandoeningen (kanker van de dikke darm). Er is een grote variatie in doelstellingen van de richtlijnen: van het ondersteunen van het klinisch proces tot het bepalen van de ernst van de pijn om de belastbaarheid te bepalen. Dat maakt een directe vergelijking op basis van indicatoren die zijn gekoppeld aan richtlijnen complex. Om dat te kunnen doen, is een vergelijkbaar systeem noodzakelijk, inclusief vergelijkbare richtlijnen.

Pijnbestrijding bij bevallingen

Pijnbestrijding tijdens het bevallingsproces leent zich ervoor om de Nederlandse ontwikkelingen in een internationale context te plaatsen. In 2003 werd bij 10% van alle bevallingen epidurale pijnbestrijding toegepast^[4]. Dat is pijnbestrijding via een dun flexibel kunststofslangetje dat in de rug tussen de wervels ingebracht wordt. Deze Nederlandse gegevens zijn vergeleken met die van België waar 64% van de vrouwen epidurale anesthesie ontving^[5]. De data uit de Perinatale Registratie van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) laat zien dat de Nederlandse situatie op het eerste gezicht wel verbeterd is, maar dat gelijkwaardigheid met België nog ver weg is. Van alle vrouwen kreeg 16,1% in 2010 epiduraal anesthesie. Voor pijnstilling bij een bevalling zijn echter meerdere mogelijkheden beschikbaar, waarbij epiduraal anesthesie wel de beste mogelijkheid is. De alternatieve mogelijkheden zijn in Nederland breed ingevoerd, maar die laten zich slecht vergelijken met de Belgische data. Dat toont gelijk het probleem van een vergelijking. Tevens is niet duidelijk of in de 64% uit België (2003) bijvoorbeeld patiënten zijn opgenomen die een primaire sectio kregen. Spinaal en epidurale anesthesie waren in het artikel niet goed gescheiden. Het is duidelijk dat voor een evaluatie van het gebruik van epiduraal anesthesie het complete pijnbeleid vergelijkbaar moet zijn, inclusief alternatieven. Daarnaast geeft de richtlijn aan dat een goede begeleiding de behoefte aan pijnbestrijding sterk kan verminderen. Hoewel een vergelijking wel mogelijk is zonder deze gegevens, is een kwalitatief oordeel op basis van die vergelijking moeilijk te geven.

[3] www.guideline.gov.

[4] Gegevens jaarboek PRN.

[5] Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2003, VZW Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

1.2 Heupfractuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 1.2 en 1.3.

Indicatoren

- Percentage heupfractuur geopereerd binnen kalenderdag.
- Heroperaties bij een heupfractuur.

Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt met de indicator 'Percentage heupfractuur geopereerd binnen kalenderdag' naar de organisatie van de spoedeisende hulp in een ziekenhuis. Andere indicatoren voor de spoedeisende hulp zijn: de snelheid van trombolysie, antibioticatoediening en MDL-scopie. Het verschil tussen deze indicatoren is de tijdfactor: trombolysie en antibioticatoediening vinden binnen enkele uren plaats, de heupfractuur en MDL-scopie bestrijken tientallen uren. Orthopeden en (trauma)chirurgen (een subspecialisme van de algemene heelkunde) voeren de ingreep uit.

Daarnaast besteedt de IGZ aandacht aan heupfracturen, omdat deze vaak voorkomen bij kwetsbare, oudere patiënten, die vaak meerdere problemen tegelijk hebben en waarbij de revalidatie vaak moeizaam verloopt. Zorgverleners wijzen oudere patiënten met een heupfractuur dan ook aan als dé groep patiënten met de meeste schade door inadequate zorg en incidenten tijdens het zorgproces^[6]. Daarbij is dit zorgproces ook nog eens (zeer) complex. Het behandelen van een heupfractuur vereist samenwerking tussen veel verschillende disciplines, zoals de spoedeisende hulp, radiologie, chirurgie/orthopedie, geriatrie, anesthesiologie, de operatieafdeling en soms de intensive care afdeling. Om het risico van complicaties te verminderen, is naast aandacht voor de fractuur ook aandacht nodig voor de eventuele comorbiditeit van de patiënt. Het is belangrijk dat één zorgverlener de regie voert over deze complexe serie van interventies van verschillende specialismen en ziekenhuisafdelingen^[7].

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen een kalenderdag is geopereerd is relatief laag (voor 2012: ASA 1-2: minder dan 86,7%, ASA hoger dan 2: minder dan 73,9%, ASA onbekend: 0%)

- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
- Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?

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

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

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis zelf gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces? En wat was daarvan het resultaat?
- Welke andere groepen ingrepen en patiëntenproblemen zijn in het onderzoek betrokken?
- Heeft het ziekenhuis zich vergeleken met andere ziekenhuizen?

Het percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen een kalenderdag is geopereerd is relatief hoog (voor 2012: ASA 1-2: meer dan 98,9%, ASA hoger dan 2: meer dan 96,8%, ASA onbekend: 100%)

- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek voor patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
- Hoe ver is het ziekenhuis met de invoering van de richtlijn operatief proces voor spoedpatiënten?
- Wat zijn de redenen in het ziekenhuis om een ingreep uit te stellen?

Het percentage patiënten met een heupfractuur met ASA 1-2 dat binnen een kalenderdag is geopereerd is lager of gelijk aan het percentage patiënten met ASA hoger dan 2

- Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op een operatie van spoedeisende patiënten met complexe aandoeningen?

Het percentage patiënten met een heupfractuur waarbij de ASA-classificatie onbekend is, is relatief hoog (voor 2012: meer dan 22,2%)

- Welk deel van deze groep bestaat uit conservatief behandelde patiënten (patiënten die behandeld worden zonder operatieve ingreep)?
- Indien alle patiënten operatief zijn behandeld:
 - Hoe waarborgt het ziekenhuis de communicatie van preoperatieve gegevens?
 - Hoe ver is het elektronisch patiëntendossier ontwikkeld in het ziekenhuis?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief hoog of gemiddeld over 3 jaar relatief hoog (na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2012: meer dan 4,6%, over 3 jaar: meer dan 5,6%, na een endoprothese van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2012: meer dan 6,5%, over 3 jaar: meer dan 6,3%, na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) voor 2012: meer dan 5,0%, over 3 jaar: meer dan 4,8%)

- Wat was in 2012 de ziekenhuismortaliteit (tijdens de opname) na een heupfractuur?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling voor operaties?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?
 - Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met het tijdstip van de ingreep?
 - Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met de operateur (orthooped, chirurg, traumatoloog, assistent)?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding, decubitus)?

- Worden de ingrepen door meerdere vakgroepen uitgevoerd?
 - Zo ja:
 - Worden (verschillen in) technieken en resultaten tussen de vakgroepen besproken?
 - Wordt de traumatologie in het ziekenhuis door een geïntegreerde groep van specialisten bestaande uit chirurgen en orthopeden uitgevoerd?
 - Hebben alle uitvoerende specialismen ook inzage in de complete complicatieregistratie?
 - Gebruiken alle uitvoerende specialismen gestandaardiseerde ziektespecifieke protocollen?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief laag of gemiddeld over 3 jaar relatief laag (voor 2012 en over 3 jaar: 0%)

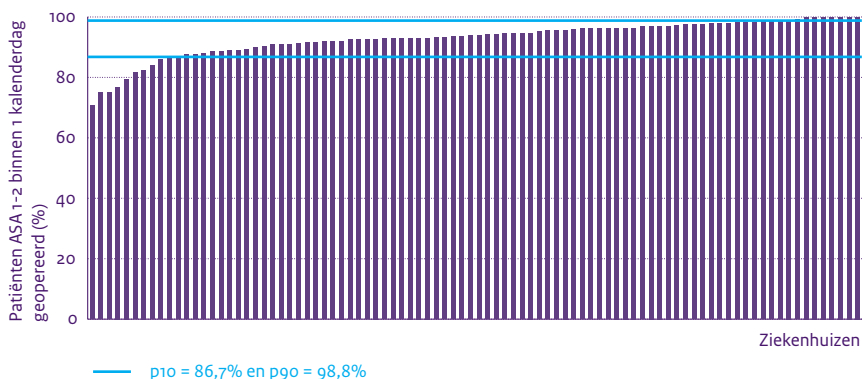
- Hoe spoort het ziekenhuis heroperaties op?
- Worden data verzameld van alle vakgroepen die deze ingreep uitvoeren?
- Welk coderingssysteem hebben de vakgroepen voor de registratie van operatietechnieken?
- Welke analyse voerde het ziekenhuis uit en wat zijn de conclusies?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding, decubitus)?

Resultaten

Het percentage patiënten dat binnen een kalenderdag is geopereerd, steeg in 2012 licht ten opzichte van 2011. Dit geldt zowel voor ASA 1-2 als voor ASA hoger dan 2. Het percentage patiënten met een onbekende ASA-classificatie liet een daling zien van 12,3% in 2011 naar 7,7% in 2012. Het Medisch Centrum Alkmaar (Alkmaar) en het Amphia Ziekenhuis (Breda) konden over 2012 geen gegevens over de ASA-classificatie van hun patiënten aanleveren. Het Medisch Centrum Alkmaar kon deze gegevens gedurende de laatste drie jaar niet aanleveren en voor het Amphia Ziekenhuis ontbraken deze gegevens voor het tweede jaar.

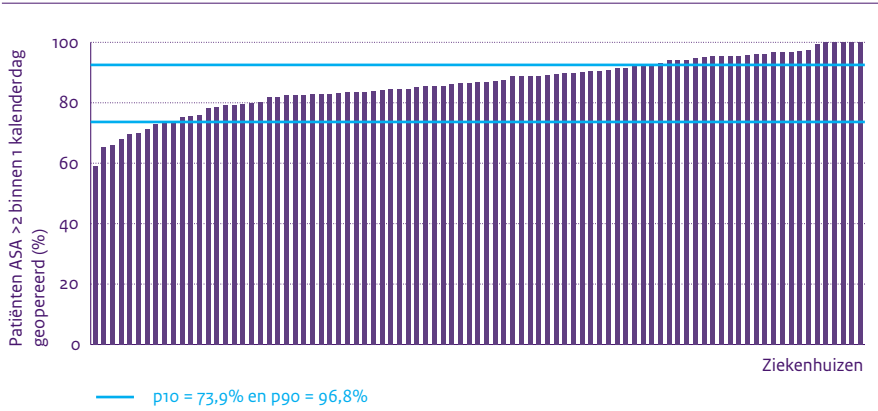
Figuur 1.2.1

Percentage patiënten ASA 1-2 met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd (n=90)



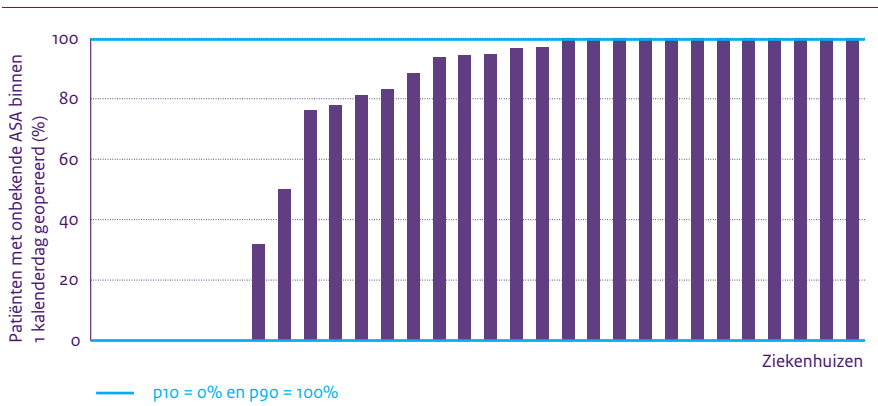
Figuur 1.2.2

Percentage patiënten ASA hoger dan 2 met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd (n=89)



Figuur 1.2.3

Percentage patiënten ASA onbekend met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd (n=30)



Tabel 1.2.1

Heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd

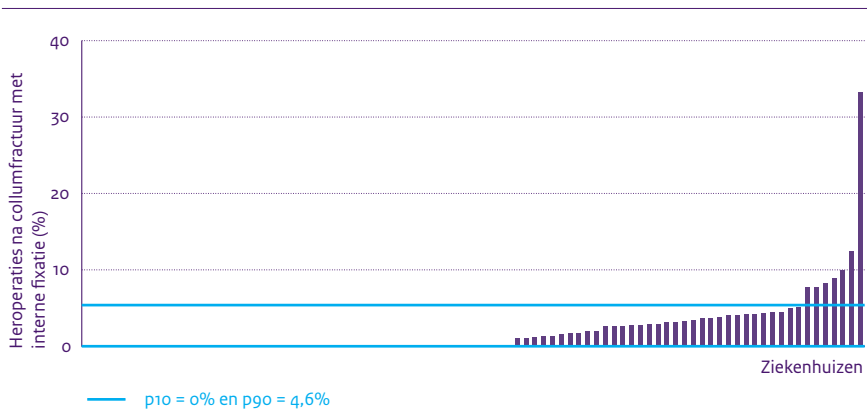
Heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% score	Geen antwoord (n)
Percentage patiënten ASA 1-2	92,9 (70,7-100)	93,8	7	3
Percentage patiënten ASA >2	86,4 (59,1-100)	87	5	4
Percentage patiënten ASA onbekend	7,7 (0-100)	0	2	1

Het aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) is in 2012 met 1,5 procentpunt gedaald ten opzichte van 2011 naar 2,1%. Het aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met endoprothese is in 2012 met 0,7 procentpunt licht gedaald ten opzichte van 2011 naar 2,1%.

Het aantal heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) is juist licht gestegen met 0,3 procentpunt tot 1,9%.

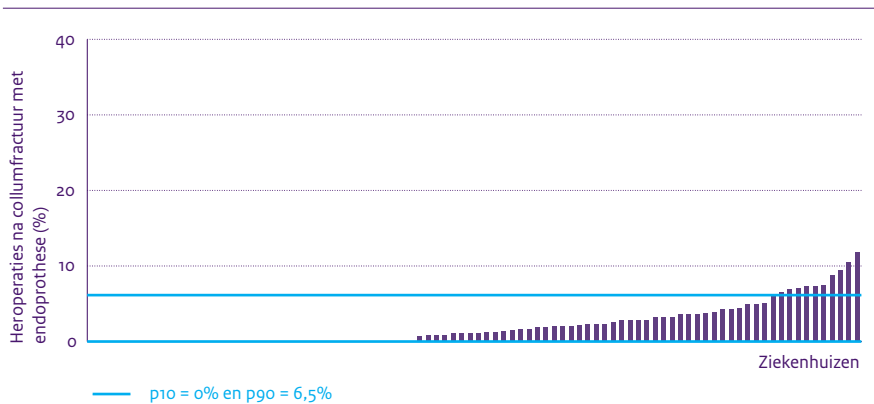
Figuur 1.2.4

Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) (n=89)



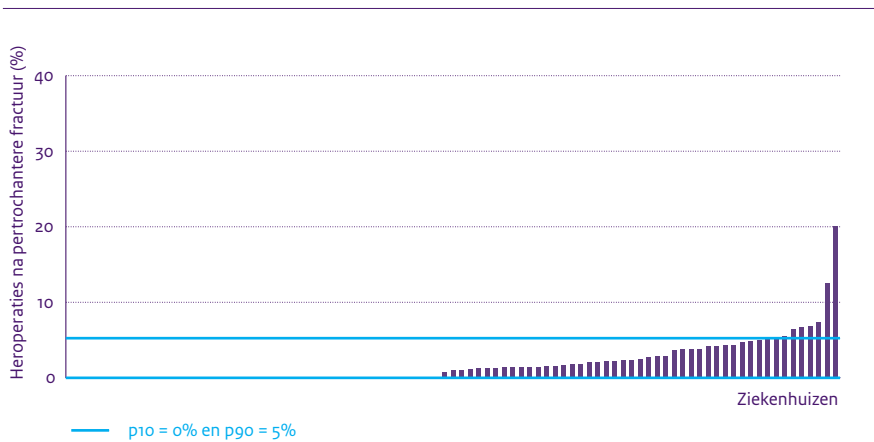
Figuur 1.2.5

Percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) met een endoprothese (n=92)



Figuur 1.2.6

Percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur (n=91)



Tabel 1.2.2

Percentage heroperaties

Percentage heroperaties	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 0% (n)	Geen antwoord (n)
Na interne fixatie van een collum femoris fractuur	2,1 (0-33,3)	0	49	4
Na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese	2,1 (0-11,9)	1,1	39	1
Na interne fixatie van een pertrochantere fractuur	1,9 (0-20)	1	44	2
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een collum femoris fractuur over laatste 3 jaar	3 (0-20)	2,7	19	1
Gemiddeld percentage na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese over laatste 3 jaar	2,7 (0-11)	1,9	18	0
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een pertrochantere fractuur over laatste 3 jaar	2 (0-6,8)	1,3	20	0

Aandachtspunten voor de zorg bij een heupfractuur en de daarbij horende indicatoren

Internationaal perspectief

Heupfracturen komen in West-Europa relatief veel voor. Dit heeft te maken met de toenemende vergrijzing, die vaak gepaard gaat met botontkalking, en langere levensverwachting. De heupfractuur is een geschikt voorbeeld om in internationaal perspectief te bezien. Nuttige buitenlandse bronnen voor data zijn onder meer de National Hip Fracture Database en de guideline van de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) uit het Verenigd Koninkrijk^[8]. In de inleiding van de NICE-richtlijn staat dat de sterfte na één maand 10% is en dat een derde van de patiënten binnen één jaar is overleden. In de NICE-richtlijn worden in gerapporteerde interventiestudies (pag. 150) specifieke mortaliteitscijfers gegeven voor controlegroepen. Deze variëren van 20 tot 21% voor de sterfte na één jaar en 17% voor de sterfte na zes maanden. De Nederlandse situatie is ongeveer vergelijkbaar. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid stelt op basis van de richtlijn orthopedie dat 25% van de patiënten na een jaar overleden is^[9]. Dit gegeven is gebaseerd op Canadese en Finse verwijzingen. De Landelijke Trauma Registratie heeft wel data over het aantal patiënten dat binnen één jaar overlijdt in Nederland, maar deze zijn nog niet openbaar. Het maakt duidelijk dat bij (internationale)vergelijkingen het essentieel is terug te gaan naar de bron van de data. Omdat veel medische literatuur ervan uitgaat dat nationale factoren niet relevant zijn, worden internationale bronnen regelmatig gebruikt om een Nederlandse risico te omschrijven.

Heroperaties over drie jaar

Bij relatief zeldzame complicaties is het lastig om de frequentie te beoordelen. Toeval speelt dan een grote rol. Dat komt onder andere tot uiting in een grote betrouwbaarheidsinterval. Eén van de oplossingen daarvoor is de resultaten over een langere periode te bekijken. De indicator heroperaties bij heupfractuur bestaat nu lang genoeg om dat te doen.

Verhouding tussen de types fixatie

De indicator vraagt naar het uitvoeren van een heroperatie bij twee verschillende manieren van reconstructie van de heupkop. Er zijn duidelijke verschillen in risico tussen de verschillende behandelingen van een heupfractuur. De richtlijn^[10] zegt daarover: *‘Men dient zich te vergewissen dat zowel EP [endoprothese] vervanging als IF [interne fixatie] beide kunnen worden toegepast bij de operatieve behandeling van een mediale collumfractuur. EP vervanging vermindert de kans op revisie, ten koste van meer peri- en postoperatieve morbiditeit en mogelijk hogere vroege mortaliteit.’*

Er is een opvallend verschil in keuzes die de verschillende ziekenhuizen maken. Er zijn drie ziekenhuizen, Havenziekenhuis (Rotterdam), Röpcke-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg) en het UMC Utrecht, die in 2012 geen enkele keer een interne fixatie hebben gebruikt. Aan de andere kant van het spectrum staan Tjongerschans (Heerenveen) en het Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) waar 73% van de patiënten met een mediale collumfractuur met

[8] www.nhfd.co.uk & www.nice.org.uk
[9] www.nationaalkompas.nl

[10] Richtlijn Behandeling van de proximale femurfractuur bij de oudere mens. NVvH en NOV, 2007.

interne fixatie is behandeld. De indicatoren leggen vaak deze vorm van praktijkvariatie bloot. De omschrijving van de normen in de richtlijn is niet specifiek genoeg om voor toezicht te gebruiken. Rijst de vraag of beide behandelingen voor een mediale collumfractuur geschikt zijn, als één van de twee zelden of nooit wordt toegepast.

1.3 Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer (peroperatief)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 1.3.

Indicatoren

- Complicatie achterkapselruptuur.

Wat zijn de risico's

Cataractoperaties (grijze of grauwe staaroperaties) zijn de meest voorkomende operaties in Nederlandse ziekenhuizen. Verreweg de grootste groep patiënten die deze ingreep ondergaat, zijn ouderen. Hoewel het risico per ingreep klein is, maakt het grote aantal operaties het toch een belangrijk onderwerp voor toezicht. Een achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer is een belangrijke complicatie bij het verwijderen van de troebel geworden ooglenzen tijdens een cataractoperatie.

Complicaties kunnen zich altijd voordoen. Een kenmerk van verantwoorde zorg is dat deze doeltreffend is. Dit kan alleen beoordeeld worden als er zicht is op de uitkomsten van de geleverde zorg. Bij die uitkomsten horen ook complicaties. Een goede complicatieregistratie is daarom onmisbaar voor het leveren van verantwoorde zorg. Door ongewenste uitkomsten van zorg bij te houden, kan een ziekenhuis patronen herkennen die het anders over het hoofd ziet. Het bespreken van de resultaten kan aanknopingspunten opleveren om de zorg te verbeteren. De inspectie besteedt zowel aandacht aan ziekenhuizen met veel als met weinig complicaties. Zeker bij een indicator die afhankelijk is van de eigen rapportage, is onderrapportage een groter probleem dan veel complicaties. Het ziekenhuis dat openlijk aangeeft vaker dan gemiddeld complicaties te hebben, is in ieder geval bereid dat zichtbaar te maken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage voorsegmentvitrectomieën met indicatie herstel van een complicatie van een cataractoperatie is laag (<0,3%; de afkapwaarde is gebaseerd op de registratie van het NOG).

- Hoe is de deelname aan de NOG-registratie?
- Welke informatie heeft u ingestuurd naar het NOG? Hebt u zich er van vergewist dat dit dezelfde gegevens zijn?
- Het gemiddelde in de NOG-registratie zit tussen de 0,5-1%. Weet u waarom u hieronder zit?
- Heeft u deze informatie besproken met de raad van bestuur?

Het percentage voorsegmentvitrectomieën met indicatie herstel van een complicatie van een cataractoperatie is hoog (>1,2%; de afkapwaarde is gebaseerd op de registratie van het NOG).

- Het gemiddelde in de NOG-registratie zit tussen de 0,5-1%. Weet u waarom u hierboven zit?
- In hoeverre is de oogarts betrokken bij het aanleveren van deze informatie?

- Hoe is de deelname aan de NOG-registratie?
- Welke informatie heeft u ingestuurd naar het NOG? Hebt u zich er van vergewist dat dit dezelfde gegevens zijn?
- Is deze informatie besproken met de raad van bestuur?
- Hebben zich de afgelopen drie jaar ernstige complicaties voorgedaan met blijvend (eenzijdig) visusverlies (verslechterd gezichtsvermogen)?

Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage voorsegmentsvitrectomieën met indicatie herstel van een complicatie van een cataractoperatie te kunnen berekenen.

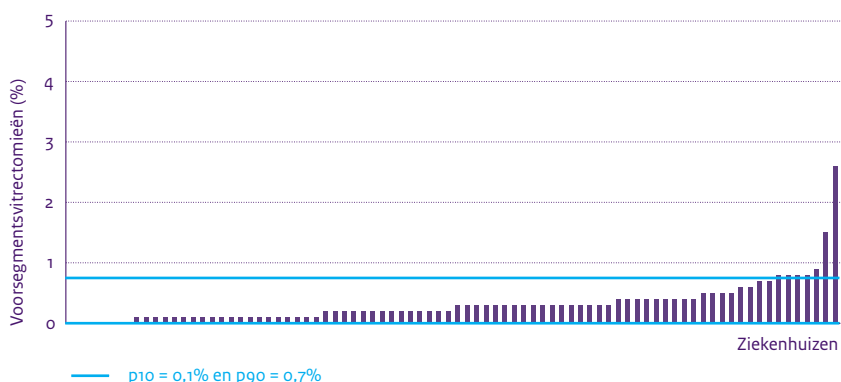
- Welk beleid heeft het ziekenhuis voor de registratie van complicaties?
- Welk beleid voert de medische staf?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met vakgroepen die complicaties niet registreren?
- Worden er door het ziekenhuis minimale eisen gesteld aan de kwaliteit van de registraties?
- Hoe wordt de kwaliteit van de cataractoperaties bewaakt?
- Hebben zich de afgelopen drie jaar ernstige complicaties voorgedaan met blijvend (eenzijdig) visusverlies (verslechterd gezichtsvermogen)?

Resultaten

Deze indicator werd over 2012 facultatief uitgevraagd. Een aantal ziekenhuizen heeft geen gegevens aangeleverd, omdat zij van mening zijn dat deze indicator te onbetrouwbaar is om als maat voor de kwaliteit van zorg te dienen. Opvallend is dat 41 ziekenhuizen lager scoren dan de afknapwaarde van 0,3% die het NOG hanteert.

Figuur 1.3.1

Percentage complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer



Tabel 1.3.1

Percentage complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer

	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 0% (n)	Geen antwoord (n)
Percentage complicatie Achterkapselruptuur	0,3 (0-2,6)	0,3	7	5

Aandachtspunten voor de zorg bij een achterkapselruptuur en de daarbij horende indicator

Publieke informatie en effecten van indicatoren

Eén van de problemen bij het ontwikkelen van een goede indicator is dat het gaat om een combinatie van inhoud en kennis van het gedrag van mensen die publiekelijk informatie moeten laten zien. Dat gedrag kan verschillende vormen aannemen. Een positief effect is dat het snel uitvoeren van de gevraagde acties kan samengaan met het openbaren van de informatie. Het valt op dat de deelname aan een kwaliteitsregistratie ineens met 90% toeneemt in het jaar dat die deelname onderdeel uitmaakt van de basisset kwaliteits-indicatoren. Al valt de causaliteit niet te bewijzen. Een voorbeeld daarvan is de indicator voor de registratie van Transfusiereacties in Patiënten (TRIP) in 2003.

Er is ook een – moeilijk te bewijzen – negatief effect. Namelijk dat complicaties en andere ongewenste gebeurtenissen die alleen vrijwillig gemeld kunnen worden, niet altijd worden gemeld. Is dat wel het geval, dan gebeurt dat vaker door ziekenhuizen die actief betrokken zijn bij de ontwikkeling van de indicator. Daar werken professionals die vinden dat ze gebaat zijn bij goede publieke gegevens over de indicator. De indicator over achterkapselrupturen is ontwikkeld met hulp van de afdeling oogheelkunde van het VUmc (Amsterdam). Het VUmc heeft één van de hoogste percentages vitrectomieën. Het is te verwachten dat cataractoperaties uitgevoerd in een academisch ziekenhuis de moeilijkere ingrepen betreffen, maar het verschil in complicaties met veel andere ziekenhuizen is wel erg groot. Het AMC (Amsterdam), dat relatief de meeste achterkapselrupturen heeft, meldt dat het specifiek statusonderzoek heeft gedaan om de data te achterhalen. Veel complicaties kunnen dus ook een indicator zijn van transparantie en een goede dossiervoering, zeker als externe controle onmogelijk is. De problemen voor een toezichthouder bevinden zich dus wellicht aan de andere kant van de verdeling. Zijn de ziekenhuizen met weinig tot geen complicaties wel transparant geweest en kloppen deze data? Het is met landelijk ruim 150.000 cataractingrepen per jaar^[1] lastig te achterhalen of het klopt dat zeven ziekenhuizen in 2012 geen enkele hersteloperatie uitvoerden.

Het ontwikkelproces van de indicator

Het bleek met deze indicator erg lastig de kwaliteit van zorg te beoordelen. De indicator is dan ook vervangen in de basisset van 2013. Het is een voorbeeld van de totstandkoming van de basisset. In de dialoog tussen toezichthouder en de wetenschappelijke verenigingen komen veel mogelijke indicatoren aan bod. Veel van deze indicatoren overleven de discussie niet, omdat zij bijvoorbeeld niet geschikt zijn voor gebruik door een toezichthouder. De meeste, geschikte indicatoren zijn al eerder gebruikt, bijvoorbeeld in wetenschappelijk onderzoek of als interne indicator. Het toepassen van een indicator in een publieke omgeving stelt weer andere eisen aan de indicator dan het gebruik in de besloten omgeving van een afdeling of een onderzoek. Soms is een praktijktest noodzakelijk. In dit geval is het

[1] Keunen J.E.E, Verezen C.A., et al. Toename in de vraag naar oogzorg in Nederland 2010-2020. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2011;155:A3461.

resultaat van de test dat indicatoren die afhankelijk zijn van een eigen rapportage van zeldzame complicaties bij grote aantallen patiënten, een kleine kans van slagen hebben.

1.4 Stopmoment IV: Time-out

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 1.4.

Indicatoren

- Time-out.

Wat zijn de risico's

In het operatief proces verlenen veel beroepsoefenaars in korte tijd hoogwaardige, complexe zorg. Uit de literatuur blijkt dat hier relatief veel adverse events (ongewenste gebeurtenissen) en calamiteiten optreden met schade en/of overlijden tot gevolg. Sinds 2006 doet de IGZ onderzoek naar het operatieve proces: Toezicht Operatief Proces (TOP). Door het onderzoek zijn de voorwaarden voor verantwoorde zorg in het operatieve proces verbeterd. De richtlijnen voor Het Preoperatieve Traject (NVA, NVvH, CBO, december 2009) en Het Peroperatieve Traject (NVA, NVvH, oktober 2011) geven een procesbeschrijving van het traject vanaf verwijzing van de patiënt naar het ziekenhuis tot en met de procedure direct voorafgaand aan de operatie. In de richtlijnen staan vijf cruciale stopmomenten beschreven waarbij alle informatie aanwezig en kloppend moet zijn, voordat de patiënt de volgende stap in het proces kan doorlopen.

Deze indicator vraagt naar het vierde stopmoment. Een laag percentage patiënten waarbij dit stopmoment is uitgevoerd, kan wijzen op onvoldoende samenwerking tussen het chirurgische en anesthesiologische team en het ontbreken van standaardisatie in handelen en overdracht. Daarnaast kan het niet volgen van de richtlijnen ook duiden op onvoldoende hygiënisch gedrag en onvoldoende maatregelen voor infectiepreventie.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage juist uitgevoerde stop-momenten IV is relatief laag (voor 2012: minder dan 84,7%)

- Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject. Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er aan audit beschikbaar?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject?

Het percentage juist uitgevoerde stop-momenten IV is relatief hoog (voor 2012: 100%)

- Heeft u onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het invullen?
- Registreert u de time-out procedure in het EPD?
- Wie is er verantwoordelijk voor het invullen van het juist uitvoeren van dit stop-moment?
- Zijn er maatschappen die dit niet of veel minder invullen?
- Hoe vaak is er daadwerkelijk gestopt naar aanleiding van een stop-moment?

- Wordt het juist uitvoeren van de andere stop-momenten binnen het operatief proces ook gecontroleerd?
- Zijn er het afgelopen jaar incidenten of calamiteiten bekend waarbij na de time-out toch niet de juiste materialen aanwezig waren, een verwisseling is opgetreden, een allergie is genegeerd, antibiotica niet is gegeven etc.?
- Worden audits uitgevoerd op het juist uitvoeren van de stop-momenten? Hoe vaak in het afgelopen jaar?

Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage juist uitgevoerde stop-momenten IV te kunnen berekenen.

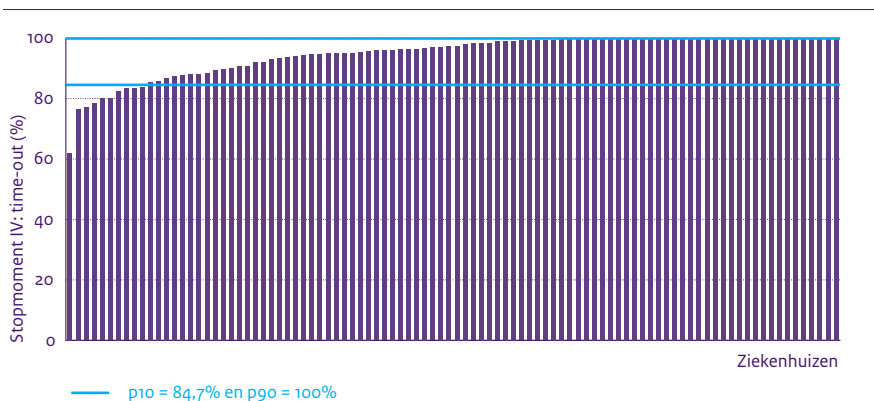
- Hoe wordt de kwaliteit van het operatief proces bewaakt?
- Kan het ziekenhuis aantonen dat het aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject voldoet?
- Hebben zich het afgelopen jaar ernstige complicaties of calamiteiten voorgedaan binnen het operatief proces?

Resultaten

Deze indicator is in de basisset van 2012 voor het eerst uitgevraagd. Van de 96 ziekenhuizen gaven 11 ziekenhuizen aan dat de aangeleverde cijfers gebaseerd waren op een steekproef, waarvan de resultaten waren geëxtrapoleerd naar het totale aantal uitgevoerde operaties. Aangezien de inclusiecriteria niet altijd duidelijk zijn, kan niet worden beoordeeld of de genomen steekproeven representatief zijn. Een derde van de ziekenhuizen gaf aan stop-moment IV altijd uitgevoerd en vastgelegd te hebben.

Figuur 1.4.1

Percentage uitgevoerde en vastgelegde stop-momenten IV (n = 96)



Tabel 1.4.1

	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Geen antwoord (n)
Percentage uitgevoerde en vastgelegde stop-momenten IV	94,8 (62,1-100)	97,4	32	0

Aandachtspunten voor de time-out en de daarbij horende indicator

Procesindicatoren als hulpmiddel bij het invoeren van een richtlijn

Over de relatie tussen richtlijnen en indicatoren is veel gezegd. Er is een groep die stelt dat indicatoren alleen zin hebben als er een bijbehorende richtlijn is. De praktijk van de basisset laat zien dat de koppeling tussen de twee vruchtbaar kan zijn. De toegenomen toepassing van trombolysen (zie hoofdstuk 6.3 toont dat het gebruiken van een indicator de toepassing van de richtlijn kan vergroten^[12]). Het gebruik van minimumnormen is een mooi voorbeeld waarbij norm en indicator zeer nauw met elkaar verweven zijn. Tegelijk zijn er diverse voorbeelden van succesvolle indicatoren zonder richtlijn (deelname aan de DSCA bijvoorbeeld). Een voorbeeld van een succesvolle richtlijn zonder indicatoren is moeilijker te vinden, omdat het nu eenmaal moeilijk is succes aan te tonen zonder het zichtbaar te maken. De richtlijnen rond het operatief proces laten mooi zien hoe de interactie tussen het toezichtproces, richtlijn en indicator werkt. De noodzaak van een richtlijn als ‘Het preoperatieve traject’ is (mede) ingegeven door het thematisch toezichtproject Toezicht Operatief Proces (TOP). Elementen (zoals de time-out) waren eerder ontwikkeld door het Oogziekenhuis (Rotterdam) voor de kwaliteitsbewaking van het operatief proces bij oogoperaties en door het AMC (Amsterdam) voor de systematisering van het operatief proces (SURPASS). Deze initiatiefnemers zijn zeker niet de eersten maar tot dusverre wel het meest succesvol. De initiatieven werden ondersteund en gestimuleerd door regelmatige toezichtprojecten. Bij het maken van de richtlijn zijn verschillende indicatoren ontwikkeld die ook in de richtlijn staan. Twee daarvan zijn inmiddels opgenomen in de basisset: time-out (met ingang van 2012) en antibioticum-profylaxe (vanaf 2014). SURPASS heeft inmiddels laten zien dat een goede invoering van de methode leidt tot een sterke reductie van het aantal sterfgevallen tijdens de ingreep. Met behulp van de indicator kunnen ziekenhuizen zien waar zij staan en kan de inspectie aandacht besteden aan de ziekenhuizen met opvallende uitkomsten. Dit is een mooi voorbeeld van hoe kwaliteitsbeleid, richtlijn, toezicht, de inzet van wetenschappelijke verenigingen en indicatoren elkaar kunnen versterken.

Time-out in internationaal perspectief

De time-out (in de Nederlandse terminologie Stopmoment IV) is opgenomen in de handreiking van de World Health Organization (WHO) voor patiëntveiligheid. Veel van de aandacht in internationale publicaties gaat over de vorm en de focus van de time-out. Op welke wijze kan links-rechtsverwisseling het best worden voorkomen? Het is niet eenvoudig data te vinden over de nationale implementatie van een time-out procedure. Daarnaast speelt het gegeven mee dat er meerdere momenten zijn waarop de time-out kan worden uitgevoerd, waaronder een time-out na de operatie om na te gaan of er materialen zijn achtergebleven.

In de Nederlandse systematiek gaat het dan meestal om een sign-out. Er zijn dus onvoldoende gegevens om te beoordelen of het gemiddelde van 94,8% uitgevoerde

[12] Het resultaat telt 2010, pag 134.

en vastgelegde stop-momenten IV internationaal gezien veel is^[13]. Wel is het opvallend dat met dit hoge percentage de richtlijn zo goed gevolgd lijkt te worden. Een publicatie uit 1994 geeft aan dat gemiddelde naleving van aanbevelingen uit richtlijnen 58% is. De naleving bij complexere richtlijnen zoals de ‘Surviving Sepsis Campaign’ lag tussen de 10 en 30%^[14].

[13] Grilli, R., Lomas J., Evaluating the Message: The relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis. 1994.

[14] Levy M.M., Dellinger R.P., Townsend S.R. The surviving sepsis campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. Intensive Care Med. 2010;13:222–231.

2 Verpleegkundige zorg

U vindt de omschrijving van de verpleegkundige zorg en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset van 2012 in hoofdstuk 3, en postoperatieve pijn in hoofdstuk 1.

De verpleegkundige zorg voor (oudere) patiënten omvat allerlei zaken die onderling van elkaar afhankelijk zijn. Dit geldt ook voor de onderwerpen in deze set, bijvoorbeeld het screenen op het risico op een delirium. Deze ernstige verwardheid komt vaak voor in combinatie met een heupfractuur. Maar ook de pijnstilling na een operatie kan de kans op delier vergroten. De pijn waarvoor de medicatie gegeven wordt, vergroot de kans overigens nog meer. Verder zijn patiënten met een heupfractuur vaak ondervoed. Die ondervoeding vergroot weer de kans op een delirium en decubitus. En zowel een heupfractuur als een delier vergroten de kans op doorligwonden. Die decubitus zorgt voor meer infectiegevaar, op zichzelf weer leidend tot ondervoeding en een grotere kans op delier. Met delier neemt de kans op vallen en daarmee een heupfractuur weer toe. Veel van de medicatie die gegeven wordt om tussen al deze klippen door te laveren, leidt ook weer tot complicaties. Elk van de indicatoren heeft zijn eigen ‘kampioenziekenhuizen’ en coryfeeën, zijn eigen dynamiek, instrumenten en specialisten, inclusief verpleegkundige aandachtsvelden.

Dit complexe geheel heet ‘basiszorg’. Het is duidelijk dat de nu vaak nog versnipperde onderwerpen onderling nauw verweven zijn^[15]. Integraal verpleegkundig beleid is daarom essentieel.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de verpleegkundige zorg?

Het ziekenhuis heeft bij meerdere verpleegkundige zorgindicatoren een opvallende uitslag

- Wat is het (integrale) verpleegkundige beleid voor kwetsbare ouderen?
- Hoe komt het verpleegkundige beleid tot stand?

Fase 1

Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van de infrastructuur (beleid, protocollen, beschikbaarheid personeel)

- Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?

[15] Het fasenmodel uit ‘Het resultaat telt 2010’ is ook dit jaar te zien: de benodigde structuur wordt snel ingevoerd, het daadwerkelijke screenen duurt langer en het gebruiken van de verzamelde informatie duurt nog langer.

Fase 2

Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog niet verder dan fase 2 van het beleid (screening)

- Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
 - Met hoeveel gescreende patiënten is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, delirium, decubitus en pijn?
- Door wie aan wie en op welke wijze wordt die uitkomst gecommuniceerd?

Het percentage afdelingen waar wordt gescreend is bij meerdere indicatoren opvallend hoog

- Hoe verhouden de verschillende noemers zich tot de grootte van het ziekenhuis?
- Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
 - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
 - Zo nee: Waarop is de uitslag dan gebaseerd?

Fase 3

Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog niet verder dan fase 3 (gebruik van gegevens van screenings voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)

- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens voor een gericht preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de uitvoering achterblijft? En wat is daarvan de reden?

2.1 Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 3.1.

Indicatoren

- Puntprevalentie decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie ziekenhuisbreed.
- Incidentie decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie bij een homogene patiëntenpopulatie.

Wat zijn de risico's

Decubitus (doorligwonden) komt in ziekenhuizen regelmatig voor. Vooral kwetsbare, oudere patiënten lopen risico. Decubitus en huidletsels ontstaan onder andere door incontinentie en worden gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Door een actief preventie- en behandelbeleid is decubitus goed te voorkomen. Ziekenhuizen hebben het afgelopen decennium geïnvesteerd in betere preventie en behandeling van decubitus, waardoor de prevalentie (aantal gevallen per duizend of per honderdduizend) is afgenomen.

Met het dalen van de prevalentie is de indicator puntprevalentie (de prevalentie op een specifiek moment) minder geschikt geworden. Dat komt omdat bij een klein aantal gevallen de betrouwbaarheid van de gegevens afneemt. De incidentie van decubitus in een homogene populatie is daarom als indicator voor verpleegkundige zorg geschikter. Bij deze indicator gaat het om een groep patiënten met kenmerken die het hele jaar door worden gemeten en goed vergelijkbaar zijn.

De samenhang met andere indicatoren, zoals pijn op de verpleegafdeling en ondervoeding, geeft de inspectie een indicatie op welke wijze een ziekenhuis de verpleegkundige zorg integraal inricht en bewaakt.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van de infrastructuur voor de opsporing van decubitus en vervolgens (tweede fase) uit het daadwerkelijk screenen van patiënten om de omvang van het probleem te inventariseren. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van een decubitusbeleid (ontwikkelen infrastructuur)

Het ziekenhuis heeft geen registratiesysteem voor de prevalentie of de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met decubitus?
- Hoe ver is het elektronisch patiëntendossier ontwikkeld in het ziekenhuis?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?

Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (ontwikkelen screening)

Het aantal op decubitus onderzochte patiënten (ziekenhuisbreed) is relatief laag (voor 2012: minder dan 100)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met decubitus?
 - Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
 - Aan welke risicogroepen wil het ziekenhuis aandacht besteden en waar blijkt dat uit?
 - Welk preventiebeleid voert het ziekenhuis?

Het percentage patiënten (van één van de indicatoren) met decubitus is relatief hoog (voor 2012: meer dan 4,5% bij de puntprevalentie of meer dan 1,3% bij de incidentie in een homogene populatie)

- Welk preventiebeleid voert het ziekenhuis?
- Op welke wijze verkrijgen de verpleegkundigen inzicht in het risicoprofiel van de patiënten?

Het percentage patiënten met decubitus is relatief laag (voor 2012: minder dan 0,8% bij de puntprevalentie of 0% bij de incidentie in een homogene populatie)

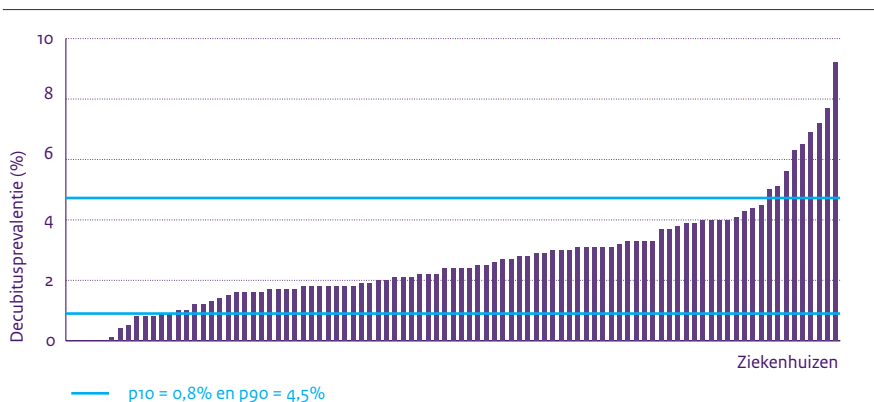
- Is er preoperatief sprake van een risicotaxatie op decubitus?
- Hoe regelt het ziekenhuis de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening?
- Wie draagt de verantwoordelijkheid voor het screenen op risico's tijdens de opname?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding?
- Wat is de uitslag van de screening op pijn op een verpleegafdeling?

Resultaten

Bij 93 ziekenhuizen was de prevalentie van decubitus en huidletsel door incontinentie bekend. Het Oogziekenhuis (Rotterdam) gaf aan dat ze dit niet meten omdat ze alleen patiënten behandelen in dagbehandeling, waardoor er geen/sterk verminderd risico is op decubitus. Het Amphia Ziekenhuis (Breda) is het enige algemene ziekenhuis waarbij de prevalentie van decubitus niet bekend was.

Figuur 2.1.1

Decubitusprevalentie (n=93)



De gemiddelde puntprevalentie lag op 2,7% (mediaan is 2,4%) met een spreiding van 0 tot 9,2%. Het totaal aantal op decubitus onderzochte patiënten in het ziekenhuis in 2012 was 127.268.

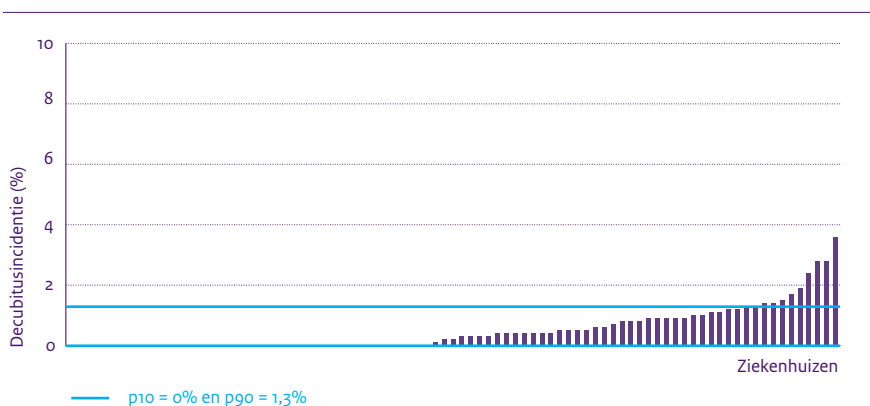
Vergeleken met 2011 is de gemiddelde puntprevalentie met 0,5 procentpunt gedaald. Het aantal gescreende patiënten is met ruim 25% gestegen.

In 39 ziekenhuizen (42%) werden patiënten onderzocht op decubitus door een decubitus- en wondconsulent. De andere ziekenhuizen gaven onder meer aan dat afdelingsverpleegkundigen, decubitusverpleegkundigen of aandachtsvelders decubitus de patiënten onderzochten. 60% van de ziekenhuizen registreerde de prevalentie volgens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ). De andere ziekenhuizen gebruikten een ander of eigen registratiesysteem.

Deze uitkomsten waren ongeveer gelijk aan die van 2011.

Figuur 2.1.2

Decubitusincidentie (n=87)



Bij 88 ziekenhuizen was de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie bij patiënten met een totale heupvervangning bekend. Van de 8 ziekenhuizen waar dit onbekend was, gaven 5 ziekenhuizen aan geen totale heupvervangning uit te voeren, 1 ziekenhuis gaf aan deze data niet meer afzonderlijk voor deze patiëntengroep bij te houden en 1 ziekenhuis gaf aan bij de incidentie wel over de decubitusgegevens te beschikken, maar niet die van huidletsels door incontinentie.

In 2012 zijn 22.385 patiënten opgenomen voor een totale heupvervangning. Gemiddeld was de incidentie bij deze patiëntengroep 0,5% (mediaan 0,2%). De populatie patiënten is ten opzichte van 2011 licht gedaald, de incidentie van decubitus is gelijk gebleven.

4 ziekenhuizen hadden een steekproef nodig om de incidentie te achterhalen. Deze ziekenhuizen gaven allemaal aan te beschikken over een registratiesysteem voor de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie.

Aandachtspunten voor de decubituspreventie en de daarbij horende indicatoren

Alternatieve classificaties zijn niet langer acceptabel als uitkomsten belangrijk zijn

Op 1 januari 2013 verviel een van de oudste indicatoren uit de basisset: decubitus. De reden hiervoor is eenvoudig. De afgelopen 10 jaar is de incidentie van decubitus in ziekenhuizen zo gedaald dat het risico op decubitus is afgenomen. Daarom heeft het geen zin de indicator te handhaven in zijn huidige vorm. In risicogestuurd toezicht leidt dat tot een nieuwe afweging over de besteding van het indicatorbudget. Die afweging is gemaakt in 2011-12 toen de basisset 2013 werd opgesteld. Toen is besloten tot het opnemen van een indicator voor de classificatie van diabetische voetwonden. Dit classificatiesysteem is noodzakelijk, wil een ziekenhuis zijn eigen resultaten enigszins kunnen vergelijken met anderen. In de verte werd de ontwikkeling al zichtbaar om meer op uitkomsten te kunnen sturen. Inmiddels is duidelijk geworden dat het meten van uitkomsten in de zorg noodzaak is. Het is dan ook duidelijk dat een deel van de aandacht van de basisset moet gaan naar het waarborgen van de randvoorwaarden voor het meten van uitkomsten. Dat heeft ook gevolgen voor keuzes van classificaties. Het was in Nederland gebruikelijk om meerdere systemen in de verschillende ziekenhuizen naast elkaar te gebruiken. Hoe goed bedoeld ook, twee verschillende systemen voor het coderen van één aandoening of probleem is niet langer acceptabel.

Prevalentie ongeschikt voor indicatoren gericht op het onderscheiden van ziekenhuizen bij zeldzaam geworden aandoeningen

Een tweede reden om de indicator te laten vervallen, is dat het onderscheidend vermogen van een op prevalentie gebaseerde indicator te klein is geworden. Als de aantallen decubituswonden zo klein zijn geworden, dan is een (vierdaagse) puntprevalentie niet langer een zinvolle methode. De betrouwbaarheidsinterval is te groot om nog onderscheid te maken tussen ziekenhuizen. Relatief onbelangrijke interpretatieverschillen van definities maken net het verschil tussen wel of niet opvallen. Er zijn dan twee richtingen mogelijk. Allereerst kan de aandacht beperkt worden tot een gespecialiseerde beroepsgroep, zoals de decubitusverpleegkundigen. Constateren zij dat het probleem groter wordt, dan volgt een actie zoals een incidentiestudie. Ten tweede is het mogelijk dat er een permanent systeem komt dat continu de aanwezigheid van het probleem meet. De eerste oplossing is nu gekozen bij decubitus, de tweede is gekozen voor de behandeling van ondervoeding bij kinderen. Het is goed om na verloop van tijd te evalueren welke oplossing de beste resultaten geeft.

Prevalentie wel geschikt voor een landelijke bepaling

Een prevalentiestudie is wel geschikt om de omvang van het landelijke probleem te vatten. Bij een groep van 127.000 patiënten speelt toeval een kleinere rol. Het is dan ook verheugend dat de prevalentie nu al 10 jaar op rij blijft dalen. Het afgelopen jaar met een op het eerste gezicht niet spectaculair percentage van 0,5%. Toch betekent dit wel dat er weer 20% minder decubitus was in de Nederlandse ziekenhuizen. Terwijl er naar een 25% grotere groep is gekeken, waarschijnlijk het gevolg van dat er op meer dagen is gemeten. Een waardig afscheid voor een van de oudste indicatoren.

2.2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 3.2.

Indicatoren

- Screening op ondervoeding in de kliniek.
- Behandeling van ondervoeding.

Wat zijn de risico's

Veel ziektebeelden gaan gepaard met een slechtere voedingstoestand. Bij de groep oudere patiënten en chronisch zieken komt matige of ernstige ondervoeding relatief vaak voor. Het voorkomen of behandelen van ondervoeding draagt bij aan een sneller herstel na een operatie, of aan het doorstaan van een intensieve behandeling, bijvoorbeeld tegen kanker. Het is daarom soms nodig een behandeling uit te stellen wanneer een patiënt een slechte voedingstoestand heeft.

De eerste indicator richt zich op de screening. Ondervoeding valt niet altijd direct op. Het screenen op ondervoeding bij opname is om die reden van belang voor de kwaliteit van de behandeling. Ook is screening belangrijk om problemen te vinden bij een homogene groep patiënten waarbij de kans op ondervoeding laag is. Bijvoorbeeld bij patiënten met heupvervangingsoperatie. Deze zouden zonder screening worden gemist.

De tweede indicator gebruikt de inspectie om de kwaliteit van de reactie op screeningsuitkomsten te beoordelen. Het is daarbij vooral van belang dat ziekenhuizen aandacht hebben voor het onderwerp, in plaats van dat iedereen een screening ondergaat. De mate van integratie met andere screenings, zoals die op pijn en decubitus op de verpleegafdeling, geven een indicatie hoe ver een ziekenhuis is met het goed inrichten van werkprocessen. Een hoog percentage patiënten met een onverwacht lange opnameduur kan samenhangen met onvoldoende aandacht voor deze processen.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van de infrastructuur voor de opsporing van ondervoeding en vervolgens (tweede fase) uit het daadwerkelijk screenen van patiënten om de omvang van het probleem te inventariseren. De derde fase betreft het systematisch behandelen van ondervoeding. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is in fase 1 of 2 (screening)

Het percentage patiënten dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (voor 2012: bij volwassenen minder dan 59,4%, kinderen minder dan 35,1%) of de screening is afwezig (het ziekenhuis blijft hangen in fase 1)

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?
 - Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
 - Wat zijn de risicogroepen waar het ziekenhuis aandacht aan wil besteden en waar blijkt dat uit?

- Wat zijn de criteria voor het invoeren van een screening?
 - Op ondervoeding?
 - Op risico op delier?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?

Het percentage patiënten dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (voor 2012: bij volwassenen meer dan 96,0%, kinderen meer dan 97,4%)

- Is het totaal opgegeven aantal patiënten in de noemer in verhouding met de grootte van het ziekenhuis?
 - Zo nee: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
 - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)

Het percentage patiënten met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld, is relatief laag (voor 2012: bij volwassenen minder dan 23,3%, kinderen minder dan 20,3%) of onbekend

- Waarom screent het ziekenhuis?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is het beleid voor het verzorgen van patiënten op de afdeling?
- Wat zijn de criteria voor het inschakelen van een diëtiste?
- Hoe zijn de percentages over de afdelingen verdeeld?
- Wat is het beleid voor het ontslaan van patiënten met (nog steeds) actieve zorgproblemen?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld is relatief hoog (voor 2012: bij volwassenen meer dan 79%, kinderen 100%)

- Is het totaal aantal patiënten in de noemer in verhouding met het aantal ondervoede patiënten in het ziekenhuis?
 - Zo nee: Hoe is de selectie gemaakt? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
 - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

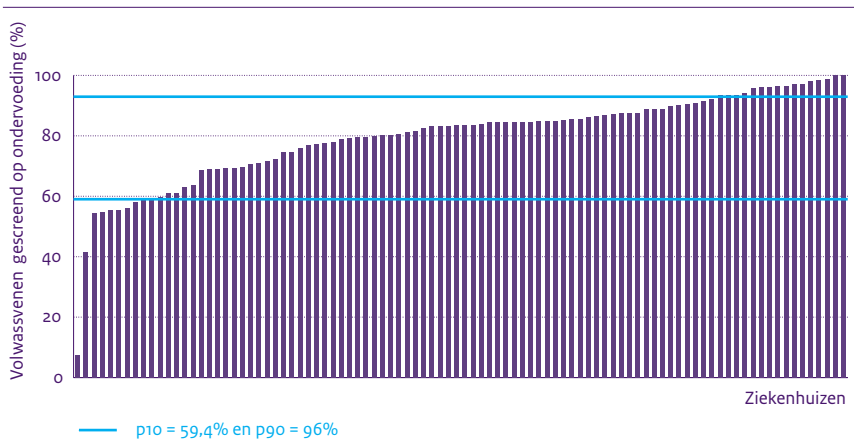
Resultaten

Alle ziekenhuizen waarvoor deze indicatoren relevant zijn, hebben cijfers aangeleverd over de gescreende en ondervoede volwassen patiënten. De Sint Maartenskliniek (Woerden) gaf geen antwoord, maar verwees naar de data van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden). Over de screening bij kinderen konden 6 ziekenhuizen geen cijfers aanleveren. Vergeleken met 2011 is dit aantal ziekenhuizen stabiel gebleven. Het gemiddelde percentage gescreende patiënten (zie tabel 2.2.1) is zowel bij volwassenen als kinderen gestegen ten opzichte van 2011.

Cijfers over de behandeling (adequate eiwitname) bij volwassenen en kinderen konden respectievelijk 90 en 72 ziekenhuizen aanleveren. Vergeleken met 2011 is ook dit aantal ziekenhuizen vrijwel stabiel gebleven. Het gemiddelde percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname (zie tabel 2.2.1) is met 2 procentpunten verbeterd. Bij de kinderen is het gemiddelde juist met bijna 10 procentpunten verslechterd. Dit kan liggen aan de kleinere aantallen. Bij de behandeling van ondervoeding bij kinderen zijn de uitkomsten gebaseerd op relatief weinig patiënten: gemiddeld 8 kinderen, uiteenlopend van 0 tot 80. Bij kinderen wordt tevens naar adequate energie-inname op dag 4 gevraagd. Deze uitkomsten zijn vrijwel gelijk aan die van de adequate eiwitname.

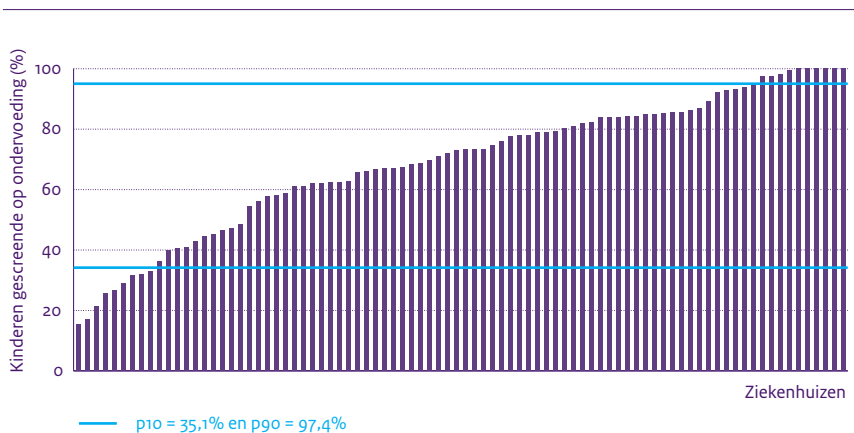
Figuur 2.2.1

Percentage bij opname op ondervoeding gescreende volwassen patiënten (n=94)



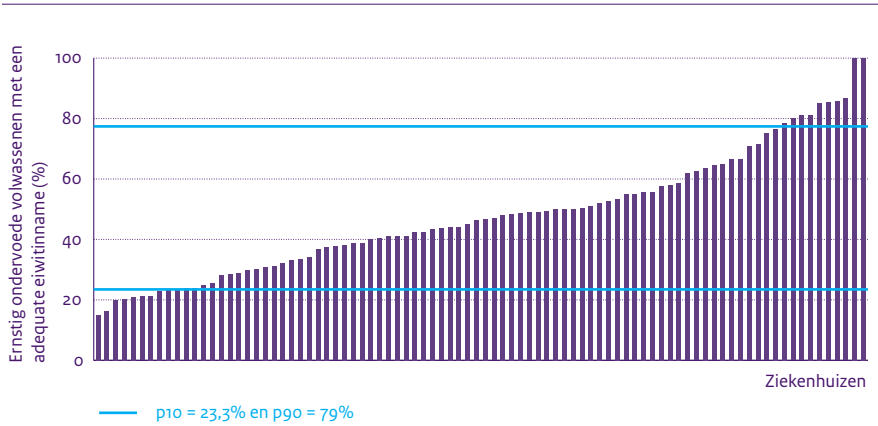
Figuur 2.2.2

Percentage bij opname op ondervoeding gescreende kinderen (n=88)



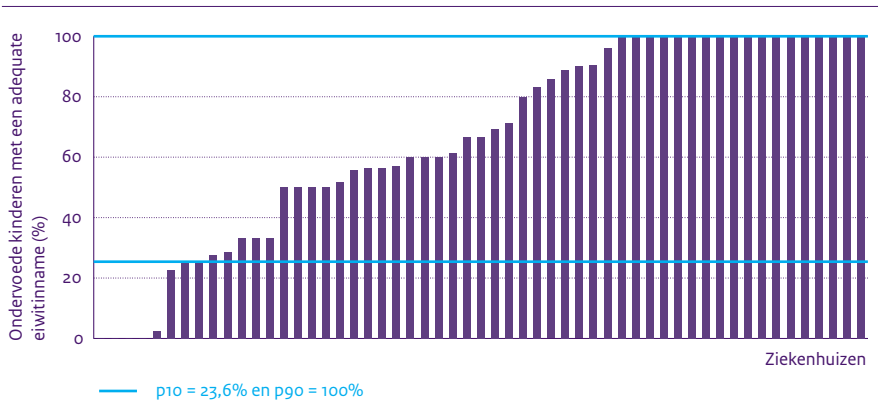
Figuur 2.2.3

Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op dag 4 van opname (n=88)



Figuur 2.2.4

Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op dag 4 van opname (n=55)



Tabel 2.2.1

Kengetallen ondervoeding

Uitkomsten ondervoeding	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Geen antwoord ^[16] (n)
Op ondervoeding gescreende volwassen patiënten	79,8 (7,6-100)	83,4	2	0
Op ondervoeding gescreende kinderen	69,1 (15,3-100)	73,2	6	3
Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname	48 (15-100)	46,6	2	5
Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname	66,8 (20,3-100)	69,2	19	36

Behalve het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname laten alle uitkomsten op deze indicatoren een licht positieve trend zien over de afgelopen jaren: relatief meer screening en meer adequate behandelingen.

[16] Dit betreft het ontbreken van een antwoord van de ziekenhuizen waarvoor deze indicator wel relevant is. Een instelling die geen kinderen behandelt, zoals het Havenziekenhuis (Rotterdam) of alleen patiënten in dagbehandeling behandelt, zoals Oogziekenhuis (Rotterdam), wordt niet meegenomen in deze telling.

Aandachtspunten voor de screening en behandeling van ondervoeding en de daarbij horende indicatoren

Screening op ondervoeding is effectief, maar daarmee is het probleem nog niet opgelost. Een slechte voedingstoestand is een belangrijk symptoom bij veel ziektebeelden. Eén van de bekendste daarvan is kanker, waarbij verschillende mechanismen elkaar versterken (het algemene effect van de tumor^[17], misselijkheid en verlies van energie). Dat leidt tot het snel verzwakken van het lichaam. De mate van ondervoeding bepalen bij patiënten met kanker is dan ook complex^[18]. De vraag is wat de functie is van screening bij patiënten met een ernstige, langdurige aandoening zoals kanker of hartfalen. Als het goed is, zijn deze patiënten lang onder controle. Dat wil zeggen dat het verloop van het lichaamsgewicht bekend moet zijn en uit de bestaande gegevens valt af te leiden. Er is iets misgegaan als een patiënt nog gescreend moet worden om te weten of hij de fase van sterk gewichtsverlies is ingegaan. Een essentiële conclusie is dan gemist. Dat is ook een algemene conclusie over screenen: screenen heeft zin om een zeldzaam probleem te vinden in een grote groep. Als het probleem bij iedereen te verwachten is, zoals bij kanker, hoeft je niet te screenen, maar kan je er gelijk voldoende aandacht aan besteden.

Overigens is het behandelen met voedingssupplementen niet zonder risico. In een studie ging het gebruik van voedingssupplementen samen met meer kans op overlijden van vooral oudere vrouwen^[19]. Ook zou uit de literatuur blijken dat losse tumorcellen beter overleven in de aanwezigheid van antioxidanten^[20]. Dat zou invloed kunnen hebben op de kans dat een tumor uitzaait. Dat maakt het onderwerp voeding bij kankerpatiënten complex. Baat het niet, dan schaadt het niet, moet hier in ieder geval nog bewezen worden.

Screenen heeft effect, maar de effecten na de opname vragen aandacht

Het baseren van conclusies op basis van één geval is gevaarlijk, maar niet nadenken op basis van een casus is net zo gevaarlijk. Bij gesprekken over een ondervoede patiënt in een verpleeghuis werd opgemerkt dat de afgelopen jaren het aantal patiënten dat uit het ziekenhuis werd ontslagen met voedingssupplementen sterk was toegenomen, zonder dat het probleem van de ondervoeding daarmee was verdwenen. Bewoners waren overgegaan op drinkvoeding als hoofdvoeding, of als vervanging van enkele maaltijden. De energie-inname was daardoor zeker niet gestegen, maar de tevredenheid over het eten was wel gedaald. In een NRC-column besteedde Martin Katan in 2011 aandacht aan de met sprongen toegenomen omzet van medische voeding: 300% in vijf jaar^[21]. Hij schreef dat toe aan de invoering van deze indicator. Op zich is het natuurlijk verheugend dat er een duidelijke link lijkt te zijn tussen een indicator, toegenomen aandacht voor het probleem en de meest voor

[17] Argilés JM. Cancer-associated malnutrition. Eur J Oncol Nurs. 2005;9(Suppl 2):S39–S50.

[18] Concept richtlijn ondervoeding bij patiënten met kanker. IKNL, 2011. Zie: www.oncoline.nl

[19] Mursu J, Robien K, Harnack LJ, Park K, Jacobs DR., Jr Dietary supplements and mortality rate in older women: the Iowa Women's Health Study. Arch Intern Med. 2011;171:1625–33.

[20] Saeidnia, S. and M. Abdollahi, 2013. Antioxidants: Friends or foe in prevention or treatment of cancer: The debate of the century. Toxicol. Applied Pharmacol. 2013 Aug 15;271(1):49–63.

[21] Medische voeding: noch medicijn, noch voedsel. NRC Handelsblad, 12 mei 2011. Zie: www.mkatan.nl/columns-en-kranten/nrc-columns.html

de hand liggende oplossing, namelijk snel opneembaar en gemakkelijk te gebruiken voeding. Tijdens de korte, maar steeds intensievere periode van de opname voor een ingreep is dat nog logisch ook. Maar dat wil wel zeggen dat er aandacht moet zijn voor de gevolgen van dat beleid voor het leven na de opname.

2.3 Delirium

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 3.3.

Indicatoren

- Deliriumbeleid bij klinische patiënten.
- Risico op delirium.
- Screening op en observatie van delirium.

Wat zijn de risico's

Delier (plotseling optredende ernstige verwardheid) komt in ziekenhuizen vooral bij kwetsbare, oudere patiënten regelmatig voor. Tijdens een (acute) ziekenhuisopname ontstaat bij 10 tot 40% van de oudere, chirurgische patiënten delirium. Op een intensive care krijgt tussen de 50 tot 80% van alle opgenomen patiënten een delirium^[22].

Delirium wordt gezien als een voorspeller van een langere opnameduur, een hogere mortaliteit tijdens en na een opname in een ziekenhuis en aanzienlijk hogere financiële kosten^[23,24]. Deze indicator kan worden gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Een delirium wordt vaak niet tijdig herkend. Door een risicogericht beleid en een vroeg-tijdige herkenning zijn de gevolgen van delirium voor de patiënt te beperken en de incidentie met een derde te verminderen^[25]. De samenhang met andere indicatoren zoals pijn op de verpleegafdeling en ondervoeding, geeft de inspectie een indicatie op welke wijze een ziekenhuis de verpleegkundige zorg integraal inricht en bewaakt.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces; van de aanwezigheid van beleid tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoog risico op delirium. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van een infrastructuur (protocol ziekenhuisbreed en IC, personeel beschikbaar), vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screenings van patiënten (aantal afdelingen, hoe veel patiënten, etc.). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt. De vierde fase (nog geen vraag in de basisset) is het toepassen van de screening voor adequate preventie van delier. Hierdoor ontstaat inzicht in de mate waarin ziekenhuizen grip hebben op de problematiek rondom delier. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

[22] Miller RR, Ely EW. Delirium and cognitive dysfunction in the intensive care unit. *Seminars In Respiratory And Critical Care Medicine* 2006;27:210-20.

[23] Rooij de SE, Buurman BM, Korevaar JC, Van Munster BC, Schuurmans MJ, Laqaaij AM, et al. Co-morbidity in acutely hospitalised older patients as a risk factor for death in hospital or within 3 months after discharge. *Ned. Tijdschr Geneesk.* 2007 Sep 8;151(36):1987-93.

[24] 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.

[25] Young J, Inouye, S. Delirium in older people *BMJ.* 2007 April 21; 334(7598): 842-846.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van een deliriumbeleid (ontwikkelen infrastructuur)

Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol, geen multidisciplinair delirium protocol specifiek voor de IC of geen 24-uursbeschikbaarheid van gespecialiseerd personeel voor het managen van delirium (consultatie, behandeling en deskundigheidsbevordering)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?

Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (ontwikkelen screening)

Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief laag (voor 2012: minder dan 34,6%)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore wordt genoteerd?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, decubitus en pijn?

Het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief hoog (voor 2012: 100%)

- Is het totaal aantal afdelingen in de noemer in verhouding tot de grootte van het ziekenhuis?
 - Zo nee: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
 - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)

Het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2012: minder dan 32,9%)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Wat is het beleid voor het volgen van patiënten met verhoogd risico op delirium of met diagnose delirium?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore en de observatie wordt genoteerd?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, decubitus en pijn?

Het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op delirium is relatief hoog en daadwerkelijk gemeten (voor 2012: meer dan 94,3%)

- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium structureel geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium (de uitslag op deze indicator is gebaseerd op 4 metingen)?
- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium vaker dan één keer geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore en de observatie worden genoteerd?
- Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens over het voorkomen van delirium voor het inrichten van een preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de implementatie achterblijft?

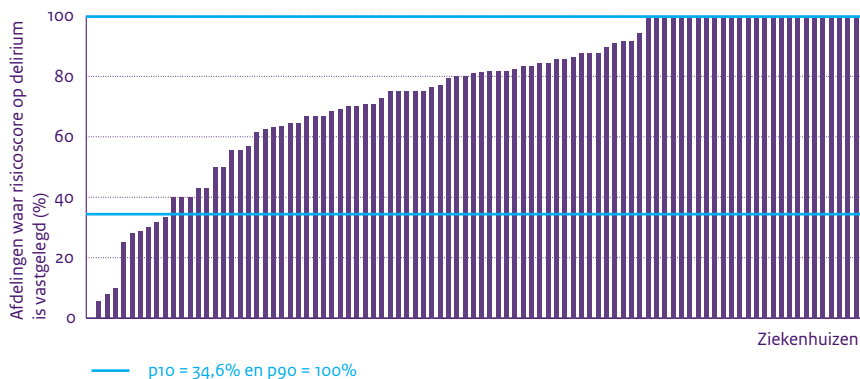
Resultaten

95 ziekenhuizen beantwoordden de vragen over het deliriumbeleid bij klinische patiënten. Alleen de Sint Maartenskliniek (Woerden) gaf geen antwoord, maar verwees naar de data van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden). Alle ziekenhuizen beschikten over een ziekenhuisbreed multidisciplinair protocol voor delirium, zoals beschreven in de basisset. 2 ziekenhuizen met een intensive care, Scheper Ziekenhuis (Emmen) en IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel), hadden geen multidisciplinair protocol specifiek voor delirium op de intensive care afdeling. Gespecialiseerd personeel dat 24 uur per etmaal beschikbaar is voor consultatie en behandeling bij delirium, was afwezig bij 4 ziekenhuizen: Oogziekenhuis (Rotterdam), Sint Maartenskliniek (Nijmegen), Havenziekenhuis (Rotterdam) en Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist). Het Oogziekenhuis gaf hierbij aan dat ze patiënten alleen in dagbehandeling behandelen. Patiënten zullen pas wanneer zij thuis zijn eventueel een delier ontwikkelen. Het ziekenhuis heeft het protocol hierop aangepast.

Totaal ontbrak bij 6 ziekenhuizen één of meer van de gevraagde basisvoorzieningen. In 2010 was dit het geval bij 17 ziekenhuizen.

Figuur 2.3.1

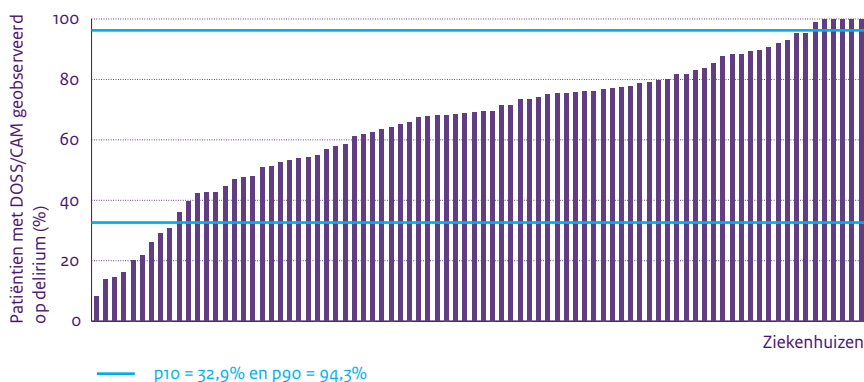
Percentage afdelingen waar risicoscore op delirium is vastgelegd (n=93)



Bij 94 ziekenhuizen waren de afdelingen bekend waar bij opname structureel gescreend werd op het risico op delirium. Bij het Oogziekenhuis (Rotterdam) was dit, onder vermelding van eerder genoemde toelichting, onbekend. Het Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) gaf wel aan dat het aantal afdelingen bekend was, maar vulde geen aantallen in. Gemiddeld werd op 74,4% van de afdelingen structureel gescreend. Het Atrium MC (Heerlen, Brunssum en Kerkrade) gaf als enige aan op geen enkele afdeling structureel te screenen.

Figuur 2.3.2

Percentage patiënten met de DOSS / CAM geobserveerd op delirium per ziekenhuis (n=85)



7 ziekenhuizen gaven aan dat het niet bekend was hoeveel patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium geobserveerd waren. Bij 88 ziekenhuizen was dit wel bekend, maar 3 van deze ziekenhuizen vulden geen aantallen in. Het percentage met de DOSS of CAM geobserveerde patiënten was gemiddeld 66,4%. Op basis van de grootte van de noemer en de toelichting kan afgeleid worden dat ongeveer 30% van de ziekenhuizen dit percentage baseren op een continue meting.

Tabel 2.3.1

Kengetallen delirium

Delirium	Gemiddelde (%) (min - max)	Mediaan (%)	Ziekenhuis met 100% (n)	Geen antwoord (n)
Percentage afdelingen waar risicoscore op delirium is vastgelegd	74,4 (0 - 100)	81	26	3
Percentage patiënten met de DOSS/CAM geobserveerd op delirium	66,4 (8,1 - 100)	69,4	6	8

Het aantal ziekenhuizen dat informatie kon aanleveren over de afdelingen waar de risicoscore is vastgelegd, inclusief het percentage, is vergeleken met 2011 met ruim 15 procentpunten toegenomen. Het aantal ziekenhuizen dat informatie kon aanleveren over het aantal patiënten dat is geobserveerd op delirium, inclusief het percentage, is met ruim 10 procentpunten toegenomen.

Aandachtspunten voor delirium en de daarbij horende indicatoren

Ook excuses zijn indicatoren

Ziekenhuizen met problemen op een bepaald gebied laten dat soms mooi zien aan de hand van de excuses die zij opgeven om een bepaald gegeven niet beschikbaar te hebben. Het Gemini ziekenhuis in Den Helder kon bijvoorbeeld niet aangeven hoeveel patiënten zij daadwerkelijk bewaakt nadat bij screening was gebleken dat zij een hoog risico op het ontwikkelen van een delier hebben. In 2010 gaven zij op dat zij meededen aan de ‘Defence studie’ en daarom nog geen gegevens over 2010 hadden. Volgens het ziekenhuis was dit te wijten aan de studie en niet aan het ziekenhuis zelf. In 2011 meldt het ziekenhuis dat deze gegevens in 2012 zullen komen. Kennelijk waren zij bij het aanleveren van de gegevens over 2012 hun eigen toelichting vergeten te lezen, want over 2012 meldt het Gemini ziekenhuis dat ze geen gegevens kunnen aanleveren omdat de noemer onduidelijk is. Over 2010 en 2011 was het ziekenhuis ook niet in staat aan te geven op hoeveel afdelingen patiënten structureel op delier werden gescreend. Toen in 2012 het ziekenhuis – als een van de laatste in Nederland – wist op hoeveel afdelingen patiënten bewaakt werden, was het dus nog niet mogelijk vast te stellen hoeveel van de gevonden patiënten hier bewaakt werden. Het Medisch Centrum Alkmaar, waar dit ziekenhuis actief mee samenwerkt, levert data aan over 5.651 patiënten. Kennelijk is de samenwerking nog niet zo ver gevorderd dat er op dit punt overleg plaatsvindt. Dit is een goed voorbeeld dat een ziekenhuis ook een signaal afgeeft als informatie systematisch ontbreekt.

Deliriumscreening en bijzondere groepen

Categorale ziekenhuizen zijn in een aantal opzichten voorlopers op het gebied van specialiseren, een trend die zich nu in algemene ziekenhuizen voltrekt. Deze groep van ziekenhuizen had bij het ontstaan al deze focus. Voorbeelden daarvan zijn het Oogziekenhuis in Rotterdam en het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AvL), gespecialiseerd in kanker, in Amsterdam. Categorale ziekenhuizen zijn altijd een uitdaging voor een indicatorstelsel. Welke gegevens zeggen iets over de functies die een categoriaal ziekenhuis heeft en de eisen waaraan het moet voldoen? En welke onderdelen zijn overbodig? Verleent een categoriaal ziekenhuis zorg die valt onder een minimumnorm, dan moet zij volledig aan de eisen van deze norm voldoen. Soms is het voor het ziekenhuis kennelijk minder duidelijk. Er is geen reden om aan te nemen dat een kankerpatiënt een lager risico heeft op het optreden van een delier. Het AvL was in 2011 wel een van de laatste ziekenhuizen zonder structurele screening. In 2012 is de screening volgens de toelichting voor alle leeftijdsgroepen ingevoerd. Dit is begrijpelijk gezien het risicoprofiel van het ziekenhuis. Het roept wel twee vragen op. Ten eerste: als het voor iedere patiënt relevant is om te screenen op het risico op delirium, waarom is de screening dan laat ingevoerd? Ten tweede: wat zegt het over de prioriteitstelling dat deze scores wel elektronisch worden vastgelegd, maar kennelijk niet bewaakt worden omdat Chipsoft (het EPD) deze mogelijkheid niet heeft, aldus het ziekenhuis. Andere ziekenhuizen lukt dit over het algemeen wel. Een ander voorbeeld is de deliriumscreening in het Oogziekenhuis. Ouderen lopen een duidelijk risico op delirium bij een cataractoperatie. Hier hebben we vorig jaar extra aandacht aan

besteed^[26]. Het Oogziekenhuis neemt patiënten alleen op in dagverpleging en heeft geen gegevens over de screening. Zij melden dat het protocol is aangepast, omdat gezien de dagverpleging een delirium alleen thuis optreedt. Hierbij is de vraag welke verantwoordelijkheid een instelling heeft voor de situatie na ontslag. Moet een ziekenhuis screenen, zodat eventuele maatregelen thuis genomen kunnen worden? Het risico op delirium neemt af door iemand weer snel in de normale situatie terug te brengen, dus het langer opnemen van een patiënt op basis van het risico op delirium is ook niet logisch. Dit vraagt een alerte houding van het ziekenhuis. Niet screenen (en het protocol pas laat aanpassen) lijkt daarop niet te wijzen.

[26] HRT 2011, Aandachtspunten bij cataract en de daarbij horende indicator, pagina 37.

3 Spoedprocessen

U vindt de omschrijving van spoedprocessen en de indicatoren hierover in de basisset van 2012, hoofdstuk 2.

De spoedeisende hulpverlening is gezondheidszorg met een hoog risico. Vroegtijdige en adequate triage, snel beschikbare, verantwoorde zorg en competente zorgverleners zijn vaak beslissend voor het overleven en de omvang van (blijvende) gevolgen bij de ernstig zieke patiënt. Goede spoedeisende hulpverlening is echter alleen mogelijk als alle schakels in een ziekenhuis kwalitatief goed functioneren en op elkaar zijn afgestemd. De mate van kwaliteit van deze spoedprocessen raakt direct de individuele patiënt en is mede bepalend voor de kwaliteit van het verdere zorgtraject.

Meerdere indicatoren binnen spoedprocessen zeggen iets over de interval tussen het moment waarop een patiënt binnenkomt en het moment waarop een cruciaal element uit de behandeling is uitgevoerd. Opvallende uitkomsten wijzen erop dat schakels binnen het spoedproces waarschijnlijk niet goed functioneren.

Eén van de vragen is of de spoedpatiënt op de juiste plek binnenkomt. Er bestaat al geruime tijd een traumanetwerk waarmee spoedeisende patiënten naar ziekenhuizen worden gebracht met bijpassende voorzieningen. De taakverdeling en concentratie van ziekenhuizen is in 2011 door de invoering van minimumnormen versneld. Afspraken over spoedpatiënten worden daardoor steeds belangrijker. Dat heeft ook zijn weerslag op de indicatoren. In 2011 is er veel discussie geweest over of en hoe ziekenhuizen patiënten acuut moeten behandelen wanneer zij bepaalde ingrepen niet meer mogen uitvoeren. Voorbeelden zijn de longresectie bij een acute longbloeding en een gebarsten aneurysma van de aorta abdominalis. De inspectie heeft in 2012 de keten voor de opvang van acute hartproblemen (STEMI) in de basisset opgenomen.

Al deze ontwikkelingen maken het noodzakelijk dat de inspectie actief toeziet op spoedprocessen. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015.html>) is door de ziekenhuizen, verzekeraars en de andere partijen spreiding en concentratie als belangrijk thema benoemd. De organisatie van de spoedzorg is hierbij een belangrijk onderdeel.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond spoedprocessen?

Het ziekenhuis behandelt patiënten relatief snel of traag voor de volgende onderwerpen

- 1 Het percentage patiënten dat (snel) binnen een kalenderdag is geopereerd is relatief laag (voor 2012: ASA (conditiescore) 1-2: minder dan 86,7%, ASA hoger dan 2: minder dan 73,9%, ASA onbekend: 0%).

- 2 Het percentage patiënten bij wie trombolysen na CVA (beroerte) binnen een uur is toegepast, is relatief laag (voor 2012: minder dan 81%).
- 3 Het percentage patiënten met een proximale tractus digestivus bloeding bij wie binnen 24 uur na opname een MDL-scopie plaatsvond, is relatief laag (voor 2012: minder dan 83,3%).
- 4 Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven is relatief laag of hoog (voor 2012: hoger dan 3,6%, of lager dan 1,3%).
- 5 Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en de gemiddelde 'door-to-needle' of 'door-to-balloon-time' is relatief kort of lang (voor 2012: korter dan 13 of langer dan 45 minuten).
 - Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?
 - Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
 - T.a.v. spoedeisend diagnostisch onderzoek?
 - T.a.v. beschikbaarheid van specifieke medicamenten?
 - T.a.v. beschikbaarheid van diagnostische middelen?
 - T.a.v. beschikbaarheid van behandelmogelijkheden?
 - Is onderzoek gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces?
 - Zo ja: wat was daar het resultaat van en welke maatregelen zijn genomen?
 - Zo nee: wat is de aanleiding om, wanneer nog geen calamiteiten zijn opgetreden, een prospectieve analyse van zorgproblemen uit te voeren?
 - Hoe ver is het ziekenhuis met de implementatie van de richtlijn operatief proces voor spoedpatiënten?
 - Hoe zijn de regionale afspraken met de ambulancedienst?
 - Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?

De gemiddelde interval bij twee of meer van de volgende indicatoren is relatief kort

- 1 Het percentage patiënten dat binnen een kalenderdag is geopereerd is relatief hoog (voor 2012: ASA 1-2: meer dan 98,9%, ASA hoger dan 2: meer dan 96,8%, ASA onbekend: 100%).
- 2 Het percentage patiënten bij wie trombolysen binnen een uur is toegepast, is 100%.
- 3 Het percentage patiënten opgenomen met een proximale tractus digestivus bloeding bij wie binnen 24 uur na opname een MDL-scopie plaatsvond, is 100%.
 - Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op een operatie van spoedeisende patiënten met complexe aandoeningen?
 - Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?
 - Hoe zijn de regionale afspraken met de ambulancedienst?
 - Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?

Het ziekenhuis behandelt bepaalde groepen spoedpatiënten niet

- Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?
- Hoe zijn de regionale afspraken met de ambulancedienst?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg als patiënten worden terugverwezen?
- Zijn er toch spoedpatiënten die het ziekenhuis in principe niet behandelt aangeboden aan het ziekenhuis en wat is daarmee gebeurd?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met electieve patiënten die een acuut probleem krijgen op een gebied dat het ziekenhuis niet meer aanbiedt?

Het ziekenhuis voert minder dan 20 electieve AAA-ingrepen uit en heeft geen PCI-functie en/of voert geen trombolysen uit

- Worden hart- en vaatpatiënten in dit ziekenhuis behandeld?
Zo ja:
 - Is er (integraal) beleid op het gebied van de zorg voor patiënten met hart- en vaatproblemen?
 - Op welke wijze wordt een integrale aanpak van een patiënt met hart- en vaatziekten gewaarborgd?
 - Hoe wordt de kwaliteit van de samenwerking met de andere ziekenhuislocaties gewaarborgd?

Het ziekenhuis geeft ten minste twee van de volgende antwoorden

- 1 Het ziekenhuis voert geen PCI's uit.
- 2 Het ziekenhuis voert geen AAA-operaties uit.
- 3 Het ziekenhuis voert geen trombolysen uit of het aantal patiënten waarbij trombolysen wordt uitgevoerd is relatief laag (voor 2012: minder dan 16).
- 4 Het ziekenhuis heeft geen 24-uursopvang voor MDL-scopiepatiënten.
 - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de adequate opvang van spoedpatiënten?
 - Met hart- en vaatindicaties?
 - Met spoedeisende vragen op andere gebieden?

4 Intensive care

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 hoofdstuk 4.

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

Patiënten die zijn opgenomen op een intensive care (IC) vormen een kwetsbare groep. Zij hebben door de ernst van hun aandoening een duidelijk grotere kans om te overlijden. Door deze kwetsbare positie en het type interventies op een IC zijn de patiënten slecht in staat om zelf te beoordelen of zij verantwoorde zorg ontvangen. In 2010 vond uitgebreid themaonderzoek plaats naar de kwaliteit van IC's op niveaus 2 en 3. De grote IC-afdelingen bleken, deels na het treffen van maatregelen, te voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg en ze werken continu aan het verbeteren van de kwaliteit ervan^[27]. Ziekenhuizen monitoren de uitkomsten van de IC-zorg op structurele wijze en gebruiken dit om de kwaliteit van de geleverde zorg te toetsen en bij te sturen. De IC is een centrale functie binnen het ziekenhuis en kan een grote rol spelen bij kwaliteitsverbeteringen. De afdeling heeft relatief veel gegevens beschikbaar over de uitkomsten van behandelingen en kan een belangrijke rol spelen bij het ziekenhuisbreed bespreken hiervan. Hiermee kan een ziekenhuis de kwaliteit verbeteren. Ook binnen de regionale samenwerking heeft de IC een belangrijke functie. Door de toenemende concentratie in de zorg is het bijvoorbeeld van belang dat het niveau van de IC-zorg aansluit bij het zorgaanbod van het ziekenhuis om te verzekeren dat de juiste patiënt op de juiste plaats behandeld wordt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

In het ziekenhuis heeft geen visitatie plaatsgevonden, de visitatie is langer dan 5 jaar geleden of het opgegeven niveau is bij visitatie niet bevestigd

- Op welke wijze toetst het ziekenhuis zich aan externe referenties?
- Wat is het beleid ten aanzien van het visiteren van (verpleeg)afdelingen?

Het aantal intensivisten is relatief klein (onder p10 van het betreffende IC-niveau. Voor 2012: minder dan 1,0 fte voor niveau 1, minder dan 4,1 fte voor niveau 2 of minder dan 6,3 fte voor niveau 3)

- Op welke wijze wordt de beschikbaarheid van intensive care kennis gewaarborgd?

[27] Grote intensive care-afdelingen werken continu aan kwaliteit IGZ (2011).

- Wat is het beleid voor beschikbaarheid van specialisten in het algemeen en intensivisten in het bijzonder voor afdelingen waarbij beschikbaarheid 24x7 van belang is (IC, SEH, trombolysie et cetera)?

De gemiddelde beademingsduur is relatief hoog (voor 2012: gemiddeld meer dan 156 uur bij niet post-operatieve patiënten, gemiddeld meer dan 124 uur bij postoperatieve patiënten, gemiddeld meer dan 33 uur bij cardiochirurgische patiënten)

- Welke grenzen hanteert het ziekenhuis voor electieve behandelingen die intensive care nodig hebben?
- Welke procedures hanteert het ziekenhuis voor consultatie van een IC van een ander niveau (regionale samenwerking)?
- Hoe maakt het ziekenhuis dit proces toetsbaar?

Het percentage patiënten met een beademingsduur langer dan 120 uur is hoog (voor 2012: meer dan 33,9% bij niet postoperatieve patiënten, meer dan 26,9% bij postoperatieve patiënten, meer dan 6,4% bij cardiochirurgische patiënten)

- Wat is het beleid ten aanzien van de beheersing van de beademingsduur bij beademde patiënten?
- Weet het ziekenhuis wat de oorzaak is bij langdurige beademingen?

Het ziekenhuis beademt veel kinderen op de volwassen intensive care (voor 2012: meer dan 6 kinderen of gemiddeld meer dan 125 uur of totaal meer dan 535 beademingsuren per jaar)

- Welke indicaties heeft het ziekenhuis voor het uitvoeren van behandelingen waarbij kinderen (tijdelijk) beademd moeten worden?
- Welke andere complexe behandelingen voert het ziekenhuis uit bij kinderen?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de grenzen van de eigen mogelijkheden bij het behandelen van kinderen? Wanneer plaatst een ziekenhuis kinderen over naar een PICU (Pediatrie Intensive Care Unit, een IC-afdeling voor kinderen)?

Resultaten

Tabel 4.1

Visitatie IC

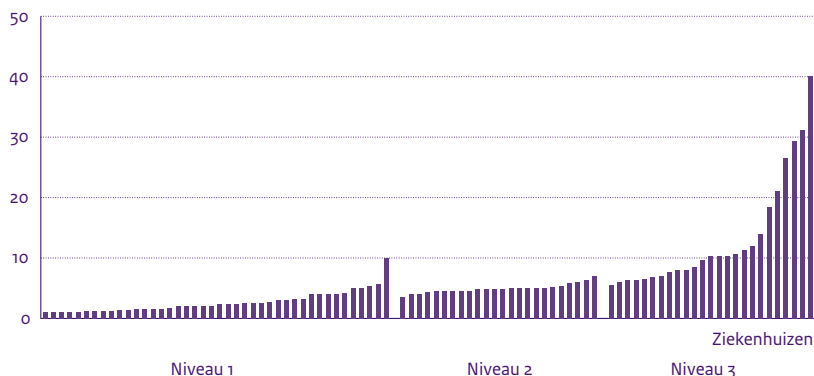
Niveau	Aantal	Bij laatste visitatie niveau niet bevestigd	Visitatie verouderd (voor 2007)	Geen visitatie
Geen IC	1			
Niveau 1 (basis)	42	2	4	2
Niveau 2	24	3	0	1
Niveau 3 (complexe patiënten)	25	0	2	0
Totaal	92	5	6	3

Van de 92 ziekenhuizen hadden er 49 een IC van niveau 2 of niveau 3 (complexe patiënten). Van deze 49 ziekenhuizen zijn er 6 ziekenhuizen waar geen (vrijwillige) visitatie heeft plaatsgevonden, de visitatie langer dan 5 jaar geleden heeft plaatsgevonden, of het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd is. 42 ziekenhuizen hebben een IC niveau 1 (basis). Van deze laatste groep zijn er 8 ziekenhuizen waar geen (vrijwillige) visitatie plaatsgevonden heeft, de visitatie langer dan 5 jaar geleden heeft plaatsgevonden, of het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd is. In totaal hebben 9 ziekenhuizen geen geldige visitatie (geen visitatie of de visitatie was verouderd) van hun IC.

Vergeleken met 2011 is het totaal aantal ziekenhuizen zonder IC met 1 ziekenhuis gedaald, ook is er 1 ziekenhuis minder met een IC niveau 1^[28].

Figuur 4.1

Fte intensivisten (n=91)



Alle 49 ziekenhuizen met een niveau 2 of 3 IC konden in 2012 24x7 de beschikbaarheid van een intensivist garanderen. Het aantal fte intensivisten was in 2011 voor zowel niveau 2 als 3 licht afgenomen. In 2012 is in vergelijking met 2011 juist weer een stijging te zien van het aantal fte intensivisten op niveau 2 en 3 IC's. Bij niveau 1 is het aantal fte iets afgenomen (zie ook tabel 4.2).

In figuur 4.2 is het totaal aantal beademde volwassen patiënten, exclusief cardiochirurgische patiënten, en de gemiddelde beademingsduur in uren weergegeven. Dit is uitgesplitst naar niveau 1, 2 en 3, de assen zijn overal gelijk.

[28] Het Langeland Ziekenhuis (Zoetermeer) is over 2012 meegerekend als een IC niveau 1. Het Langeland Ziekenhuis geeft aan dat de IC is gesloten per 01-03-2012 en vervangen voor een High Care met beademingsmogelijkheid voor de eerste opvang.

Het totaal aantal beademde patiënten, inclusief cardiochirurgische patiënten, bedroeg in 2012 47.664. De gemiddelde beademingsduur was 3,8 dagen (mediaan 3,7). De beademingsduur op een niveau 3 IC is gemiddeld het kortst (tabel 4.2).

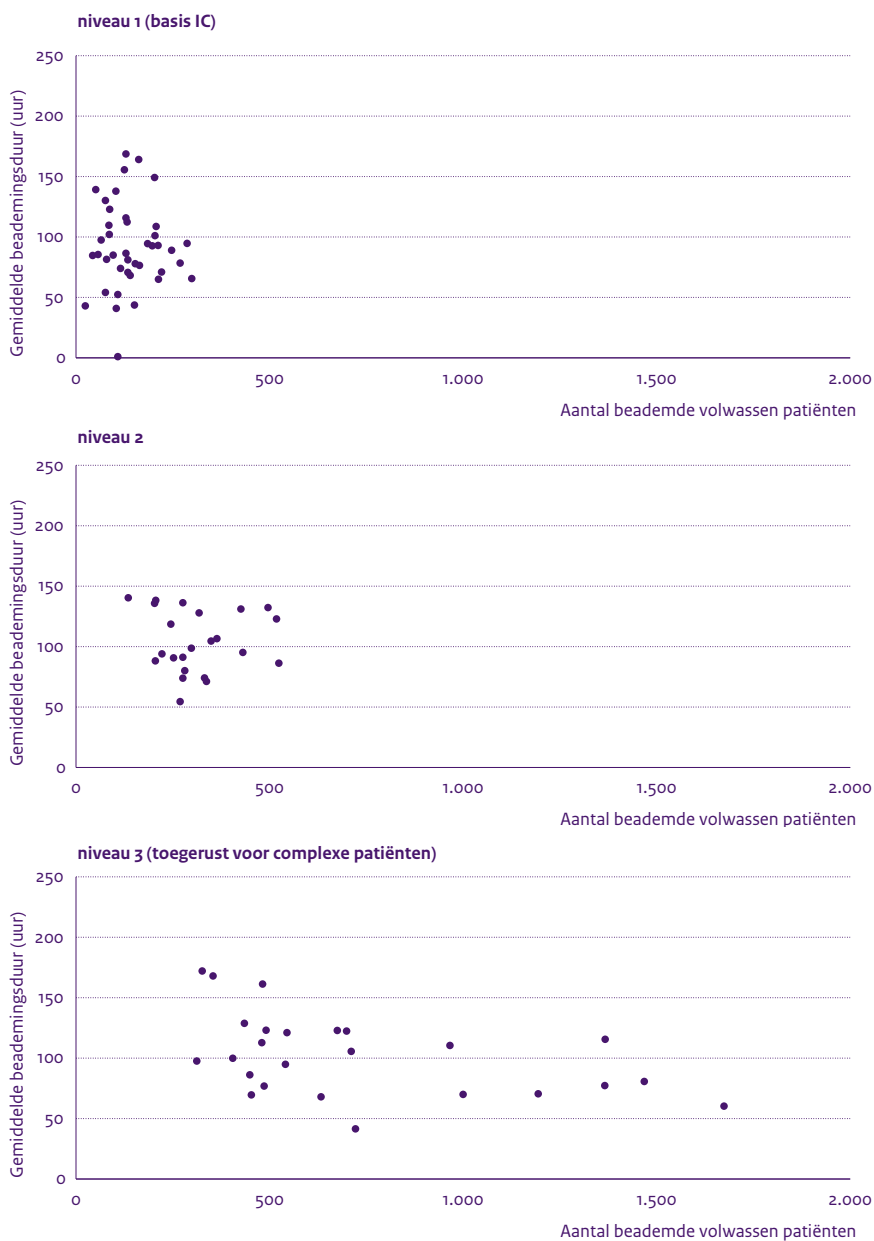
Het Maxima Medisch Centrum had in 2012 gemiddeld de langste beademingsduur (linksboven bij niveau 3 in figuur 4.2). In de toelichting geven ze hiervoor als verklaring dat ze kalenderdagen aan de beademing registreren en geen uren. Als een patiënt gedurende een kalenderdag op enig moment beademd is geweest telt dit als een kalenderdag. Een kalenderdag wordt voor deze indicator geteld als 24 uur. Hierdoor wordt een systematische overschatting van de werkelijke beademingsduur gegeven.

Het LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer) heeft vanwege de sluiting van de IC geen data aangeleverd over de beademingsduur van de patiënten. Het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) heeft ook geen gegevens hierover aangeleverd. Zij gaven als toelichting dat ze alleen een analoge registratie hebben, waardoor de gevraagde data niet uit de systemen aan te leveren zijn.

Vergeleken met 2011 is zowel het aantal patiënten als de gemiddelde beademingsduur licht afgenomen.

Figuur 4.2

Beademde volwassen patiënten en de gemiddelde beademingsduur, exclusief cardiochirurgische patiënten
(n: niveau 1 = 41, niveau 2 = 23 en niveau 3 = 25)



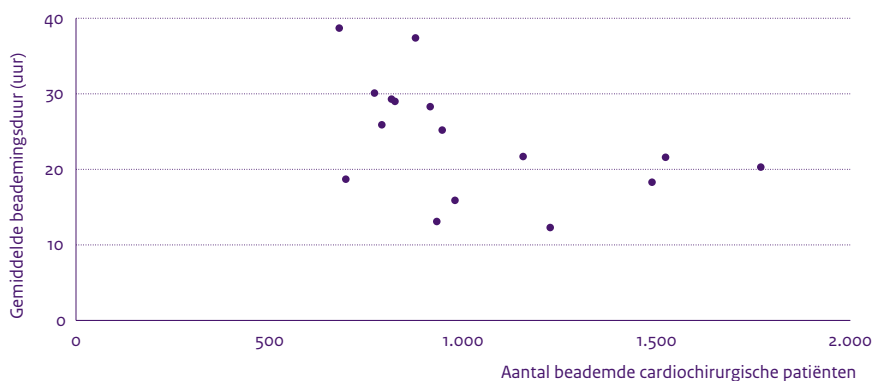
Tabel 4.2

Getallen IC 2012

	Niveau 1 (basis)	Niveau 2	Niveau 3 (complexe patiënten)
Fte intensivisten: gemiddeld (min - max)	2,7 (1 - 10)	4,9 (3,5 - 7)	13,3 (5,6 - 40,1)
Fte intensivisten: mediaan	1,3	4,8	10,3
Totaal aantal beademingsuren volwassenen per ziekenhuis: gemiddeld (min - max)	12.959 (~540 dagen) (108 - 30.296)	32.748 (~1360 dagen) (14.665 - 65.616)	107.427 (~4480 dagen) (37.390 - 377.100)
Totaal aantal beademingsuren volwassenen per ziekenhuis: mediaan	11.016	28.800	77.727
Totaal aantal volwassen patiënten per ziekenhuis: gemiddeld (min - max)	141 (24 - 299)	316 (135 - 528)	1.547 (327 - 4.287)
Totaal aantal volwassen patiënten: mediaan	132	290	1.439
Gemiddelde beademingsduur in uren volwassenen: gemiddeld (min - max)	91,7 (1,0 - 168,7)	103,8 (54,5 - 140,4)	83,1 (28,0 - 171,7)

Figuur 4.3

IC en cardiochirurgie (n=16)



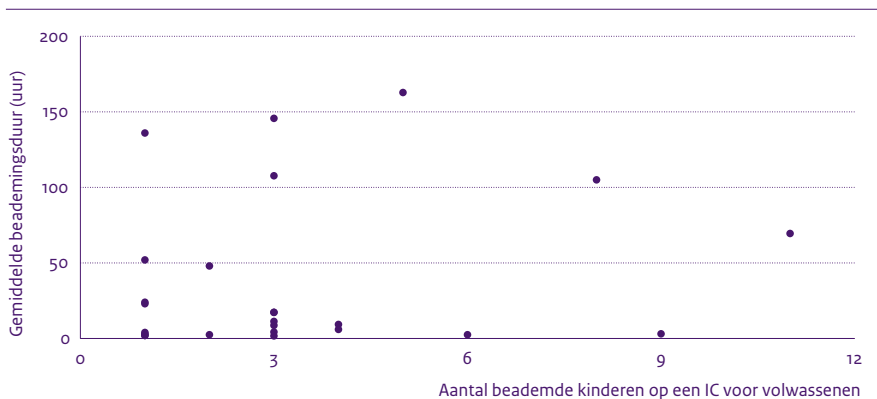
In figuur 4.3 is het totaal aantal beademde hartchirurgische patiënten weergegeven en de gemiddelde beademingsduur in uren. Het totaal aantal beademde cardiochirurgische patiënten in 2012 bedroeg 16.386 en varieerde van 680 tot 1.769 patiënten per ziekenhuis. De gemiddelde en de mediaan van de beademingsduur was 1,0 dagen en varieerde per

ziekenhuis van 0,5 tot 1,6 dagen. Gemiddeld werd 5,8% van de patiënten langer dan 72 uur beademd.

Vergeleken met 2011 is het aantal patiënten licht afgenomen, de gemiddelde beademingsduur bleef gelijk.

Figuur 4.4

Kinderen op IC voor volwassenen (n=29)

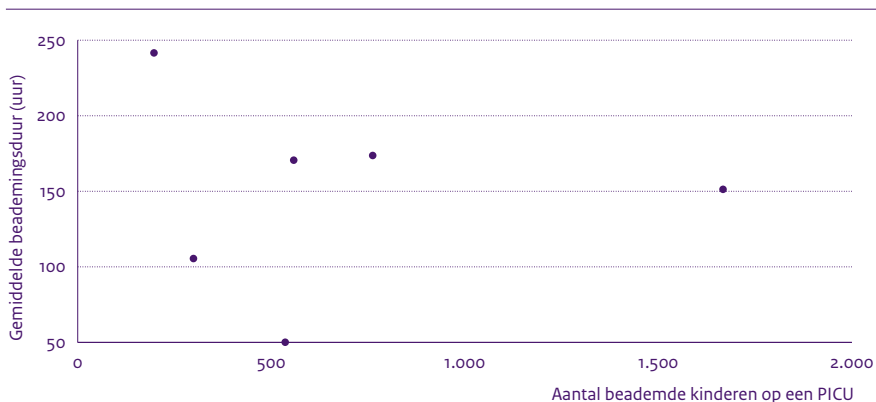


In 84 ziekenhuizen was in 2012 geen PICU aanwezig. In 25 van deze ziekenhuizen werden in 2012 kinderen beademd op de IC voor volwassenen. In de meeste ziekenhuizen ging dit om een enkel kind dat werd opgevangen en gestabiliseerd tot het kon worden overgeplaatst naar een ziekenhuis met een PICU. Het gemiddeld aantal beademingsuren ligt op 38,7 uur (mediaan 11,3 uur) bij gemiddeld 3,3 kinderen (mediaan 3). 5 ziekenhuizen beademden gemiddeld langer dan 72 uur.

Het aantal beademde kinderen op een volwassen IC was in 2011 met ongeveer 30% toegenomen. In 2012 is in vergelijking met 2011 dit aantal juist weer met 30% afgenomen. Het gemiddelde aantal beademingsuren is bijna verdubbeld ten opzichte van 2011.

Figuur 4.5

Kinderen op PICU (n=6)



Van de 8 ziekenhuizen met een PICU hebben 6 ziekenhuizen aangegeven dat zij in 2012 4.019 kinderen hebben beademd op de PICU. Het aantal beademingsuren in deze ziekenhuizen varieert van 26.870 tot 252.254 uur. Gemiddeld worden kinderen op deze PICU's 6,2 dagen beademd, variërend van 2,1 tot 10,1 dagen. Net als in 2010 en 2011 gaf het MUMC+ Maastricht geen cijfers over de beademde kinderen. Het UMC Utrecht had alleen het aantal kinderen opgegeven die op de volwassen IC waren opgenomen.

Vergeleken met 2011 is zowel het totaal aantal beademde kinderen op de PICU als de beademingsduur van deze kinderen toegenomen.

Twee ziekenhuizen, Gemini Ziekenhuis (Den Helder) en Maastricht UMC+ (Maastricht), leverden geen data aan voor de database die de stichting NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie) beheert. Met de terugkoppeling van de analyses uit deze database kunnen IC-afdelingen hun kwaliteit verbeteren. In 2011 namen 3 (andere) ziekenhuizen geen deel aan NICE.

Aandachtspunten voor de intensive care en de daarbij horende indicatoren

Indicatoren en bestuur

In de afgelopen vier jaren wordt steeds meer aandacht besteed aan het verbinden van een patroon aan opvallende uitkomsten op indicatoren (signalen). Eén van de aannames is dat hoe meer indicatoren een signaal geven, hoe algemener het probleem. Hiermee is de kans groter dat het probleem in de algemene of gemeenschappelijke delen van de instelling zit. De vraag is dan ook wat de individuele signalen betekenen. Heeft een individuele afdeling een probleem als bijvoorbeeld een raad van bestuur een probleem heeft?

Wellicht is de intensive care van het Waterlandziekenhuis geschikt als voorbeeld. De IGZ gebruikt een relatief lange beademingstijd als signaal voor een gesprek over de kwaliteit van de intensive care. De IC van het Waterland ziekenhuis heeft een opvallend lange beademingsduur voor alle relevante patiëntengroepen. Daarnaast is het ziekenhuis in 2006 gevisiteerd (en heeft het dus geen geldige visitatie) en is er geen nieuwe visitatie gepland. De volgende stap in de analyse is onderzoeken of er vergelijkbare patronen zijn bij indicatoren die andere delen van de zorg betreffen. Eén van die groepen indicatoren is de verpleegkundige zorg.

Het ziekenhuis heeft in dit geval ook opvallende resultaten op het gebied van de verpleegkundige indicatoren: een relatief laag percentage patiënten wordt gescreend op ondervoeding en decubitus, het ziekenhuis gebruikt steekproeven bij de vragen over ondervoeding (omdat resultaten anders niet bekend zijn), de incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangingsoperatie is relatief hoog en het is onbekend of patiënten worden bewaakt op delirium.

Er is in dit geval dus sprake van een patroon dat meerdere verpleegkundige functies omvat. Dat beeld zou kunnen passen bij een probleem op managementniveau, de functie die al deze verpleegkundige gebieden aanstuurt. In dit geval was dat aanleiding om te onderzoeken of er publieke signalen waren voor een managementprobleem.

In 2012 meldt de website van Skipr dat op 18 juni en 1 september twee nieuwe bestuurders bij het Waterlandziekenhuis zijn aangesteld, nadat in 2011 een bestuurder 'in stilte' was vertrokken^[29]. Voor welk gesprek geven de indicatoren nu een indicatie? In ieder geval een gesprek over de aansturing van verpleegafdelingen in het ziekenhuis, inclusief de intensive care.

Paradoxaal geeft dit signaal ook vertrouwen. Er waren in 2012 op meerdere gebieden tekenen van problemen, samen passend bij een probleem in de aansturing van het ziekenhuis. Kennelijk is dit probleem in 2012 ook in het ziekenhuis gesignaleerd en is er actie ondernomen. Als de actie past bij het met de indicatoren gesignaleerde probleem, laat dat ook zien hoe belangrijk goed management is voor een instelling.

[29] www.skipr.nl/actueel/id8385-bestuurder-jansen-stilweg-bij-waterland-.html

Beschikbaarheid van IC-bedden

De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care heeft aangegeven dat de beschikbaarheid van IC-bedden een onderwerp is dat geschikt is voor internationale vergelijking. Dit is een vergelijking op het laagste niveau van vergelijking (zie inleiding): de beschikbare infrastructuur. Er is een duidelijk verschil in de beschikbaarheid van bedden tussen de verschillende landen^[30]. Die varieert van 29 per 100.000 bewoners in Duitsland tot vier per 100.000 in Portugal. Er zijn echter verschillende problemen bij het vergelijken van infrastructuur. Om te beginnen blijkt het moeilijk om data te verkrijgen. Er zijn in 2011 maar zes landen met een sluitende registratie. In één land (Portugal) wordt aan alle betrokken artsen gevraagd om zelf te rapporteren over hoeveel bedden zij beschikken. Dit land heeft het minste aantal IC-bedden per bewoner. Dit is een voorbeeld waaruit goed blijkt dat telmethoden verschil kunnen maken. Vervolgens pleit het artikel voor het strakker definiëren wat een IC-bed is, wat een IC is, of bedden bemand moeten zijn, etc. Al deze effecten kunnen een deel van de verschillen verklaren. Ook bij inspectiebezoeken blijken een deel van de beschikbare IC-bedden vooral bouwkundig te bestaan en niet de mogelijkheid te hebben om patiënten op te vangen.

Wat ook opvalt is hoe moeilijk het is om de juiste waarden te kiezen voor een ander land. Het artikel correleert het aantal bedden aan het percentage totale uitgaven aan de gezondheidszorg. Volgens die opgave zou Nederland in 2011 5,5% van het Bruto Nationaal Product aan gezondheidszorg uitgeven. Volgens het CBS was dat voor 2010 12%.

Uiteindelijk is de conclusie van het artikel dat er meer onderzoek nodig is om de verschillen te verklaren. Eén van de verschillen die dan verklaard moet worden is waarom Nederland een vijfde van het aantal bedden opgeeft in vergelijking met Duitsland, Finland en Slovenië.

[30] Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG, Moreno RP. The Variability of Intensive Care Beds Numbers in Europe. *Intensive Care Med.* 2012; 38(10):1647-1653.

5 Oncologie

U vindt de omschrijving van de oncologie en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in hoofdstuk 5 van de basisset van 2012.

Kanker is een ziekte met veel verschijningsvormen. Mede daarom hebben oncologische patiënten zorg nodig van divers hooggespecialiseerd personeel. De behandeling is vaak complex en het resultaat varieert van volledig herstel tot overlijden. De meeste indicatoren gaan uit van de specifieke situatie van een patiënt met 1 type ziekte. Toch geeft de veelvormigheid van oncologie juist ook veel overeenkomsten in processen en randvoorwaarden. De inzet van een diversiteit aan professionals met ook nog een verschillend referentiekader maakt gestructureerde afstemming noodzakelijk. Regie is essentieel, ondersteund door een goed multidisciplinair overleg (MDO), waarbij inbreng van alle bij de ziekte horende specialisten gewaarborgd is. Afspraken dienen helder te zijn en vast te liggen in een voor alle behandelaars beschikbaar behandelplan. Dit plan moet steeds worden aangepast aan het soms grillige verloop van de ziekte. In toenemende mate leggen normen en richtlijnen vast hoe het multidisciplinaire overleg eruit moet zien. De complexe behandeling en de soms uiteenlopende plaatsen waar een patiënt behandeld wordt, stellen hoge eisen aan de kwaliteitsbewaking, informatieoverdracht en feedback.

Kanker komt meer voor bij oudere dan jongere mensen. Met het dalen van de sterfte aan hart- en vaatziekten leven hartpatiënten langer en neemt daarmee het aantal patiënten met kanker toe, alsmede het aantal patiënten dat zowel hart- en vaatziekten als kanker heeft. De zorg moet zich dus aanpassen aan patiënten die meerdere zorgvragen tegelijk hebben. Dit heeft gevolgen voor de keuze van de behandeling, want veel behandelingen benaderen al de grenzen van de draagkracht van gezonde patiënten. Wanneer iemand problemen heeft op meerdere vlakken is goed multidisciplinair overleg belangrijk. Oudere patiënten met kanker zullen daarom altijd besproken moeten worden in een MDO, al was het alleen maar om zeker te zijn dat problemen op andere gebieden niet gemist worden. In deze gevallen is het essentieel dat het behandelplan voor alle behandelaars beschikbaar is. Zorgverleners moeten de context kennen waarbinnen zij kunnen handelen.

Het is gewenst dat de geriater bij oudere patiënten een analyse uitvoert vóór de behandeling van elke belangrijke tumor, tenzij er goede en gedocumenteerde redenen zijn om dat niet te doen. In de basisset van 2014 is een indicator toegevoegd die vraagt naar het aantal oudere patiënten die geriatrisch zijn geanalyseerd vóór een operatie aan de dikke darm. Dit is dan wel bedoeld als een indicator voor een breed gebied. Ook zijn voor 2015-2016 indicatoren in ontwikkeling over medicatie en oncologie. Er kunnen namelijk problemen ontstaan doordat de verschillende medicamenten voor de verschillende problemen de behandeling bij kanker kunnen verstoren. Goede geïntegreerde informatievoorziening en het op basis van de informatie elektronisch voorschrijven van medicijnen is daarom essentieel.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de oncologie?

Het ziekenhuis heeft geen multidisciplinair overleg bij meerdere tumorsoorten

- Behandelt het ziekenhuis patiënten met mammacarcinoom, rectumcarcinoom, longcarcinoom of urologische tumoren?
 - Zo nee, dan vervallen verdere vragen.
- Wat zijn de minimumeisen die het ziekenhuis stelt aan de samenwerking tussen medisch specialisten bij complexe patiënten?
- Is bekend welk percentage van de patiënten multidisciplinair besproken wordt (per tumorsoort)?
 - Zo ja:
 - Welke afspraken zijn er over het bespreken van oudere patiënten?
 - Zijn er afspraken over andere patiëntengroepen?
 - Zo nee: Hoe wordt het functioneren van de MDO's bewaakt?
- Wordt het inbrengen van patiënten geëvalueerd?
- Welke eisen stelt het ziekenhuis aan de aanwezigheid van specifieke kennis bij een MDO?
 - Wanneer wordt besloten om een bespreking uit te stellen?
 - Kan een patiënt besproken worden als een hoofdbehandelaar afwezig is?
- Hoe is de regiefunctie geregeld voor oncologische patiënten?
- Welke regeling waarborgt continuïteit als een deel van de behandeling buiten het ziekenhuis plaatsvindt?

Eén van de indicatoren colorectale reïnterventie, cytostatica of radiotherapie heeft een opvallende uitslag

- Worden systematische problemen in de keten besproken met de oncologiecommissie?
- Worden systematische problemen in de keten besproken met andere zorgverleners in de keten?
- Wanneer worden problemen in de oncologische keten besproken met de raad van bestuur?

Het ziekenhuis neemt niet deel aan één of meer kwaliteitsregistraties voor de oncologie (voor 2012: Dutch Breast Cancer Audit (DBCA), Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA), NVU database spierinvasief blaascarcinoom) en behandelt de betrokken patiënten wel

- Voldoet het ziekenhuis aan de minimumnormen van de betrokken wetenschappelijke verenigingen?
- Wat zijn de criteria van het ziekenhuis voor het deelnemen aan een kwaliteitsregistratie?
- Welke andere kwaliteitsregistraties heeft het ziekenhuis?
- Welke rol speelt een oncologiecommissie bij het gebruik van gegevens?
- Krijgen specialisten uit andere delen van de keten inzage in resultaten van registraties?

5.1 Samenwerken

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 5.1.

Indicatoren

- Multidisciplinair overleg (MDO).

Wat zijn de risico's

Oncologische zorg is complex en er zijn verschillende specialismen en beroepsgroepen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, regie tussen de verschillende behandelaars en bijblijven in het eigen vakgebied en dat van de collega-specialismen van groot belang. Een goed MDO draagt bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling van de ziekte. Het hebben van een overleg is nog geen garantie voor goede samenwerking; het is niet meer dan de eerste belangrijke stap. Slechte samenwerking vormt met zekerheid een bedreiging voor de kwaliteit van zorg.

Voor de IGZ zijn er meerdere redenen voor het opnemen van het MDO als indicator. Zoals gezegd is een MDO noodzakelijk voor goede zorg. Daarnaast is een goed functionerend MDO voor een specifieke behandeling, met voldoende betrokken specialismen, een teken dat de infrastructuur van het ziekenhuis voldoende ontwikkeld is. Ook maakt het duidelijk dat er voldoende patiënten zijn om een specifiek MDO voldoende diepgang te geven. Een algemeen MDO waar alle patiënten met verschillende typen tumoren besproken worden, komt steeds minder voor. Een algemeen MDO is onwenselijk omdat de kans bestaat dat patiënten als 'hamerstukken' de revue passeren en dus niet echt worden gepresenteerd en overgedragen. Tevens bestaat het risico dat specialisten met een ander aandachtsgebied gaan waarnemen voor collega's met meer kennis en onvoldoende diepgang kunnen geven aan de bespreking. Het niet betrekken van een specialist bij het MDO is dan ook een teken van onvoldoende deskundigheid of van een slechte samenwerking, mogelijk ook buiten de oncologie.

Tijdens het onderzoek naar het oncologisch proces viel het op dat geen enkel ziekenhuis inzicht had in de mate waarin de adviezen van het MDO daadwerkelijk worden opgevolgd^[31]. Het ontbreken van een duidelijk behandelplan, multidisciplinair opgesteld en gecoördineerd uitgevoerd, dat beschikbaar is voor alle betrokkenen is één van de risicofactoren voor slechte kwaliteit van zorg. Daarom is dat een aandachtspunt voor de IGZ.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beschikt wel over een specifiek MDO, maar geeft in de toelichting een voorbehoud aan

- Is er een groep oncologische patiënten die nooit in een MDO besproken wordt?
- Worden specialisten die weinig of geen patiënten inbrengen in een MDO daar op aangesproken? Zo ja, door wie?

[31] Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren.
IGZ (2009).

- Wat is de status van de afspraken van een MDO in het ziekenhuis? Is het MDO de hoofdbehandelaar, volgt uit het MDO het behandelplan, of heeft het MDO puur een adviserende (vrijblijvende) functie?
- Wordt geëvalueerd of adviezen van het MDO ook daadwerkelijk worden uitgevoerd?
- Wat gebeurt er als specialisten systematisch adviezen van het MDO naast zich neerleggen?

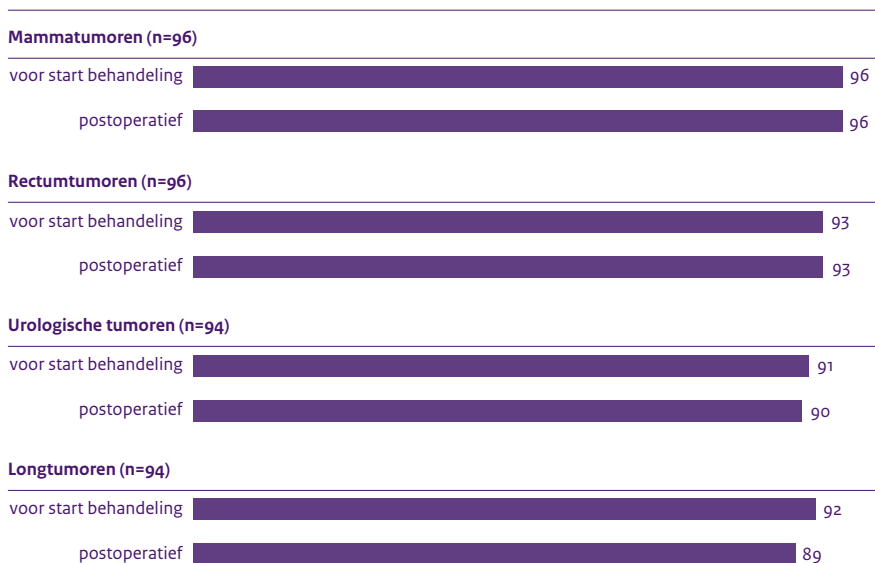
Het ziekenhuis beschikt niet over één van de specifieke MDO's of geeft geen antwoord op de vraag, maar behandelt wel de betreffende patiënten (voor start behandeling dan wel postoperatief)

- Hoe wordt gewaarborgd dat bij het MDO alle relevante disciplines (zie richtlijnen) op essentiële – wanneer 'hun groep' patiënten aan bod komt – aanwezig zijn?
- Hoe vaak ontbreken de essentiële specialismen waardoor patiënten niet besproken kunnen worden?
- Van hoeveel patiënten is een daadwerkelijk verslag te vinden van een MDO zowel van voor start van de behandeling als postoperatief?
- Heeft het IKNL onderzoek gedaan naar het functioneren van het MDO? Zo ja, waren naar hun mening alle relevante specialismen aanwezig?

Resultaten

Figuur 5.1.1

Aanwezigheid van een specifiek MDO



96 ziekenhuizen en radiotherapeutische instellingen gaven aan in 2012 patiënten met een mammacarcinoom te behandelen. Allemaal hielden ze zowel voor de start van de behandeling van een mammacarcinoom als postoperatief een specifiek MDO.

Ook vrijwel alle ziekenhuizen en radiotherapeutische instellingen die aangaven patiënten met een rectumcarcinoom te behandelen, hadden in 2012 zowel voor de start van de behandeling als postoperatief een specifiek MDO. Het Instituut Verbeeten (Tilburg) gaf aan als radiotherapeutisch instituut zelf niet te beschikken over een specifiek MDO, maar aan te sluiten bij de MDO's van de ziekenhuizen in de regio.

94 ziekenhuizen gaven aan in 2012 patiënten met urologische tumoren te behandelen. Zij beschikten allemaal over een specifiek MDO voor de start van de behandeling. Eén ziekenhuis, het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen), gaf aan postoperatief geen specifiek MDO te hebben. Het LUMC (Leiden) gaf geen antwoord op de vraag over het postoperatieve specifieke MDO.

In de basisset van 2012 is voor het eerst gevraagd naar de aanwezigheid van een specifiek MDO voor longcarcinoom. 94 ziekenhuizen gaven aan in 2012 patiënten met longcarcinoom te behandelen. Zij beschikten allemaal over een specifiek MDO voor de start van de behandeling. Drie ziekenhuizen gaven aan postoperatief geen specifiek MDO te hebben.

Twee van deze ziekenhuizen gaven als toelichting dat een ander ziekenhuis de patiënten chirurgisch behandelt en dat in dit opererende ziekenhuis ook het postoperatieve MDO plaatsvindt. Het MUMC+ (Maastricht) gaf geen toelichting op de afwezigheid van het postoperatieve MDO.

Bij alle vragen over de aanwezigheid van een specifiek MDO dachten 2 radiotherapeutische instituten, MAASTRO clinic (Maastricht) en RISO (Deventer), onterecht dat deze vraag niet op hen van toepassing was. Zij hebben geen antwoord gegeven.

Vergeleken met 2011 is het aantal instellingen met een specifiek MDO toegenomen. Naar een specifiek MDO voor urologische tumoren werd in de basisset van 2011 voor het eerst gevraagd: 5 instellingen hadden voor de start van de behandeling geen specifiek MDO. In 2012 gaven alle instellingen aan dit wel te hebben. Het specifieke MDO voor longtumoren werd over 2012 voor het eerst uitgevraagd. Alle instellingen gaven aan voor de start van de behandeling een specifiek MDO te hebben.

Aandachtspunten bij multidisciplinair overleg en de daarbij horende indicator

Taakverdeling en concentratie

Het handhaven van eisen aan infrastructuur is een uitdaging voor een toezichthouder. Zo is de noodzaak om een infrastructuur te hebben voordat een patiënt kan worden behandeld duidelijk. Een operatiekamer is essentieel voor een ingreep aan een gezwel in een borst. Welk niveau operatiekamer vervolgens noodzakelijk is, blijkt ingewikkelder. Een op het eerste gezicht harde norm, blijkt regelmatig niet sterk genoeg om ingrijpen mogelijk te maken.

Een multidisciplinair overleg is een noodzakelijke voorziening in de oncologie^[32]. Verschillende tumorsoorten vragen specifieke kennis. Dat staat onder meer in (ook multidisciplinaire) normdocumenten^[33-34]. Daarin staat bijvoorbeeld de eis dat er twee Maag Darm Lever (MDL)-artsen aanwezig moeten zijn of één MDL-arts en een algemene internist met een specifiek certificaat. Beiden 'met aantoonbaar specifieke expertise in dikke darm-pathologie'. Dit is een moeilijke tekst voor een toezichthouder. Aan de ene kant mag je verwachten dat een MDL-arts beschikt over specifieke expertise over darmziekten, maar de extra vermelding doet vermoeden dat het hier gaat om eisen boven de normale specialisatie. Hoe een instelling met één MDL-arts aan deze voorwaarde moet voldoen, is niet duidelijk. Deze arts zal dan ook op een heleboel andere gebieden specifieke expertise moeten hebben. De ziekenhuizen met één MDL-arts in 2013 meldden wel allen een specifiek MDO te hebben. Het zijn tegelijkertijd ook ziekenhuizen die vlak boven de minimumnorm van vijftig operatieve ingrepen per jaar zitten. Het is dan ook de vraag hoe groot die specifieke expertise is. Dit verklaart ook het gewicht dat wordt gegeven aan de volumenormen. Hoewel ook dit type normen aan interpretatie onderhevig is, is dat gemakkelijker te definiëren en vooral te constateren dan een expertise-eis. Een procedure waarbij specialisten een presentieregister moeten tekenen om aan een norm te voldoen, is niet wenselijk. Aan normen voldoe je omdat dat goed is voor je patiënten.

[32] Rushstaller T, Roe H, Thurlimann B. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialties. *European Journal of Cancer*, 42: 2459-62, 2006.

[33] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, juni 2012. Zie www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

[34] Multidisciplinaire normering oncologisch zorg in Nederland. Stichting Oncologische Samenwerking, december 2012. Zie: www.soncos.org

5.2 Borstkanker

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 5.2 en 5.3.

Indicatoren

- Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie.
- Beschikbaarheid verslag van pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammaspreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD^[35].
- Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)^[36].

Wat zijn de risico's

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland (incidentie en prevalentie) en een belangrijke doodsoorzaak^[37]. Omdat borstkanker een grote groep patiënten treft en de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de geleverde kwaliteit van de zorg. De ingrijpende behandeling is complex en er zijn verschillende specialismen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, een goede regie van het zorgproces en blijven in het eigen vakgebied en dat van de collega-specialismen van groot belang. Een duidelijk en voor alle betrokkenen toegankelijk behandelplan en een goede verslaglegging van de uitgevoerde handelingen zijn cruciaal. Gekoppeld aan een tijdige en adequate behandeling draagt dit alles in belangrijke mate bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling van de ziekte^[38]. De indicatoren voor borstkanker geven een indicatie voor onderzoek van het gehele proces van de borstkankercare, ook al belichten de huidige indicatoren alleen de eerste chirurgische fase van de behandeling.

De organisatie van de diagnostiek en behandeling van het mammacarcinoom is over het algemeen het best georganiseerd van alle vormen van kanker. De borstkankercare kent ook goed uitgewerkte richtlijnen waarin kwantitatieve normen zijn opgenomen. De betreffende indicatoren geven dan ook vooral een indicatie van de bovengrens van de kwaliteit van (de organisatie van) de kankercare in een ziekenhuis. De inspectie vraagt ook naar het beleid bij de behandeling van borstkanker om zo zicht te krijgen op de geleverde zorg bij andere veelvoorkomende vormen van kanker.

Ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van borstkanker volgen elkaar snel op. De IGZ wil dan ook weten of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de DBCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Met de registratie krijgen ziekenhuizen inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en kunnen ze hun werk aantoonbaar verbeteren. Daarbij komt dat een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare indicatoren op te stellen.

[35] Verder MDO genoemd.

[36] De NABON Mammaregistratie en de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA) gaan vanaf oktober 2012 gezamenlijk verder onder de naam: NABON Breast Cancer Audit (NBCA).

[37] NKR. Nederlandse Kanker Registratie (VIKC).

[38] Overigens is de belangrijkste factor die het resultaat bepaalt het stadium waarin de ziekte zich bevindt aan het begin van de behandeling.

De IGZ heeft in de basisset van 2013 de indicator ‘Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten’ opgenomen. De indicator besteedt aandacht aan andere fasen van de behandeling die niet de chirurgie betreffen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is de benodigde infrastructuur nog aan het ontwikkelen en daarmee in (het voorstadium van) fase 1 van het beleid

Het verslag van het preoperatieve of het postoperatieve multidisciplinaire overleg (MDO) is niet elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem

- Hoe kunnen de behandelaars van alle betrokken specialismen (zie richtlijn) op ieder gewenst moment beschikken over de verslaglegging van het MDO?
- Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het elektronisch beschikbaar stellen van een MDO-verslag? Bij welke andere tumorsoorten is wel een elektronisch verslag beschikbaar?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis rond het toegankelijk maken van essentiële informatie voor andere zorgverleners (ook bijvoorbeeld voor de huisarts)?
- Voor dit MDO en die van andere tumorsoorten waarvoor geen elektronisch verslag beschikbaar is:
 - Hoe waarborgt het ziekenhuis de beschikbaarheid van een MDO-verslag?
 - Hoe zien de afspraken in het MDO eruit?
- Wat is de status van de afspraken in een MDO in het ziekenhuis? Is het een advies of een behandelplan?
 - Indien een advies:
 - Wie stelt het behandelplan op?
 - Hoe waarborgt het ziekenhuis de beschikbaarheid van het behandelplan voor andere zorgverleners?
 - Hoe wordt de kwaliteit van het behandelplan bewaakt?
 - Wat is de functie van een oncologiecommissie hierbij?

Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (uitvoeren metingen)

Bij meer dan 1 patiënt is niet bekend of tumorweefsel is achtergebleven

- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak?
- Zijn de pathologieverslagen compleet, leesbaar en gestructureerd en wordt de landelijk gebruikelijke classificatie toegepast?
- Wat is het beleid bij patiënten van wie geen duidelijke uitslag aanwezig is en bespreekt het ziekenhuis dat met de patiënten?’

Het percentage opgenomen patiënten in de DBCA is relatief laag (voor 2012: minder dan 100%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van mammacarcinomen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl

- het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Hoe zorgt het ziekenhuis dat het up-to-date blijft wat betreft nieuwe en verbeterde behandelingen?
- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de DBCA-registratie?

Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage opgenomen patiënten in de DBCA te kunnen berekenen

- Het ziekenhuis lijkt hiermee niet aan de minimum kwaliteitsnormen van de NVvH te voldoen. Kan het ziekenhuis aantonen dat het op dit moment wel aan deze minimum kwaliteitsnormen voldoet?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van mammacarcinomen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Hoe zorgt het ziekenhuis dat het up-to-date blijft wat betreft nieuwe en verbeterde behandelingen?

Het ziekenhuis heeft minder dan 50 patiënten met een mammacarcinoom chirurgisch behandeld

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
 - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
 - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 50, afkomstig uit januari 2011. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van operaties voor een mammacarcinoom, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoen.
 - Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
 - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van ingrepen?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van meetgegevens)

Het percentage geopereerde patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief hoog (voor 2012: meer dan 9,8%)

- Welke analyse heeft het ziekenhuis zelf toegepast?
- Hoe is het differentiatiebeleid van het ziekenhuis?
- Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de operateurs?
- Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de radiologen bij radiologisch gelokaliseerde niet palpabele mammacarcinomen?
- Is volledige preoperatieve diagnostiek mogelijk?
- Hoe zijn de mammapoli en het MDO geregeld?

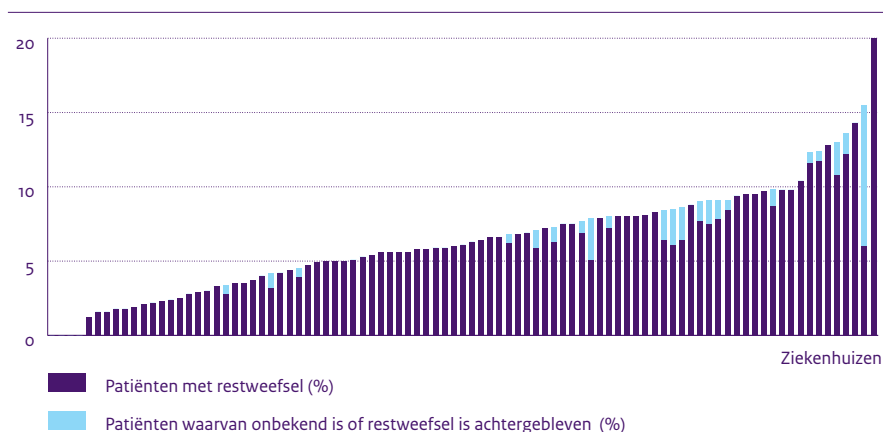
Het percentage geopereerde patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief laag (voor 2012: minder dan 1,9%)

- Doet het ziekenhuis onderzoek naar de tevredenheid van vrouwen over het cosmetisch resultaat?
- Wat is daar de uitslag van?
- Welke onderwerpen komen aan de orde bij het informed consent (toestemmingsgesprek)?
- Hoe verhoudt het aantal borstsparende operaties zich tot het aantal borstamputaties?
- Hoe is de trend over de laatste 4 jaar in de verhouding borstsparende ingrepen/ borstamputatie?

Resultaten

Figuur 5.2.1

Percentage restweefsel na borstsparende operaties (n=90)



In 2012 hadden 90 ziekenhuizen in totaal 9.424 patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS). Dit aantal is hoger dan het werkelijke aantal patiënten doordat samenwerkende ziekenhuizen dezelfde gegevens dubbel aanleveren. Zonder deze dubbelingen zijn er in totaal 9.053 patiënten met een eerste borstsparende operatie behandeld in 88 ziekenhuizen, gemiddeld 102 per ziekenhuis.

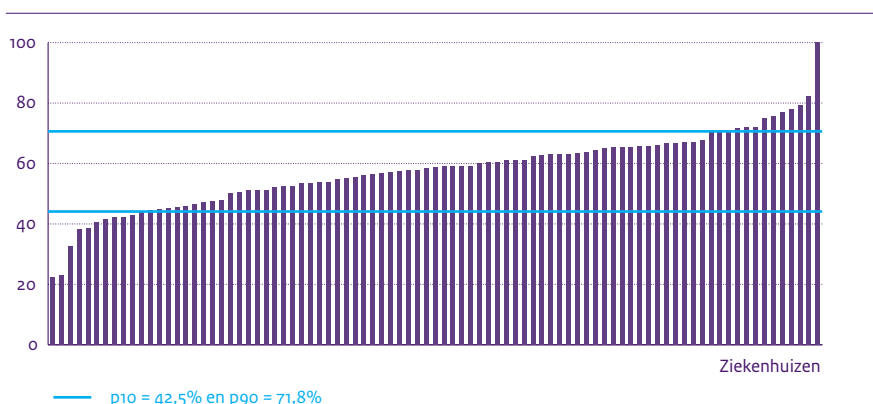
Gemiddeld bleef bij 6,0% van de patiënten met een borstsparende operatie restweefsel achter. Dit percentage liep uiteen van 0 tot 20%. Bij 34 patiënten (0,4%) verdeeld over 20 ziekenhuizen was niet bekend of restweefsel was achtergebleven. Het percentage 'onbekend' liep uiteen van 0 tot 9,5%.

Het percentage patiënten waarbij restweefsel achterblijft is al jaren dalende. In 2011 was dit percentage gemiddeld 6,5% en dit is dus met 0,5 procentpunt verder gedaald. Het

percentage patiënten waarbij niet bekend is of restweefsel is achtergebleven, is in 2012 licht gestegen naar 0,4%, dit was in 2011 0,3%. Het aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie is met ongeveer 500 gestegen ten opzichte van 2011.

Figuur 5.2.2

Percentage patiënten dat met een borstsparende operatie is behandeld (n=90)



In 2012 is aan de basisset de vraag toegevoegd hoeveel patiënten met een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS) chirurgisch zijn behandeld. Daaruit kan worden afgeleid dat gemiddeld 57,7% van deze patiënten met een borstsparende operatie is behandeld. Dit percentage is behoorlijk verspreid over de 90 ziekenhuizen en loopt uiteen van 22,4% tot 100%.

De ziekenhuizen hadden in 2012 samen 15.766 patiënten met een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS) chirurgisch behandeld. Ook in dit totaal zitten dubbelingen van samenwerkende ziekenhuizen. Indien deze gegevens maar één keer meegeteld worden, zijn er totaal 15.186 patiënten met een primair mammacarcinoom chirurgisch behandeld.

Het aantal patiënten loopt uiteen van 43 tot 537 per ziekenhuis. De norm van de NVvH eist dat een ziekenhuis minimaal 50 operaties voor mammacarcinoom per jaar verricht^[39].

Over 2012 gaf 1 ziekenhuis aan minder dan 50 patiënten met een primair mammacarcinoom chirurgisch te hebben behandeld. Dit ziekenhuis lijkt hiermee niet te voldoen aan de norm en moet hierover verantwoording afleggen aan de IGZ. Indien het ziekenhuis niet kan aantonen aan de normen te voldoen of te gaan voldoen, moet zij stoppen met het uitvoeren van deze ingreep.

[39] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

In 91 van de 94 ziekenhuizen was zowel het verslag van het preoperatieve MDO als van het postoperatieve MDO elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem. Dit betekent dat de behandelaars van alle betrokken specialismen direct over deze verslaglegging konden beschikken. Twee ziekenhuizen, LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer) en Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne), gaven als laatste ziekenhuizen aan het preoperatieve verslag nog steeds niet elektronisch beschikbaar te hebben. Het Medisch Centrum Alkmaar (Alkmaar) gaf aan dat de elektronische verslaglegging van het postoperatieve MDO niet van toepassing was. Ze gaven hierop geen toelichting. In vergelijking met 2011 is het aantal ziekenhuizen dat beide verslagen van het MDO elektronisch beschikbaar heeft met 2 toegenomen.

Figuur 5.2.3

Deelname aan de DBCA (n=86)



Voor 2012 is een nieuwe indicator in de basisset gekomen die vraagt naar deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)^[40]. 88 ziekenhuizen gaven aan dat ze gegevens aanleveren aan de DBCA over de eerste chirurgische resecties voor primair mamma carcinoom. 2 ziekenhuizen, Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) en VieCuri (Venlo en Venray), gaven aan dit (nog) niet te doen en 1 ziekenhuis, MUMC+ (Maastricht), vulde 'niet van toepassing' in. Van de 88 ziekenhuizen die wel gegevens aanleverden, gaven 2 ziekenhuizen niet aan om hoeveel patiënten het ging. De overige 86 ziekenhuizen leverden gemiddeld 98,3% van de chirurgische resecties voor primair mamma carcinoom aan bij de DBCA.

[40] De NABON Mammaregistratie en de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA) gaan vanaf oktober 2012 gezamenlijk verder onder de naam: NABON Breast Cancer Audit (NBCA).

Aandachtspunten voor de borstkankerzorg en de daarbij horende indicatoren

Borstkanker komt in West-Europa in het algemeen relatief vaak voor

Er zijn duidelijke verschillen wat betreft borstkanker tussen delen van Europa. In 2006 had de EU een leeftijdsgestandaardiseerde incidentie van 110,3 patiënten met borstkanker per 100.000 inwoners. In het westen van Europa, zoals in Nederland en Frankrijk, lag de incidentie duidelijk hoger met ongeveer 128 patiënten met borstkanker per 100.000 inwoners. In het oosten van Europa, zoals in Polen met een incidentie van 74,1, Rusland met 67,3 en Moldova met (als laagste) 51 lag de incidentie duidelijk een stuk lager^[41].

De absolute sterfte verschilt ook, maar veel minder

Er zijn ook verschillen in mortaliteit door borstkanker per 100.000 inwoners, maar die verschillen zijn verrassend genoeg veel kleiner dan de verschillen in incidentie van de ziekte. Als voorbeeld Rusland dat dezelfde mortaliteit heeft als Nederland (29,8 sterfgevallen door borstkanker per 100.000 inwoners), bij ongeveer de helft van de incidentie^[42]. De Nederlandse sterfte is in de periode 2001 tot 2011 duidelijk afgenomen van 33,1 naar 26,9 per 100.000 inwoners. De afname over tien jaar was in Nederland 19%. De systematische afname van de mortaliteit maakt het duidelijk dat bij vergelijking met andere landen, dezelfde jaren gebruikt moeten worden. De incidentie is in dezelfde periode met 6% toegenomen. Als de periode van 1989 tot nu bekeken wordt, is de toename in incidentie veel groter (van 97 naar 133 per 100.000). Dit wordt waarschijnlijk vooral veroorzaakt door de invoering van screening. Dit maakt ook duidelijk dat incidentie hier gedefinieerd moet worden als het aantal ontdekte tumoren. Door screening worden meer tumoren gevonden, waarvan een deel zonder screening niet ontdekt zou worden. Op basis van die observatie zou de verwachting zijn dat screening ook bij gelijkblijvende kwaliteit van zorg zou moeten leiden tot een langere overleving. Er worden meer tumoren ontdekt die anders niet zichtbaar zouden zijn geworden, mogelijk omdat zij langzamer groeien. In ieder geval zijn landen met en zonder screeningsprogramma niet vergelijkbaar.

Vijf- en tienjaarsoverleving verbetert over de tijd, maar wordt beïnvloed door vele factoren

De voor leeftijd en andere populatievariabelen gecorrigeerde vijf- en tienjaarsoverleving nam in de afgelopen jaren systematisch toe. De effecten van een betere behandeling en van het eerder ontdekken van de tumor door screening zijn niet te scheiden. Een Engelse studie schat dat voor elke effectief behandelde screeningspatiënt er twee patiënten behandeld worden, terwijl hun tumor niet tijdens het leven tot klachten zou hebben geleid^[43].

[41] Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*. 2007;18(3):581–592.

[42] Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*. 2007;18(3):581–592.

[43] Pharoah PD, Sewell B, Fitzsimmons D, Bennett HS, Pashayan N. Cost effectiveness of the NHS breast screening programme: life table model. *BMJ*. 2013 May 9;346:f2618.

De tienjaarsoverleving is in de afgelopen periode gestegen van 65% naar 77%. De vijfjaars-overleving (diagnose 2007) in het Verenigd Koninkrijk is identiek aan die in Nederland (85,1%). Beide landen hebben een vergelijkbaar screeningsprogramma.

Op dit resultaat zijn vele factoren van invloed: het eenduidig hanteren van tumor-classificaties, maar ook het betrekken van belangrijke prognostische factoren. Een factor is de in de richtlijn genoemde genexpressie in de tumor. Een DNA-profiel gebaseerd op 76 genen verdeelde patiënten in twee verschillende groepen met respectievelijk 94% en 64% kans op tienjaarsoverleving bij verder gelijke karakteristieken. Dit laat ook één van de problemen zien met deze vorm van vergelijkingen. De tienjaarsoverleving is dus gebaseerd op de DNA-technologie uit 1996, terwijl dit een van de snelst ontwikkelende gebieden is^[44]. Het is duidelijk dat er redenen zijn waarom de tienjaarsoverleving geen inspectievariabele is.

Vergelijking van procesonderdelen

De basisset besteedt aandacht aan het percentage tumorresten na borstsparende therapie. Op het eerste gezicht is deze maat eenvoudiger te vergelijken. Patiënten die in staat zijn een ingreep te doorstaan, komen in aanmerking voor borstsparende behandeling. Het pathologisch anatomisch onderzoek moet van voldoende kwaliteit zijn om de marges van de tumor te beoordelen en het proces is binnen korte tijd afgerond. Toch is het ingewikkelder. De problemen bij deze indicator kwamen al bij de invoering van de indicator naar voren. Tellen focale resten mee? En welke diepte moet tumorvrij zijn voordat het oordeel 'vrij' kan worden afgegeven? In een publicatie werd het percentage onvoldoende radicale operaties op 31% geschat, wat erg ongunstig afstak tegen de 6% die op dit moment het Nederlandse gemiddelde is. Daarbij bleek dat een grens van 1 cm vrij weefsel werd aangehouden, een veel zwaardere eis dan de normaal gebruikte waarde. Een ander issue is de noodzaak van aanvullende maatregelen. In de praktijk bleken ziekenhuizen tumorresten die niet tot vervolgactie leidden, niet mee te tellen. Geen heroperatie, geen tumorrest was de conclusie. Een andere variant werd tijdens het eerste inspectie-onderzoek naar aanleiding van deze indicator geconstateerd. Het ziekenhuis gaf het aantal ingrepen op waarbij een tumorrest was achtergebleven ná de heroperatie voor een tumorrest. Dit ziekenhuis was overigens opgevallen door het bijzonder lage aantal tumorresten in de indicator. Dat een dergelijke indicator niet altijd eenduidig te vergelijken is, is duidelijk. Dat dit interessante gegevens zijn voor een toezichthouder ook.

[44] Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz J-M, De Angelis R. Cancer survival in five continents: a world-wide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; 9: 730-56.

5.3 Longchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 5.3.

Indicatoren

- Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd

Wat zijn de risico's

De anatomische resectie van een long of een deel ervan is een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een hoger risico op permanente of tijdelijke schade of om te overlijden. Het uitvoeren van deze hoogrisico operaties stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is dan ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het peri- en postoperatieve proces op peil blijft. De inspectie vindt het belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van hoog-risico-laag-volume ingrepen. Deze ingrepen (waaronder ook sommige vormen van scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor.

Vanaf het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. De NVvH, NVALT en NVT hebben bepaald dat wanneer een ziekenhuis verantwoorde longchirurgie wil aanbieden, tenminste twee (voor de algemene heelkunde gecertificeerde) specialisten zich specifiek op de longchirurgie dienen toe te leggen. Daarnaast wordt het aantal van 20 anatomische resecties per jaar per team als uiterste minimum gezien voor het leveren van verantwoorde zorg. Voor de cardio-thoracaal chirurgische centra is besloten 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. Het is ook hier belangrijk dat het ziekenhuis beschikt over goede data om het eigen beleid te evalueren en om verwijzers in staat te stellen een verantwoorde keuze te maken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal resecties uitgevoerd door longchirurgen is minder dan 20 (volumenorm NVvH)

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
 - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
 - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen niet aan de minimumnorm van 20, afkomstig uit januari 2011. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van deze verrichting door longchirurgen, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoen.
 - Wat is het concentratiebeleid van betrokken maatschap?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?

- Indien niet meer uitgevoerd:
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
 - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?

Het aantal resecties uitgevoerd door cardio-thoracaal chirurgen is minder dan 50 (volumenorm NVT)

- Voeren cardio-thoracaal chirurgen in het ziekenhuis de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
 - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap genomen om over 2013 aan deze norm te kunnen voldoen?
 - Wat is het concentratiebeleid van de vakgroep/maatschap?
- Indien niet meer uitgevoerd:
 - Is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
 - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoog-risico-laag-volume verrichtingen?

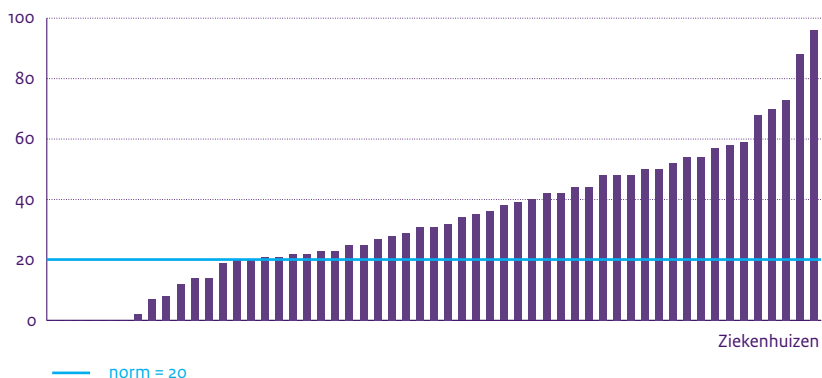
Zowel longchirurgen als cardio-thoracaal chirurgen voerden resecties uit, het totaal was minder dan 70 (gecombineerde volumenorm NVvH en NVT)

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd: Wat is de prognose voor het halen van de norm over 2013?

Resultaten

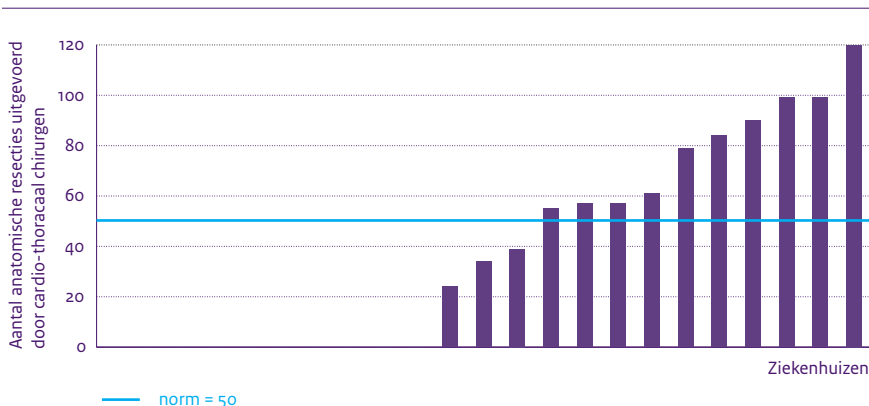
Figuur 5.3.1

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door longchirurgen (n = 49)



Figuur 5.3.2

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door cardio-thoracaal chirurgen (n = 23 waarvan 2 zowel door de cardio-thoracaal chirurg als de longchirurg)



60 ziekenhuizen antwoordden dat ze in 2012 anatomische resecties van de long uitgevoerd hebben. In 47 van deze ziekenhuizen werden anatomische resecties alleen door de longchirurgen uitgevoerd. In 11 ziekenhuizen werden de anatomische resecties alleen door cardio-thoracaal chirurgen uitgevoerd en in 2 ziekenhuizen zowel door longchirurgen als door cardio-thoracaal chirurgen.

Per ziekenhuis werden gemiddeld 43 anatomische longresecties uitgevoerd. Het minimum was 2 en het maximum was 120. In totaal werden 2.601 anatomische longresecties uitgevoerd. Voor de longchirurgen geldt een minimum volumennorm van 20 per ziekenhuis^[45] en voor de cardio-thoracaal chirurgen geldt een minimum volumennorm van 50 per ziekenhuis (norm NVT). Als zowel de longchirurgen als de cardio-thoracaal chirurgen longresecties uitvoeren, geldt een minimum van 70 en dient elke specialist te voldoen aan de volumennorm van de eigen wetenschappelijke vereniging.

Door 7 ziekenhuizen werden minder dan 20 anatomische longresecties uitgevoerd door delongchirurgen. Zij lijken hiermee niet te voldoen aan de norm en moeten hierover verantwoordelijkheid afleggen aan de IGZ. Indien zij niet kunnen aantonen dat zij aan de normen voldoen of gaan voldoen, moeten de ziekenhuizen stoppen met het uitvoeren van deze ingreep.

In 3 ziekenhuizen voerden de cardio-thoracaal chirurgen minder dan 50 anatomische longresecties uit. In 1 ziekenhuis voerde het team van longchirurgen en cardio-thoracaal chirurgen minder dan 70 resecties uit. Omdat de norm van de NVT pas halverwege 2011 is vastgesteld, kan de IGZ hier pas in 2013 op handhaven. Ziekenhuizen krijgen een overgangstermijn van een jaar om aan de nieuwe normen te voldoen.

[45] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

Aandachtspunten voor de zorg bij longchirurgie en de daarbij horende indicator

Vakoverstijgende kwaliteitsregistratie

Het is inmiddels breed geaccepteerd dat een goede chirurgische kwaliteitsregistratie wordt ingevoerd rond hoogcomplexere ingrepen waarvoor minimumnormen gelden. Meestal is deelname aan die kwaliteitsregistratie een voorwaarde voor uitvoering van de ingreep. Dit geldt al voor algemeen chirurgen en cardio-thoracaal chirurgen, maar is nog niet vanzelfsprekend voor vakken als urologie en neurochirurgie. Ook voor die vakken wordt deelname wel als zeer wenselijk gezien. Dat is ook de reden waarom deelname zo vaak voorkomt in deze basisset indicatoren. Het is echter nog minder vanzelfsprekend dat andere vakken die een (grote) bijdrage leveren aan het resultaat, ook deelnemen. Sommige van die vakken zijn het niveau van de complicatieregistratie nog niet ontstegen. Het is daarom goed om te zien dat er duidelijke tekenen zijn dat longartsen en radiotherapeuten op vergelijkbare wijze gaan deelnemen aan de kwaliteitsregistratie voor de behandeling van het longcarcinoom. Alleen als het hele proces op een goede manier geanalyseerd kan worden, is kwaliteitsbewaking van de hele behandeling mogelijk. Het streven is dan ook hiervoor in de basisset van 2015 een indicator op te nemen.

Samen of toch apart: Regels en ratio

Eén van de problemen voor een toezichthouder in een steeds meer publiek toezichtproces is het interpreteren van normen. Dat is al complex als er één groep is die onder de normen valt, maar het wordt pas echt interessant als er twee groepen zijn met verschillende ideeën. Een voorbeeld hiervan zijn de algemeen chirurgen en de cardio-thoracaal chirurgen. Beide hebben op grond van goede overwegingen een minimumnorm ingesteld. Kort gezegd: 50 longresecties voor cardio-thoracaal chirurgen en 20 voor longchirurgen, wat in de praktijk 50 of 20 ingrepen per locatie betekent. Als een ziekenhuis twee verschillende vakgroepen heeft die ingrepen uitvoeren, moeten ze beide voldoen aan de norm. Als de cardio-thoracaal chirurgen 50 ingrepen hebben gedaan, is het niet de bedoeling dat de algemeen chirurgen doorgaan met het uitvoeren van minder dan 20 resecties per jaar. De geest van de regel is duidelijk. Beide groepen moeten ook meedoen aan de kwaliteitsregistratie en die moet één grote gemene deler hebben. Je mag de ingrepen verdelen over twee vakgroepen, maar je moet er wel samen over kunnen praten op basis van gezamenlijke gegevens.

De vraag is nu wat de norm moet zijn als één van de twee betrokken vakgroepen de hele verantwoordelijkheid overneemt, inclusief de betrokken chirurg(en) van de andere vakgroep. Het is duidelijk dat dit voordelen heeft voor de onderlinge coördinatie, communicatie en de eenduidigheid van het proces. Maar betekent dit ook dat als de vakgroep van longchirurgen de verantwoordelijkheid neemt en de collega cardio-thoracaal chirurg onder hun hoede neemt, de norm voor dit ziekenhuis bijgesteld kan worden van 70 naar 20? Toezichthouders moeten zelf geen normen opstellen, maar zij moeten wel invloed hebben op die aspecten van de norm die de handhaafbaarheid bepalen.

5.4 Gastro-intestinaal

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 5.4 t/m 5.6.

Indicatoren

- Deelname aan de Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA).
- Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD).
- Ongeplande reïnterventies na resectie van primair colorectaal carcinoom.
- Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

Wat zijn de risico's

Een carcinoom van de pancreas (kanker van de alvleesklier) heeft een slechte prognose en de resectie van de pancreas is een complexe ingreep. Er zijn 1.750 nieuwe patiënten per jaar en de mortaliteit is hoog^[46]. De voornaamste behandeling is chirurgisch; hiervoor komt 20% van de patiënten in aanmerking. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goed samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Dit zorgt voor minder complicaties en een lagere postoperatieve sterfte. Een goed concentratiebeleid is voor de inspectie een indicator voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met een pancreascarcinoom.

In tegenstelling tot kanker van de alvleesklier zijn dikke darmkanker, borst-, long- en prostaatkanker veelvoorkomende kwaadaardige aandoeningen. Het treft een grote groep patiënten, de behandeling van deze groepen patiënten kent duidelijke risico's en de behandeling is in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk. Daarom is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de kwaliteit van die behandeling.

De inspectie let in het bijzonder op de kwaliteit van de resectie van een primair colorectaal carcinoom omdat het een veelvoorkomende ingreep is waarna relatief vaak een reïnterventie nodig is. De patiënt heeft dan opnieuw klachten gekregen, meestal door een naadlekkage. Hoewel niet alle reïnterventies te voorkomen zijn, kan goed kwaliteitsbeleid het aantal wel beperken. Daarvoor is van belang dat een ziekenhuis inzicht heeft in de eigen prestaties. Een opvallend laag percentage reïnterventies is ook een indicatie voor onderzoek. Zo is het mogelijk het risico op reïnterventies te verminderen door meer stoma's te plaatsen. Hoewel dit altijd mogelijk is in overleg met de patiënt, lijkt deze optie als systematische keuze niet wenselijk. Stoma's hebben grote invloed op de kwaliteit van leven. De inspectie wil dan ook weten of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de DSCA en de DUCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een indicator die vraagt naar deelname aan een kwaliteitsregistratie leidt tot versnelde deelname aan dergelijke registraties. Deelname aan een landelijk registratiesysteem maakt het bovendien eenvoudiger in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren op te stellen. Dat is van belang omdat, naast de eerder genoemde ingrepen, aandoeningen van de dikke darm veel voorkomen.

Gezien de hoge mortaliteit bij een colorectale reïnterventie gaat de inspectie ervan uit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt

[46] www.oncoline.nl/pancreascarcinoom

eerder over deze signalen dan de inspectie. Zij verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de inspectie bereiken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de normen voor chirurgische behandelingen van de NVvH uit januari 2011^[47].

- 1 *Het aantal resecties van de pancreas (Whipples of PPPD) is minder dan 20, of*
 - 2 *Het aantal resecties van de slokdarm (OCR) is minder dan 20, of*
 - 3 *Het aantal resecties van een primair colorectaal carcinoom is minder dan 50*
- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit?
 - Indien nog uitgevoerd:
 - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
 - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm, afkomstig uit januari 2011. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van deze behandeling tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoen.
 - Wat is het concentratiebeleid van betrokken maatschap?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
 - Indien niet meer uitgevoerd:
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
 - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
 - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en de ambulancezorg?
 - Indien van toepassing: Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van deze patiënten met spoedindicatie?

Het ziekenhuis voerde minder dan 10 maagresecties uit

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
 - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap genomen om over 2013 aan deze norm van 10 en over 2014 aan de verhoogde norm van 20 maagresecties te kunnen voldoen?
 - Zijn er andere onderdelen van de norm waar het ziekenhuis niet aan voldoet (zie Normering chirurgische behandelingen 3.0^[48])? Zo ja, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te voldoen?
 - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?

[47] Normering chirurgische behandeling 1.0. NVvH (Januari 2011).

[48] Normering chirurgische behandeling 3.0. NVvH (Juni 2012).

- Indien niet meer uitgevoerd:
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
 - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
 - Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met de regionale huisartsen?

Het ziekenhuis geeft aan geen resecties van de pancreas, de maag, de slokdarm of van een primair colorectaal carcinoom te verrichten en patiënten door te verwijzen

- Hoe ziet het verwijzbeleid van het ziekenhuis eruit?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?

Het percentage colorectale reïnterventies was relatief hoog (voor 2012: meer dan 16,7%)

- Wat was in 2012 de ziekenhuismortaliteit na resectie van een primair colorectaal carcinoom?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal reïnterventies te verminderen?

Het percentage colorectale reïnterventies was relatief laag (voor 2012: minder dan 5,7%)

- Hoe spoort het ziekenhuis reïnterventies op?
- Wat is het percentage patiënten dat een stoma heeft gekregen in 2010-2012?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?

Het percentage geregistreerde patiënten in de DSCA is relatief laag of het percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief laag of het percentage maag-resecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief laag (voor 2012: minder dan 100%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij deze chirurgische behandelingen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

Het percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief hoog of het percentage maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief hoog (voor 2012: 100%)

- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de DUCA registratie?

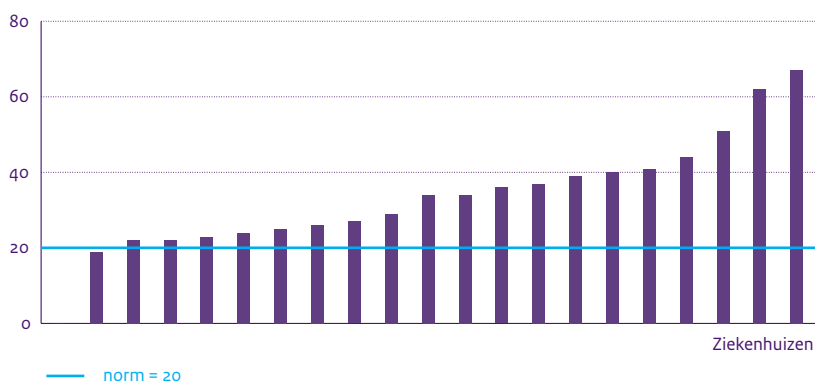
Het ziekenhuis heeft geen informatie over slokdarmresecties voor primair carcinoom aan de DUCA geleverd of het ziekenhuis heeft geen informatie over maagresecties voor primair maagcarcinoom aan de DUCA geleverd of het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aan geleverd om het percentage te kunnen berekenen.

- Het ziekenhuis lijkt hiermee niet aan de minimum kwaliteitsnormen van de NVvH te voldoen. Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan deze minimum kwaliteitsnormen voldoet?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van slokdarmcarcinoom of maagcarcinoom?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

Resultaten

Figuur 5.4.1

Aantal klassieke whipples of PPPD's (n=21)



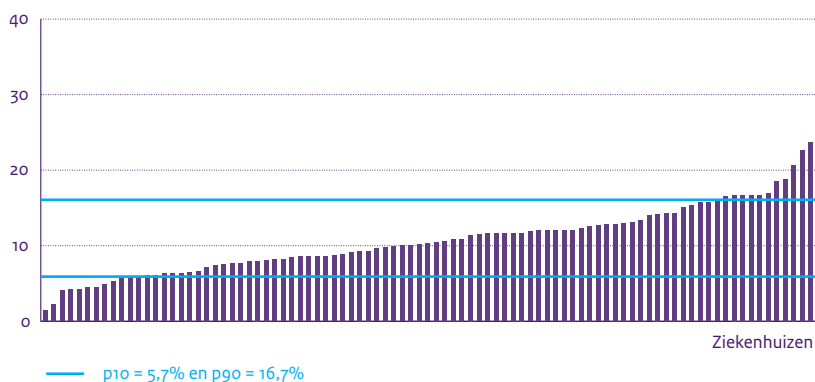
In totaal voerden 21 ziekenhuizen 702 resecties van de pancreas uit. Het aantal operaties per ziekenhuis varieerde van 0 tot 67 (gemiddelde 33, mediaan 34). 2 ziekenhuizen voerden minder dan 20 pancreasresecties uit. Eén van deze ziekenhuizen gaf bij de indicator zelf aan 0 pancreasresecties uitgevoerd te hebben. In de toelichting gaven ze aan dat ze nog 3 patiënten hebben geopereerd voordat ze alle patiënten, conform samenwerkingsafspraken, doorverwezen.

In 2012 voerden 71 ziekenhuizen geen resecties van de pancreas uit. Deze ziekenhuizen verwezen samen ongeveer (niet ieder ziekenhuis weet exact hoeveel) 640 patiënten. Een groot deel van deze patiënten werd door het ontvangende ziekenhuis uiteindelijk niet geopereerd.

In vergelijking met 2011 werden er in minder ziekenhuizen gemiddeld meer pancreasresecties uit. Het aantal ziekenhuizen dat minder dan 20 resecties doet, nam af.

Figuur 5.4.2

Percentage ongeplande reïnterventies na resectie van primair colorectaal carcinoom (n=91)



91 ziekenhuizen voerden (primaire) resecties van een colorectaal carcinoom uit. Het percentage ongeplande reïnterventies na primaire resectie van een colorectaal carcinoom was gemiddeld 10,7% (mediaan 10,3%). Het percentage varieerde van 1,4 tot 23,7%. De 91 ziekenhuizen gaven in totaal 10.396 primaire resecties van een colorectaal carcinoom op en 1.132 ongeplande reïnterventies. Dit aantal is vertekend doordat samenwerkende ziekenhuizen dezelfde gegevens dubbel aanleveren. Indien de inspectie deze gegevens maar 1 keer meetelt, waren er 10.150 primaire resecties en 1.091 ongeplande reïnterventies. Vrijwel alle chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom in colon of rectum werden aan de DSCA geleverd. Van de 91 ziekenhuizen gaven 90 ziekenhuizen aan 100% van de gegevens aangeleverd te hebben bij de DSCA. Alleen het Bronovo (Den Haag) had van haar 87 patiënten 81,6% bij de DSCA aangeleverd.

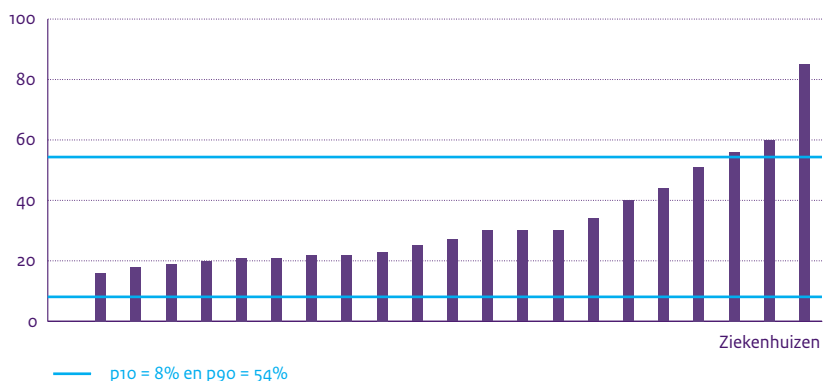
De norm van de NVvH geeft aan dat er minimaal 50 colorectale resecties per jaar verricht worden^[49]. Over 2012 gaven 4 ziekenhuizen aan minder dan 50 chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom te hebben verricht. Zij lijken hiermee niet te voldoen aan de norm en moeten hierover verantwoording afleggen aan de inspectie. Indien deze ziekenhuizen niet kunnen aantonen dat zij aan de normen voldoen of gaan voldoen, moeten zij stoppen met het uitvoeren van deze ingreep.

Vergeleken met 2011 is het totaal aantal primaire resecties nagenoeg gelijk gebleven. Het gemiddelde percentage ongeplande reïnterventies is met 0,3% gestegen in 2012. De aanlevering aan de DSCA is verder gestegen. In 2011 leverden nog 6 ziekenhuizen niet al hun patiënten aan, in 2012 was dit slechts 1 ziekenhuis.

[49] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

Figuur 5.4.3

Aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom (n=23)



Over 2012 is een nieuwe indicator in de basisset gekomen die vraagt naar de deelname aan de Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA) specifiek bij de chirurgische behandeling van slokdarmkanker en maagkanker.

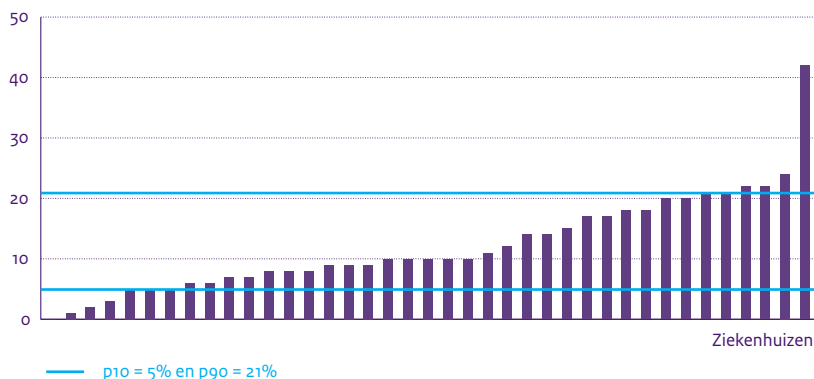
26 ziekenhuizen gaven aan in 2012 patiënten met slokdarmkanker chirurgisch te behandelen. Van deze ziekenhuizen gaven er 3 aan dat slokdarmresecties in een ander ziekenhuis plaatsvonden. De overige 23 ziekenhuizen voerden in totaal 756 slokdarmresecties uit, gemiddeld 23 per ziekenhuis, uiteenlopend van 16 tot 85. 22 ziekenhuizen leverden van al hun slokdarmresecties aan de DUCA de gegevens aan. Slechts 1 ziekenhuis, het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht), leverde geen 100% maar 55,6% aan.

De norm van de NVvH geeft aan dat er minimaal 20 slokdarmresecties per jaar verricht worden^[50]. Over 2012 gaven 3 ziekenhuizen aan minder dan 20 slokdarmresecties verricht te hebben. Zij lijken hiermee niet te voldoen aan de norm en moeten hierover verantwoording afleggen aan de IGZ. Indien zij niet kunnen aantonen aan de normen te voldoen of te gaan voldoen, moeten de ziekenhuizen stoppen met het uitvoeren van deze ingreep.

[50] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

Figuur 5.4.4

Aantal maagresecties voor primair carcinoom (n = 38)



De chirurgische behandeling van patiënten met maagkanker werd in 2012 in 39 ziekenhuizen uitgevoerd. Eén van deze ziekenhuizen vulde in 0 maagresecties uit te voeren. In de toelichting gaven ze aan dat ze nog 2 maagresecties hebben uitgevoerd voordat ze alle patiënten, conform samenwerkingsafspraken, doorverwezen. De overige 38 ziekenhuizen voerden in totaal 476 maagresecties uit, gemiddeld 13 per ziekenhuis, uiteenlopend van 1 tot 42. 36 ziekenhuizen leverden van al hun maagresecties de gegevens aan de DUCA. Slechts 2 ziekenhuizen, het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) en het IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel), leverden niet alle gegevens aan. De norm van de NVvH geeft aan dat er een minimum aantal van 10 maagresecties verricht in 2012 en 20 verricht in 2013 geldt^[51]. Omdat de NVvH deze norm pas in 2012 bekend heeft gemaakt, kan de inspectie hier nog niet op handhaven.

[51] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

Aandachtspunten voor gastro-intestinale ingrepen en de daarbij horende indicatoren

Internationale vergelijking en de DSCA

De DSCA is in veel opzichten de pilot geweest voor de volgende generatie kwaliteitsregistraties in Nederland. In alle belangrijke opzichten maakt deze registratie van het zorgproces, samen met alle procesvariatie en complicaties, de klassieke complicatieregistratie overbodig, mits voor hetzelfde onderwerp ook een kwaliteitsregistratie is ingericht. Het is niet langer genoeg om complicaties te verzamelen en te bespreken, het is ook noodzakelijk om de context te interpreteren. Het vermijden van complicaties is niet het enige, en zeker niet het voornaamste doel van zorg. Verbeteringen zijn op vele gebieden te vinden: van het verbeteren van de pathologie (het in publicaties vaak genoemde minimum van tien te onderzoeken lymfeklieren) tot aan doorlooptijden en het beleid bij kwetsbare ouderen. Bij internationale vergelijking van gegevens ligt het voor de hand om te kijken naar de DSCA. Gebouwd naar Zweeds model, op nationaal niveau steeds toegankelijker (zie het jaarverslag^[52]), met een uitstekende landelijke dekking (van de 10.150 resecties die bij de inspectie bekend zijn, zijn de resultaten van 10.017 in de rapportage terug te vinden) en in lijn met de basisset. Toch waagt de DSCA zich nog niet aan een vergelijking van de resultaten tussen Nederland en Zweden. Het zou interessant zijn om te weten wat de achtergrond daarvan is en welke factoren een rol spelen in het succes van de DSCA. Een soortgelijk Belgisch initiatief is er vooralsnog niet in geslaagd om tot een redelijke dekking te komen. Het opzetten van internationaal vergelijkbare structuren blijkt dankbaar, maar moeilijk.

Normering vraag duidelijkheid en aanscherping

In 2012 zijn de multidisciplinaire SONCOS (Stichting Oncologische Samenwerking)-normen gepubliceerd^[53]. Voor een deel zijn deze een directe voortzetting van eerdere normdocumenten van de betrokken verenigingen. Het document geeft een steviger basis aan de norm, omdat grotere delen van het proces zijn genormeerd. Een ander voordeel is dat eisen die de heekunde stelt aan de aanwezigheid van andere specialismen, nu door die specialismen zijn overgenomen. Toch zijn er ook hier kinderziekten. In de SONCOS-normen wordt gesproken over minimaal vijftig colorectale resecties. In het normdocument van de heekunde versie 3.0 staat iets anders: 'Voor de chirurgische behandeling van benigne en maligne colorectale aandoeningen: Er worden minimaal vijftig colorectale resecties per jaar verricht.' Op het moment dat normen gehandhaafd moeten worden zijn die verschillen belangrijk. Ze maken bijvoorbeeld voor het Havenziekenhuis (Rotterdam) het verschil uit tussen stoppen en doorgaan. Ook wordt het belangrijk om zaken als deelname te definiëren. Ziekenhuizen moeten deelnemen aan de DSCA als zij colorectale ingrepen uitvoeren. SONCOS: 'Het ziekenhuis moet tenminste deelnemen aan landelijke registratieprojecten, waaronder Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)'. Dat vraagt om definiëring van het begrip deelname. Mag het Bronovo ziekenhuis (Den Haag) doorgaan met opereren als

[52] [www.clinicalaudit.nl/jaarrapportage/
#dica_rapportages_dsc_resultaten](http://www.clinicalaudit.nl/jaarrapportage/#dica_rapportages_dsc_resultaten)

[53] www.soncos.org

het zonder toelichting bijna 20% van zijn patiënten niet heeft ingezonden? En maakt het dan verschil of het ziekenhuis veel of weinig complicaties meldt?

Ook staat in de SONCOS-norm dat 'Maagchirurgie bij voorkeur plaatsvindt in centra waar ook slokdarmchirurgie wordt verricht'. Hoe zwaar moeten andere overwegingen zijn, voordat deze voorkeur niet wordt nagekomen? Op welke wijze moet de situatie in Limburg worden getoetst, waar slokdarm- en maagresecties in het Atrium MC (Heerlen, Brunssum en Kerkrade) en het Orbis Medisch Centrum (Sittard) worden uitgevoerd? Het is duidelijk dat voordat deze normen echt te handhaven zijn er nog uitgebreide definiëring nodig is. Het gaat daarbij niet zo zeer om een consensusoperatie, maar om het scherper formuleren van de huidige betekenis. Als de normen niet aangescherpt worden, zal de inspectie ze zelf moeten interpreteren. In alle gevallen geldt dat de publieke informatie zelden voldoende is voor interpretatie. Een ziekenhuis doet er goed aan de gegevens van een goede toelichting te voorzien. In de eerste plaats laat een ziekenhuis daarmee zien dat het zich bewust is van de eigen situatie en in de tweede plaats is het voor een gebruiker van de informatie eenvoudiger om de gegevens te duiden.

5.5 Blaascarcinoom

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 5.5.

Indicator

- Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom.

Wat zijn de risico's

De chirurgische behandeling van een spierinvasief blaascarcinoom is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt. Allereerst worden de blaas en een aantal lymfklieren verwijderd. Hierna dient de urineafvoer hersteld te worden, hiervoor wordt een deel van de darm gebruikt. Het betekent vaak een langdurige ziekenhuisopname, het sterftecijfer rondom de operatie bedraagt tussen de 2,5% en 8%^[54,55,56,57]. De ingreep wordt in veel ziekenhuizen niet vaak gedaan: het uitvoeren van deze operatie stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het team dat de ingreep uitvoert én aan de organisatie ten aanzien van de peri-operatieve zorg. Het is daarom belangrijk dat een ziekenhuis een gericht beleid heeft voor het uitvoeren of doorverwijzen van deze risicovolle ingreep. In 2010 en nogmaals in 2012 heeft de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) bekendgemaakt, dat ziekenhuizen jaarlijks minimaal 10 blaasresecties moeten doen om deze ingreep te mogen blijven uitvoeren^[58].

De inspectie besteedt aandacht aan alle ziekenhuizen die de blaasresectie uitvoeren, of zij nu wel of niet aan de norm voldoen. Deelname aan de database voor de behandeling voor spierinvasief blaascarcinoom levert zowel op landelijk niveau als voor individuele ziekenhuizen belangrijke kwaliteitsinformatie op. Hiermee kan de zorg verbeterd worden. De inspectie wil dan ook weten of een ziekenhuis deelneemt aan de registratie van invasief blaascarcinoom. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Ook maakt een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren in te stellen. Gezien de hoge mortaliteit bij deze ingreep gaat de inspectie ervan uit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de inspectie. Zij verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de inspectie bereiken. De inspectie heeft met de NVU afgesproken dat zij ziekenhuizen zal benaderen die een ander aantal blaasresecties opgeven dan zij bij de weten-

[54] Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346:1128-1137.

[55] Finlayson EVA, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operative mortality in cancer surgery: a national study. *Archives of Surgery*, 2003;138(7):721-5.

[56] Konecny BR, Dhawan V, Allareddy V, Joslyn SA. Impact of malpractice caps on use and outcomes of radical cystectomy for bladder cancer: data from the surveillance, epidemiology, and end results program. *J Urol*. 2005; 173(6):2085-9.

[57] Elting LS, Pettaway C, Bekele BN, Grossman HB, Cooksley C, Avritscher EB, Saldin K, Dinney CP. Correlation between annual volume of cystectomy, professional staffing, and outcomes: a statewide, population-based study. *Cancer*. 2005;104(5):975-84.

[58] Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom NVU, publicatie mei 2012: www.nvu.nl/en-us/kwaliteit/kwaliteitsnormen.aspx

schappelijke vereniging doen. Tot dusverre bleken de verschillen te berusten op verschillende tijdstippen van aanleveren en niet in het aantal uitgevoerde ingrepen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom, maar voldoet niet aan de normen:

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in 2013?
- Indien nog uitgevoerd:
 - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
 - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 10, afkomstig uit 2010. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van cystectomieën vanwege spierinvasief blaascarcinoom, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoen.
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
 - Is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met gestelde normen en de concentratie van zorg?
 - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom en voldoet aan de normen:

- Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een blaasresectie bewaakt?
- Zijn alle patiënten ingezonden naar de nationale database?
 - Zo nee, welke selectie is toegepast?
- Welke type urinedeviaties voert het ziekenhuis na een blaasresectie uit en in welke frequentie?
- Ontvangt het ziekenhuis verwijzingen uit andere ziekenhuizen?
- Wat zijn de criteria om verwezen patiënten na herstel terug te verwijzen?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?
- Zijn er bepaalde reconstructies waar het ziekenhuis voor doorverwijst naar een andere instelling?
 - Zo ja: Naar wie verwijst het ziekenhuis door?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?
- Wordt het percentage heroperaties bijgehouden?
 - Zo ja: Was er aanleiding om het operatieproces te analyseren en te verbeteren?

Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom, maar heeft géén patiënten ingebracht in de landelijke database voor een spierinvasief blaascarcinoom

- Voert het ziekenhuis (nog steeds) blaasresecties uit voor een (spierinvasief) blaascarcinoom?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de behandeling van een spierinvasief blaascarcinoom?

- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Aan welke andere kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

Resultaten

Figuur 5.5.1

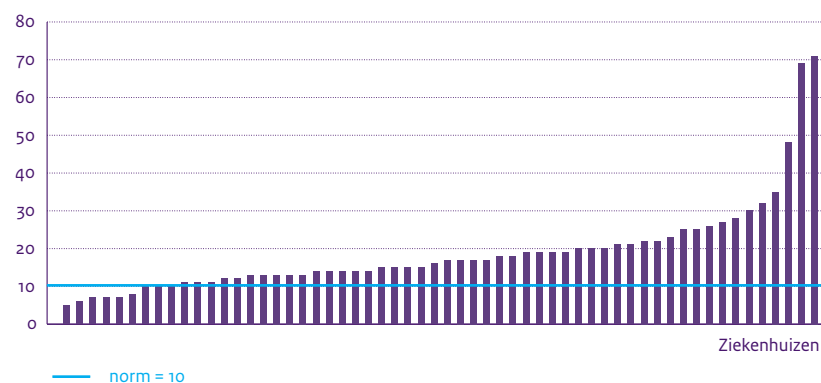
Landelijke database voor spierinvasief blaascarcinoom (n=63)



Over 2012 gaven 63 ziekenhuizen aan patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom te behandelen. Hiervan antwoordden 2 ziekenhuizen, het Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp en Heemstede) en Nij Smellinghe (Drachten), dat zij het afgelopen jaar geen patiënten ingevoerd hebben in de database spierinvasief blaascarcinoom van de NVU. Het Spaarne Ziekenhuis lichtte toe dat zij zelf niet de cystectomie verrichtten en dat het ziekenhuis waar zij naar verwezen de database invulde.

Figuur 5.5.2

Aantal patiënten met cystectomie vanwege spierinvasief blaascarcinoom (n=58)



Van de overige 61 ziekenhuizen die aangaven patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom te behandelen, hadden 3 ziekenhuizen geen data over het aantal geregistreerde patiënten met een cystectomie in verband met een spierinvasief blaascarcinoom. In de toelichting

gaven 2 van deze ziekenhuizen aan dat zij voor een cystectomie doorverwijzen naar een ander ziekenhuis.

58 ziekenhuizen leverden wel cijfers aan over het aantal in de database geregistreerde patiënten met een cystectomie vanwege spierinvasief blaascarcinoom. In totaal ondergingen 1.103 patiënten in deze ziekenhuizen een cystectomie. Dit aantal is vertekend doordat samenwerkende ziekenhuizen dezelfde gegevens dubbel aanleveren. Indien deze gegevens maar één keer meegeteld worden, blijven er 55 ziekenhuizen over, die in totaal 1070 cystectomieën uitvoerden. Gemiddeld waren dit 19 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van 5 tot 71. Gemiddeld was 99,8% van de behandelde patiënten ingevoerd in de database, variërend van 81,6 tot 100%.

Het aantal ziekenhuizen dat cystectomieën in verband met een spierinvasief blaascarcinoom uitvoerde, is vergeleken met 2011 iets gedaald in 2012. Het aantal patiënten dat in 2012 werd behandeld, is gestegen met 105 naar een totaal van 1.070. Dit is een stijging van 11% ten opzichte van 2011.

In 2010 heeft de NVU bekendgemaakt dat er voor deze ingreep een minimumnorm zal gaan gelden van 10 blaasresecties per jaar. 4 (samenwerkingsverbanden van) ziekenhuizen voldeden in 2012 nog niet aan deze norm.

De ziekenhuizen die minder dan 10 cystectomieën vanwege spierinvasief blaascarcinoom uitvoerden, leggen hierover verantwoording af aan de inspectie. Indien deze ziekenhuizen niet kunnen aantonen dat zij aan de normen voldoen of gaan voldoen, moeten zij stoppen met het uitvoeren van deze ingreep.

Aandachtspunten voor registratie van invasief blaascarcinoom en de daarbij horende indicator

Zelfbeheersing als uitdaging

Snijdende vakken stonden niet bekend als een beroep dat aantrekkelijk was voor mensen met een beschouwende levenshouding. Stereotypen als de zwijgzame arts met de gouden handen passen bij dat beeld. Vorig jaar kwam in het resultaat telt aan de orde dat beschouwende vakken zich in toenemende mate laten beoordelen op snel en doeltreffend optreden^[59]. Aan de andere kant is beheersing en zelfbeheersing van groeiend belang voor de snijdend professional. Voorbeelden daarvan zijn gemakkelijk te vinden. Nieuwe technieken richten zich vooral op het minimaal invasief opereren. De borstsparende behandeling krijgt ook op verzoek van de NVvH aandacht in deze set. Bij de invoer van minimumnormen voor aantallen ingrepen is het bewaken van de indicatiestelling één van de grote zorgen. Het is dan ook verheugend dat de NVU aandacht vraagt voor de internationale vergelijking van het aantal patiënten met een niertumor dat niersparend behandeld wordt. Het aantal patiënten waarbij een deel van de nier wordt verwijderd in plaats van de hele nier, neemt internationaal en nationaal toe, overigens net als het totaal aantal ingrepen^[60,61]. De stijging in het aantal niersparende ingrepen is volgens de Amerikaanse literatuur niet uniform, want centra met meer ervaring voeren vaker kleinere ingrepen uit^[62]. Nederland loopt duidelijk achter ten opzichte van de VS in het aantal niersparende operaties. In de VS werd in 2008 25,1% van alle tumoren niersparend verwijderd. Daarbij was er een significant verschil tussen opleiding en grote ziekenhuizen aan de ene kant en kleine ziekenhuizen aan de andere kant. De Nederlandse data steken daar vrij slecht tegen af, het aantal niersparende behandelingen nam in Nederland toe van 3,5% in 1995 tot 10,1% in 2005^[63]. Op dit moment is de gepubliceerde volumenorm voor niercarcinoom 10 ingrepen per jaar. Dit lijkt op basis van de 10% incidentie van niersparende behandeling te laag. Ten eerste betekent dit dat een uroloog gemiddeld één keer per jaar een niersparende ingreep uitvoert, ten tweede is er dus bewijs dat dit percentage toeneemt bij meer ervaring. Voorwaarde daarbij is natuurlijk dat het voor een patiënt een duidelijk voordeel heeft om niersparend behandeld te worden. Als dat zo is, is bekendmaking van dit percentage een noodzakelijke eerste stap.

[59] HRT 2011, pagina 125

[60] Porter MP, Lin DW. Trends in renal cancer surgery and patient provider characteristics associated with partial nephrectomy in the United States. *Urol Oncol.* 2007 Jul-Aug;25(4):298-302.

[61] Kümmerlin IP, ten Kate FJ, Wijkstra H, de la Rosette JJ, Laguna MP. Changes in the stage and surgical management of renal tumours during 1995-2005: an analysis of the Dutch national histopathology registry. *BJU Int.* 2008 Sep;102(8):946-51.

[62] Patel SG, Penson DF, Pabla B, Clark PE, Cookson MS. National trends in the use of partial nephrectomy: a rising tide that has not lifted all boats. *J Urol.* 2012 Mar;187(3):816-21.

[63] Kim SP. Contemporary trends in nephrectomy for renal cell carcinoma in the United States: results from a population based cohort. *J Urol.* 2011 Nov;186(5):1779-85.

5.6 Medicatieveiligheid

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 5.6.

Indicatoren

- Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag.
- Vrijgifte van cytostatica.

Wat zijn de risico's

Medicatiefouten zijn van grote invloed op de patiëntveiligheid. Binnen het hele proces van voorschrijven, gereed maken, ter hand stellen en toedienen van medicijnen zijn veel momenten waarop een fout kan optreden. Een goed medicatieveiligheidsbeleid, met daarin aandacht voor de patiënt, het geneesmiddel én het proces, maakt dat ziekenhuizen risico's tijdig onderkennen en kunnen vermijden. Bij het opstellen van de indicator medicatieveiligheid is gekozen voor cytostatica (ter behandeling van kanker) als groep van risico-geneesmiddelen. Bij foutief handelen is het risico op schade voor de patiënt groot. In 2005 publiceerde de inspectie een circulaire over verantwoord omgaan met cytostatica, omdat zij bij herhaling werd geconfronteerd met calamiteiten door gebruik van deze geneesmiddelen. In december 2011 is een aanvullende IGZ-circulaire uitgegaan met maatregelen ter voorkoming van doseringsfouten bij het voorschrijven en bereiden van cytostatica in het ziekenhuis^[64]. Door de keuze voor cytostatica kunnen de uitkomsten van de indicator worden betrokken bij het oordeel over de veiligheid van de behandeling van de hele groep kankerpatiënten. Vrijgave van medicatie door een apotheker is een minimumnorm. Technisch gesproken levert het ziekenhuis alleen verantwoorde zorg wanneer dit gebeurt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De vrijgave van cytostaticakuren gebeurt niet of niet altijd door de apotheker

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan eisen (GMP-z) rond verantwoorde zorg bij het vrijgeven van bereidingen (ook van niet-cytostatica)?
- Was er sprake van een uitzonderlijke situatie als reden om af te wijken van de regel dat cytostatica worden vrijgegeven door de apotheker voor deze de apotheek verlaten?
 - Zo ja: Welke?
(cytostaticabehandelingen worden doorgaans ingepland, van spoed is vaak geen sprake)

Het totaal aantal bereidingen is relatief hoog (in 2012: meer dan 14.871 bereidingen)

- Op welke wijze is het aantal kuren bepaald?
- Welke reguliere toetsen hanteert het ziekenhuis bij binnenkomende aanvragen?

[64] Circulaire cytostatica 2011: www.igz.nl

Het totaal aantal bereidingen is relatief laag (voor 2012: minder dan 2.032 bereidingen)

- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de kwaliteit van de zeldzame bereidingen in deze groep?

Het ziekenhuis neemt geen steekproef om de volledigheid van aanvragen te controleren en vermeldt in de toelichting dat alle formulieren altijd volledig ingevuld zijn

- Kan het ziekenhuis de map met cytostatica-aanvragen ter inzage geven?
- Op welk moment in het proces wordt de volledigheid van de aanvragen beoordeeld?
- Op welke wijze is in het ziekenhuis de medicatieveiligheid gewaarborgd?
- Welke procedure volgt het ziekenhuis bij het insturen/ontvangen van een onvolledige aanvraag?
- Welke criteria hanteert het ziekenhuis intern voor volledigheid van een aanvraag?

Aanvraagformulieren voor cytostaticakuren zijn niet volledig ingevuld

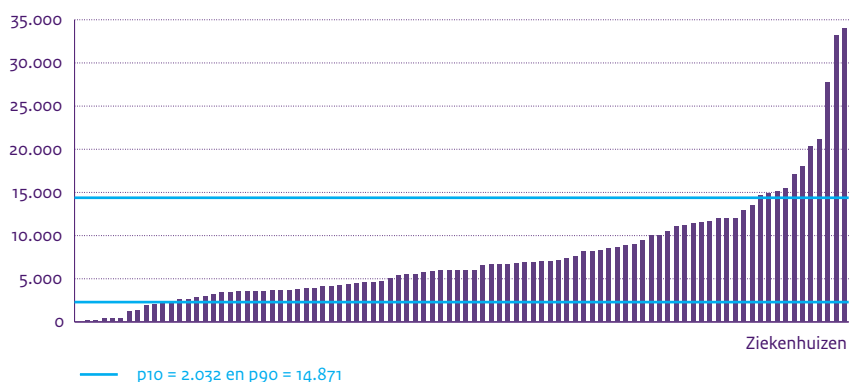
- Op welk moment worden de gegevens voor de cytostaticabereiding verzameld?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om te garanderen dat essentiële gegevens voor het bereiden van cytostatica aanwezig zijn? Essentiële gegevens zijn bijvoorbeeld de indicatie, het protocol voor het voorschrijven van de cytostatica, de nier- en leverfuncties van de patiënt, de toegang tot het protocol zelf en gegevens over allergieën en contra-indicaties.
- Welke waarborgen zijn er in de apotheek dat:
 - Aanvragen met onvoldoende gegevens niet worden uitgevoerd?
 - De juiste (geldige) gegevens worden gebruikt voor de berekening?
- En ter beïnvloeding van de aanvragers:
 - Op welke wijze wordt gestimuleerd dat zij gegevens in één keer goed aanleveren?
 - Welke maatregelen neemt het ziekenhuis bij herhaaldelijk ontbreken van essentiële gegevens (ook bij andere medicamenten)?

Resultaten

In 91 van de 92 ziekenhuizen werden cytostaticakuren formeel vrijgegeven door de apotheker voordat het geneesmiddel de apotheek verliet. In 1 ziekenhuis is dit anders geregeld.

Figuur 5.6.1

Aantal cytostaticabereidingen (n=91)



In 91 ziekenhuizen vonden in totaal 701.860 cytostaticabereidingen plaats in 2012. Het aantal cytostaticabereidingen liep uiteen van 173 tot 34.000 (gemiddeld 7.628). Het Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) gaf aan dat de cytostaticabereidingen in een ander ziekenhuis plaatsvonden.

Van de in te vullen rubrieken lichaamskenmerken patiënt, dosering en datum op het aanvraagformulier voor cytostatica wordt de rubriek dosering het beste ingevuld. Slechts 1 ziekenhuis scoorde hier geen 100% volledigheid. Het gemiddelde was 100%. 5 ziekenhuizen misten informatie over de lichaamskenmerken, gemiddeld was 99,9% ingevuld. De datum ontbrak ook wel eens bij 5 ziekenhuizen, gemiddeld is dit bij 99,4% van de formulieren ingevuld. Bij het Westfriesgasthuis (Hoorn) bleek deze rubriek slechts bij 53,1% van de aanvraagformulieren ingevuld te zijn. Ook in 2011 scoorde dit ziekenhuis opvallend laag op het invullen van de datum, toen was dit bij 58% van de formulieren ingevuld.

Er zijn 82 ziekenhuizen die aangeven dat alle aanvraagformulieren voor cytostatica volledig zijn ingevuld. Dit zijn 10 ziekenhuizen meer dan in 2011.

Aandachtspunten voor de cytostaticabereiding en de daarbij horende indicatoren

De risico's van volledigheid bij elektronisch voorschrijven

Ziekenhuizen met een 100% score op een indicator geven vaak aan dat dit komt doordat zij hun systemen hebben geautomatiseerd, bijvoorbeeld door het invoeren van een elektronisch voorschrijfsysteem. Eerder gaven zij als verklaring voor de 100% score dat het ziekenhuis hiervoor een protocol had en dus aangenomen kon worden dat iedereen de betreffende handeling uitvoerde. Bij controle bleek dat nooit te kloppen en 100% scores werden daarmee een signaal van problemen. Dat is een belangrijke reden waarom ziekenhuizen die opvallend goed scoren ook aandacht krijgen.

Inmiddels is de verwijzing naar het protocol als verklaring voor de 100% score verdwenen uit de toelichtingen bij de indicatoruitslagen. Ten eerste nam het aantal echte metingen toe, werden data steeds vaker ook voor andere registraties gebruikt en werd de mogelijkheid ingesteld om steekproeven uit te voeren en op te geven. Maar daarnaast speelt dus ook de volledigheid van het elektronische systeem een rol. Een kleine bloemlezing: 'Alle cytostatica worden elektronisch voorgeschreven. Zonder de gegevens over lichaamsgewicht, etc. in te vullen, kan niet worden voorgeschreven.' En: 'Alle gegevens worden via het elektronisch voorschrijfsysteem aangeleverd. Alle belangrijke velden moeten verplicht worden ingevuld anders blokkeert het systeem. Hierdoor is volledige invulling altijd van toepassing.' En: 'Een aanvraag voor cytostatica in SAP is niet mogelijk zonder de verschillende vereiste kenmerken in te voeren. De aanvragen via SAP zijn dan ook gevalideerd en altijd volledig.' Op zich klinkt dit geweldig, omdat er niks mis lijkt te kunnen gaan. Het is de taak van de inspectie om te kijken of dat ook daadwerkelijk het geval is. Een soortgelijk argument werd gegeven voor 100% uitslagen voor pijnmeting of voor time-outs op operatiekamers. Het is niet mogelijk om verder te gaan zonder de score geregistreerd te hebben. Toch is bij observaties op operatiekamers regelmatig zichtbaar dat een niet aanspreekbare patiënt een pijnscore krijgt, zodat een proces voortgang kan vinden. Zoals een toelichting meldt 'Dit betreft dus een werkelijke observatie en heeft naar onze mening meerwaarde boven het controleren of 'vinkjes' zijn geplaatst [via een elektronisch systeem]'. In de praktijk heeft elk systeem waar mensen in werken manieren om met ontbrekende data om te gaan. Het invullen van schattingen, fictieve scores of onmogelijke waarden zijn allemaal waargenomen.

Het vertrouwen op een onfeilbaar ICT-systeem brengt risico's met zich mee. Ziekenhuizen die aangeven dat gegevens nooit kunnen ontbreken, zouden in ieder geval gedocumenteerd moeten hebben dat zij over de risico's van die veronderstelling hebben nagedacht. Eén van de elementen van een veiligheidssysteem is een goede prospectieve risicoanalyse.

6 Hart en vaten

U vindt de omschrijving van hart en vaten en de indicatoren die daarbij een rol spelen in de basisset van 2012, hoofdstuk 6.

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak, hoewel de sterfte in de afgelopen decennia stelselmatig is gedaald. Overleden in 1970 nog 570 mannen en 660 vrouwen per 100.000 van ieder geslacht aan hart- en vaatziekten, in 2004 zijn dit er 270 en 280^[65]. Dit is zonder meer positief. Een consequentie is dat patiënten met hart- en vaatziekten langer leven en het aantal (kwetsbare) patiënten dus groter is geworden. Vanwege het grote aantal patiënten en de dure behandeling gaat het om kostbare zorg die regelmatig politieke aandacht krijgt.

De zorg voor patiënten met een hartprobleem is complex. Zij gebruiken vrijwel altijd langdurig meerdere medicamenten waarvan het effect naar verloop van tijd verandert. Ook zorgen de problemen met de bloedsomloop op den duur voor een verminderd functioneren van andere organen (bijvoorbeeld de hersenen), waardoor patiënten vaak op enig moment een multidisciplinaire behandeling nodig hebben. Verder komen regelmatig nieuwe behandelingen beschikbaar. Veel van deze nieuwe methodes worden in de opstartfase veelvuldig gebruikt, zoals nu het inbrengen van de hartkleppen via de lies. Later blijkt regelmatig dat het indicatiegebied te ruim is geworden en moet worden aangepast. Het is juist bij deze grote groep kwetsbare patiënten belangrijk om te bepalen wat een behandeling toevoegt aan de kwaliteit van leven.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond hart en vaten?

Het ziekenhuis geeft ten minste drie van de volgende antwoorden

- 1 Sterfte na EAC (eerste administratieve consult) is relatief hoog of laag (voor 2012: hoger dan 9,3% of lager dan 4,1%)
- 2 Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en het percentage patiënten dat na PCI door STEMI is gestorven is relatief hoog of laag (voor 2012: hoger dan 3,6%, of lager dan 1,3%)
- 3 Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en de gemiddelde 'door-to-needle' of 'door-to-balloon-time' is relatief kort of lang (voor 2012: korter dan 13 of langer dan 45 minuten)
- 4 Het percentage patiënten bij wie trombolysen na CVA (beroerte) binnen 1 uur is toegepast, is relatief laag (voor 2012: minder dan 81%)
- 5 Het aantal patiënten bij wie trombolysen na CVA is toegepast is relatief klein (voor 2012: minder dan 16)

[65] <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2005/2005-1785-wm.htm>

- Heeft het ziekenhuis een geïntegreerd beleid voor hart- en vaatziekten?
- Welke afstemming is er tussen het beleid van de verschillende maatschappen?

Het aantal electieve AAA-operaties (verwijding van de grote buikslagader) is relatief hoog (voor 2012: meer dan 109) of het totaal aantal ICD's (inwendige defibrillator, met en zonder biventriculaire pacemakerfunctie) is relatief hoog (voor 2012: meer dan 368)

- Op welke wijze wordt de indicatiestelling bewaakt?

6.1 Volume van risicovolle interventies in de vaatchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 6.1.

Indicator

- Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties.

Wat zijn de risico's

Het opereren van een aneurysma van de abdominale aorta (verwijding van de grote buikslagader, AAA) is een voorbeeld van een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een groter risico op permanente of tijdelijke schade of op overlijden. Het uitvoeren van deze hoogrisico operatie stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is dan ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het perioperatief proces op peil blijft. Bij hoogrisico operaties die vaak voorkomen, is dit eenvoudig. Er zijn echter ook operatieve ingrepen die én complex én relatief zeldzaam zijn. Deze ingrepen (waaronder ook scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor. De inspectie vindt het daarom belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van hoog-risico-laag-volume ingrepen. Concentratie speelt een belangrijke rol bij het waarborgen van de kwaliteit van het team: door voor weinig voorkomende ingrepen de behandeling op één plek te concentreren blijft de ervaring op het gewenste, hoge niveau. Om de kwaliteit van het concentratiebeleid van een ziekenhuis te beoordelen, vraagt de inspectie ook naar andere hoog-risico-laag-volume ingrepen: de operatie aan kanker van de slokdarm (slokdarmresectie, OCR), van de maag (maagresectie), van de alveesklier (pancreasresectie, whipple of PPPD), van de blaas (cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom) en van de long (anatomische resectie van de long).

Sinds het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. Zorgverzekeraars gebruiken deze normen voor het inkopen van zorg. De norm van de NVvH^[66] geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve (geplande) AAA-operaties per jaar verricht moeten worden.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal electieve AAA-operaties is minder dan 20

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
 - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
 - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 20, afkomstig uit januari 2011. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord

[66] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

is stoppen met het uitvoeren van AAA-operaties, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoen.

- Hoeveel vaatchirurgen in het ziekenhuis beschikken over de juiste certificaten?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
 - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle spoedeisende ingrepen?
 - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en de ambulancezorg?
- Indien niet meer uitgevoerd: Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA- of longresectiepatiënten met spoedindicatie^[67]?

Het aantal electieve AAA-operaties ligt tussen de 20 en de 30

- Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
- Wat is de verhouding tussen de electieve AAA-operaties en de acute AAA-operaties?
- Zijn de operaties uitgevoerd op dezelfde locatie met hetzelfde team (OK, IC, verpleegafdeling et cetera)?
- Heeft het ziekenhuis een 24-uursdienst voor de vaatchirurgie?
- Voldoet het ziekenhuis aan alle eisen van de gestelde normen? Zo nee, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te kunnen blijven voldoen?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis voor andere hoog-risico-laag-volume ingrepen (zoals de pancreasresectie, cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom, slokdarmresectie)?
- Zijn er ook ingrepen die het ziekenhuis niet uitvoert? Zo ja: Zijn daarover regioafspraken gemaakt?

Het ziekenhuis geeft aan geen AAA-operaties te verrichten en patiënten door te verwijzen

- Hoe ziet het verwijfsbeleid van het ziekenhuis eruit?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
- Hoe is de opvang van spoedpatiënten georganiseerd?
- Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA- of longresectiepatiënten met spoedindicatie, inclusief afspraken met de regionale ambulancevoorziening^[68]?

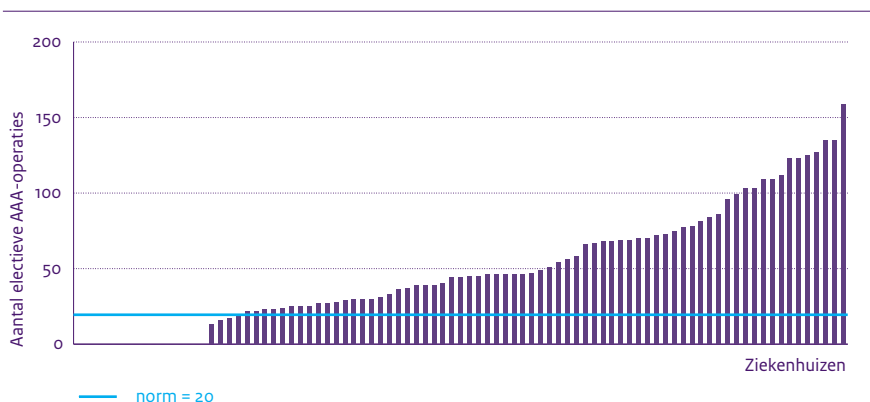
[67] Seegers J, Van Engelenburg T. Spoedchirurgen in spagaat. Medisch Contact. 2011; 39, 2377-79.

[68] Seegers J, Van Engelenburg T. Spoedchirurgen in spagaat. Medisch Contact. 2011; 39, 2377-79.

Resultaten

Figuur 6.1.1

Aantal AAA-operaties (n=72)



In 2012 zijn in totaal 4.304 electieve AAA-operaties uitgevoerd in 72 ziekenhuizen. Dit aantal is vertekend doordat samenwerkende ziekenhuizen dezelfde gegevens dubbel aanleverden. Indien deze gegevens maar één keer meegeteld worden zijn er 4.169 AAA-operaties uitgevoerd. Het aantal varieerde van 13 tot 159 met een gemiddelde van 59 en een mediaan van 46.

3 ziekenhuizen voerden in 2012 minder dan 20 electieve AAA-operaties uit. Zij voldeden hiermee niet aan de norm van de NVvH^[69], die aangeeft dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve AAA-operaties per jaar verricht moeten worden. De ziekenhuizen die minder dan 20 electieve AAA-operaties hebben uitgevoerd, leggen hierover verantwoording af aan de inspectie. Indien zij niet kunnen aantonen aan de normen te voldoen of te gaan voldoen, moeten de ziekenhuizen stoppen met het uitvoeren van deze ingreep.

Het totaal aantal electieve AAA-operaties is in 2012 vrijwel gelijk gebleven. Het Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) en het Vlietland Ziekenhuis (Schiedam) die over 2011 weinig AAA-operaties uitvoerden (7 resp. 11), zijn in 2012 gestopt met het uitvoeren van deze ingreep.

[69] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

Aandachtspunten bij het volume van risicovolle vaatchirurgische ingrepen en de daarbij horende indicator

De gevolgen van verschuivingen

Het aantal keren dat een ziekenhuis de ingreep heeft uitgevoerd, beïnvloedt de uitkomst van een electieve AAA-operatie. Dat maakt dat een patiënt keuze heeft om zich te laten opereren in een ziekenhuis met meer ervaring. Gevolg hiervan is dat de aantallen ingrepen die worden uitgevoerd zullen fluctueren, waardoor een ziekenhuis dat nu nog aan de eisen voldoet in de toekomst alsnog moet stoppen.

Door het verminderen van het aantal locaties en het vergroten van het volume wordt het eenvoudiger om keuzes te maken. En door het invoeren van die minimumnormen hebben die keuzes ook consequenties. Ziekenhuizen waar te weinig patiënten voor kiezen, moeten stoppen. Dat betekent dat ziekenhuizen, zeker die vlak boven het minimum van 20 ingrepen zitten, hun uiterste best moeten doen om effectief te concurreren met grotere centra. Dat betekent voor deze ziekenhuizen ook dat zij er niet gerust op kunnen zijn dat zij deze ingreep in 2014 nog kunnen uitvoeren. De (concurrentie)paradox in dit geval is dat door het verminderen van het aantal concurrenten de concurrentie zelf toeneemt.

Daarnaast bevestigt het ook het gelijk van de patiëntenverenigingen. Patiënten zijn bereid te kiezen (en te reizen) als zij informatie krijgen waarmee ze kunnen kiezen.

Dilemma's

Wat moet je doen als chirurg als je een bewusteloze patiënt in shock op je SEH binnenkrijgt met een barstend aneurysma en het ziekenhuis heeft in de afgelopen jaren geen enkele AAA uitgevoerd? Je kunt op dat moment natuurlijk de ambulance de wind van voren geven, omdat zij naar een ander ziekenhuis had moeten rijden of je kunt gaan opereren. Geen van de opties is aantrekkelijk. Volgens de literatuur benadert de sterfte nagenoeg 100%, ook als de patiënt wordt geopereerd^[70,71]. Het risico op overlijden is duidelijk lager als de patiënt gelijk op een plaats terecht komt met veel ervaring, maar daarvoor is het te laat. In het recente verleden voerden chirurgen dan toch een AAA-ingreep uit, terwijl het ziekenhuis deze ingreep niet meer zou doen. Dat stelt niet alleen een toezichthouder voor problemen, maar ook een beroepsvereniging. Aan de ene kant moet het duidelijk zijn dat deze ingrepen niet lichtvaardig worden uitgevoerd, aan de andere kant moet er ruimte blijven voor een verantwoorde beoordeling. Dit vraagt om een gedegen, maar ook begripvol onderzoek. Ook als de patiënt de ingreep wel overleeft, moet herhaling vermeden worden. Soms is wijsheid niet in beslisregels te vangen.

[70] Katz DJ, Stanley JC, Zelenock GB. Operative mortality rates for intact and ruptured abdominal aortic aneurysms in Michigan: an eleven-year statewide experience. *J Vasc Surg.* 1994 May;19(5):804-15; discussion 816-7.

[71] Halpern VJ, Kline RG, D'Angelo AJ, Cohen JR. Factors that affect the survival rate of patients with ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 1997 Dec;26(6):939-45; discussion 945-8.

6.2 Cardiologie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012, paragraaf 6.2 tot en met 6.4.

Indicatoren

- Sterfte in het jaar na eerste administratieve consult (EAC) op de polikliniek cardiologie.
- Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI).
- Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens.
- Implanteren en/of wisselen van pacemakers.

Wat zijn de risico's

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en invaliditeit in Nederland. Eén op de drie mensen overlijdt als gevolg van hart- en vaatziekten. Per dag zijn dat gemiddeld 51 mannen en 58 vrouwen^[72]. Het sterftecijfer is door medisch-technologische toepassingen de afgelopen decennia aanzienlijk gedaald, maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Dat maakt het toenemend relevant om ook voor dit aspect naar verbetering te streven. Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen waarbij verschillende specialisten betrokken zijn. Bij het beoordelen van de kwaliteit is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties. Dit komt terug in de vragen bij de indicator over de behandeling van patiënten met een STEMI. Ook gaat het om de deskundigheid van het team bij (complexe) hart- en vaatoperaties of interventies en de nazorg na hartoperaties. De indicatoren over de aneurysma-operaties en pacemakers en ICD's vragen hier onder meer naar. Tenslotte gaat het om de zorg voor patiënten met chronische problemen. De vragen over de polikliniek cardiologie kunnen hier inzicht in geven. De IGZ bekijkt de cardiologische indicatoren in samenhang met andere indicatoren die betrekking hebben op hart- en vaatziekten, zoals het volume van de AAA-operaties (hoofdstuk 6.1), de beademingsduur na hartoperaties (hoofdstuk 4) en de 'door-to-needle-time' bij CVA (hoofdstuk 6.3).

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De sterfte in het eerste jaar na het EAC is relatief hoog of laag (voor 2012: hoger dan 9,3% of lager dan 4,1%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was de uitkomst?
- Is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?

[72] Vaartjes I, van Dis I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2011, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting, 2011.

- Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die verbeterd kunnen worden?
- Is het sterftecijfer bepaald met behulp van het Burger Service Nummer/Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens? Zo niet:
 - Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de cijfers en wat was daar het resultaat van?
 - Hoe weet het ziekenhuis dat alle of ten minste een groot deel van de sterfgevallen zijn opgespoord?
 - Waarom krijgt het ziekenhuis, terwijl dat wel mogelijk is, geen sluitende registratie rond?
 - Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft (DIPR, DSCA, DUCA, NBCA (voorheen DBCA), blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, decubitus ondervoeding) (beide LPZ)?
 - Welke maatregelen heeft het ziekenhuis genomen om de zorg betreffende cardiologie intern te kunnen evalueren?
 - Kan het ziekenhuis het resultaat hiervan laten zien?

Het totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder dat zich in 2011 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC is relatief laag (minder dan 1.224)

- Hoe garandeert het ziekenhuis dat de behandeling van kleine aantallen patiënten voldoet aan de standaarden van verantwoorde zorg?

Volgens het ziekenhuis zijn er in de regio geen schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt voor wat betreft de zorg voor patiënten met een acuut myocardinfarct waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI-centrum voorop staan

- Hoe zorg je dat patiënten zonder onnodige vertraging in een PCI-centrum komen?
- Zijn de schriftelijke vastgelegde afspraken in de regio inmiddels gemaakt?

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en de regionale ambulancedienst is niet betrokken geweest bij de schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt tussen het ziekenhuis en een regionaal PCI-centrum voor wat betreft de behandeling van patiënten die zich in het ziekenhuis melden met een acuut myocardinfarct

- Hoe wordt ervoor gezorgd dat patiënten zonder onnodige vertraging in een PCI-centrum komen?
- Is de regionale ambulancedienst inmiddels betrokken bij de schriftelijke vastgelegde afspraken in de regio?

In de ambulance wordt niet gestart met de medicatie relevant voor cardiale aandoeningen

- Volgens de richtlijn STEMI^[73] moet in de ambulance gestart kunnen worden met de medicatie. Wat heeft het ziekenhuis gedaan om deze omissie op te lossen?

[73] www.nvvc.nl/UserFiles/File/Pdf/2001_acs.pdf

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en vult niet in hoeveel STEMI patiënten zich op de SEH of CCU gepresenteerd hebben

- Hoeveel STEMI patiënten hebben zich op de SEH of CCU gepresenteerd?
- Hoe houdt het ziekenhuis zicht op de afspraak dat STEMI-patiënten zonder onnodige vertraging in een PCI-centrum gezien worden?
- Op basis van welke parameters bewaakt het ziekenhuis het functioneren van de spoedeisende hulp?

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en het aantal STEMI patiënten dat in het ziekenhuis op de SEH of CCU is gepresenteerd is relatief hoog (voor 2012: meer dan 112)

- Zijn deze patiënten daadwerkelijk in het ziekenhuis gepresenteerd?
- Welke definitie hanteert u voor het ‘presenteren’ van patiënten met een STEMI op de SEH of CCU?
- Het ziekenhuis is geen PCI-centrum en heeft regionale afspraken (ook met de ambulancedienst) gemaakt waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI centrum voorop staat. Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het relatieve hoge aantal STEMI patiënten dat in het ziekenhuis op de SEH of de CCU is gepresenteerd?
- Wat voor regionale afspraken zijn er gemaakt over STEMI en over (directe) verwijzing van andere risicovolle spoedeisende ingrepen, zoals een aneurysma dat dreigt te barsten?
- Hoe bewaakt en evalueert het ziekenhuis deze afspraken? Welke afspraken zijn er met de regionale ambulancedienst over feedback?
- Wat is de gemiddelde en maximale duur van verblijf op de SEH van moment van binnenkomst tot moment van vertrek?
- Wat is het interval van deur tot diagnose (zie intervallen in ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation)^[74]?
- Wat is de procedure als patiënten met een STEMI gepresenteerd worden op de SEH of CCU?
- Hoe bewaakt en evalueert het ziekenhuis deze procedure?

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en het verschil tussen het aantal patiënten met een STEMI gepresenteerd op de SEH of CCU en het aantal patiënten dat is vervoerd naar een PCI-centrum is relatief groot (voor 2012: meer dan 27)

- Welke definitie hanteert u voor het ‘presenteren’ van patiënten met een STEMI op de SEH of CCU?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de indicatiestelling voor een PCI?
- Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom relatief veel patiënten niet voor een acute PCI worden doorverwezen, terwijl dat volgens de richtlijn de behandeling van eerste keuze is?

[74] European Society of cardiology. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal 2012, 33, 2569–2619.

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten, echter in het centrum participeren minder dan 4 interventiecardiologen in de acuut infarct zorg

- In de Volume Normen Cardiologie voor PCI-procedures^[75] staat: “Bij de opstart van een centrum dienen tenminste 2 interventiecardiologen verbonden te zijn aan de instelling waar de ingrepen plaatsvinden. Dit aantal dient binnen 2 jaar uitgebouwd te worden naar 4 interventiecardiologen.” Hoe zorgt u dat u hier aan voldoet?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven is relatief hoog of laag (voor 2012: hoger dan 3,6%, of lager dan 1,3%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was daar de uitkomst van?
- Is er een vergelijking gemaakt binnen de landelijke database (CIDR)?
- Hoe worden complicaties geanalyseerd?
- Is de sterfteregistratie volledig?
 - Zo ja: Hoe, hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten die in een reanimatiesetting worden binnengebracht?
- Hoe volgt het ziekenhuis patiënten die na een PCI zijn overgeplaatst naar een ander ziekenhuis?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en de gemiddelde ‘door-to-needle’ of ‘door-to-balloon-time’ is relatief kort (voor 2012: korter dan 13 min)

- Hoe heeft het ziekenhuis de ‘door-to-needle’ of ‘door-to-balloon-time’ bepaald?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op de PCI?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en de gemiddelde ‘door-to-needle’ of ‘door-to-balloon-time’ is relatief lang (voor 2012: langer dan 45 min)

- In de ‘ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation’ staan acceptabele delaytijden genoemd (pag. 2577)^[29]. Hoe waarborgt het ziekenhuis een tijdige PCI?
- Welke maatregelen gaat het ziekenhuis nemen om de gemiddelde ‘door-to-needle’ of ‘door-to-balloon-time’ te verkorten?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en had een steekproef nodig om de gemiddelde ‘door-to-needle’ of ‘door-to-balloon-time’ te bepalen

- Welke informatie heeft het ziekenhuis wél standaard beschikbaar omtrent de beheersing van het PCI proces?

Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD's niet systematisch via DIPR (Dutch ICD and Pacemaker Registry) of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan de landelijke normen op het gebied van registratie en analyse?

[75] NVVC. Volume Normen Cardiologie 2012.

- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers of ICD's?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van de gebruikte implantatiematerialen?
- Wat is het beleid met betrekking tot landelijke registraties en het gebruik van benchmarkgegevens?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt aan de landelijke registratie (DSCA, DUCA, NBCA, blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, decubitus, ondervoeding)?

Het ziekenhuis implanteert relatief veel of weinig conventionele pacemakers (A) (voor 2012: meer dan 198 of minder dan 66)

- Hoeveel cardiologen zijn betrokken bij het implanteren van pacemakers?
- Vallen onder pacemakers ook implanteerbare looprecorders?

Het ziekenhuis heeft een vergunning voor het implanteren van ICD's. Het ziekenhuis implanteert minder dan 120 CIED's (Cardiovascular Implantable Electronic Device: ICD of pacemaker), waarvan minimaal 60 ICD's (Implantable Cardioverter Defibrillator), waarvan minimaal 20 biventriculaire ICD's

- Staat het ziekenhuis op de 'Witte lijst'^[76] van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC)?
- Voert het ziekenhuis deze verrichting nog steeds uit?
 - Zo ja: Hoe gaat het ziekenhuis voldoen aan de norm?
 - Zo nee: Op welke wijze bouwt het ziekenhuis de functie af?

Het totaal aantal ICD's (C+D) is relatief hoog (voor 2012: meer dan 368)

- Welk deel van de patiënten is afkomstig van buiten het eigen ziekenhuis (bijvoorbeeld: bovenregionale functie)?
- Hoe zijn de afspraken voor controle? Is het controlerende ziekenhuis bevoegd (witte lijst)?
- Op welke wijze wordt de indicatiestelling bewaakt?

Het ziekenhuis implanteert alleen biventriculaire pacemakers met ICD-functie (C)

- Welke verklaring heeft het ziekenhuis hiervoor?
- Welke indicatie hanteert het ziekenhuis voor implantatie van ICD's?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief hoog (voor 2012: meer dan 6,2%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daar de uitkomst van?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectiepreventiemaatregelen genomen?

[76] Op dit moment bestaat er een 'Witte lijst' voor PCI-centra en een 'Witte lijst' voor ICD-centra (www.nvvc.nl/witte-lijsten). Centra die op deze lijst staan voldoen aan alle eisen van de vereniging voor wat betreft kwaliteit (zoals geformuleerd in richtlijnen).

- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (DIPR)?
- Wanneer wordt de raad van bestuur op de hoogte gesteld van een complicatiepercentage? Zijn daar afspraken over?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de resultaten te verbeteren?

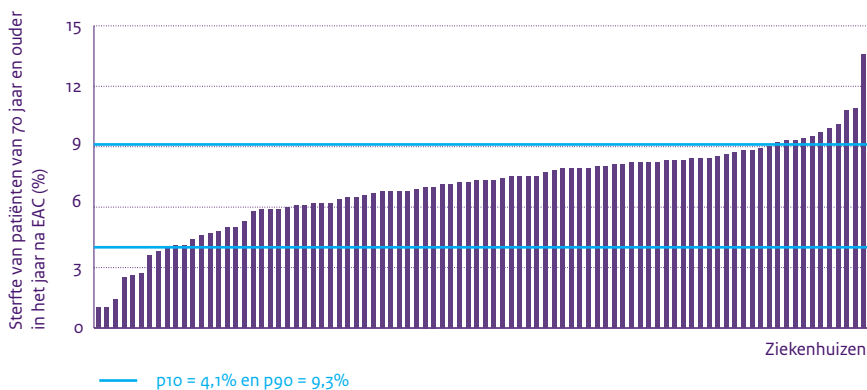
Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief laag (voor 2012: minder dan 1,6%)

- Welke analyse is uitgevoerd op de gegevens?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectiepreventiemaatregelen genomen?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (DIPR)?
- Hoe (systematisch) is de follow-up georganiseerd?
 - Welke groepen worden wel/niet in de follow-up betrokken?
 - Wie verzorgt de nazorg voor groepen die niet in de follow-up zitten?
- Worden complicaties tijdens de follow-up ook bijgehouden?

Resultaten

Figuur 6.2.1

Sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder in het jaar na EAC (n=91)



In 91 ziekenhuizen brachten bijna 255.951 patiënten een eerste polibezoek (in de betekenis van eerste administratieve consult^[77]). Het aantal patiënten varieerde van 326 tot 7.334. De sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder in het jaar na EAC op de polikliniek was gemiddeld 7% (mediaan 7,3%). Dit percentage varieerde van 1 tot 13,6%. Nog niet alle ziekenhuizen bepaalden dit percentage met behulp van het aantal geregistreerde over-

[77] Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal een medisch specialist van een poortspecialisme met een zorgvraag consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste

polikliniekbezoek worden geregistreerd indien in de twaalf maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

ledenen in de Gemeentelijke Basisadministratie. In de toelichting gaven enkele ziekenhuizen aan dat het percentage alleen het aantal overledenen binnen het ziekenhuis betreft. Vergeleken met 2011 leverden nu alle ziekenhuizen informatie over de sterfte aan en is het percentage overledenen licht gedaald. Het aantal eerste polikliniekbezoeken is vrijwel gelijk gebleven.

In 2012 is de indicator over de behandeling van patiënten met een STEMI toegevoegd aan de basisset.

Alle 91 ziekenhuizen gaven aan schriftelijk vastgelegde afspraken te hebben in de regio voor wat betreft de zorg voor patiënten met een acuut infarct, waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI-centrum voorop staat. Bij deze afspraken was ook bij alle ziekenhuizen de regionale ambulancedienst betrokken. Ook gaven alle ziekenhuizen aan dat vanuit de ambulance al contact opgenomen werd met het PCI-centrum. 2 ziekenhuizen, Wilhelmina Ziekenhuis (Assen) en Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven), vulden daarna 'nee' in bij de vraag of in de ambulance reeds met medicatie gestart wordt.

Tabel 6.2.1

Verrichting van PCI-procedures (n=91)

Verrichting van PCI-procedures	Aantal (n)	Percentage (%)
Ja, en ook bij patiënten met een STEMI	26	29
Ja, maar niet bij patiënten met een STEMI	2	2
Nee	63	69

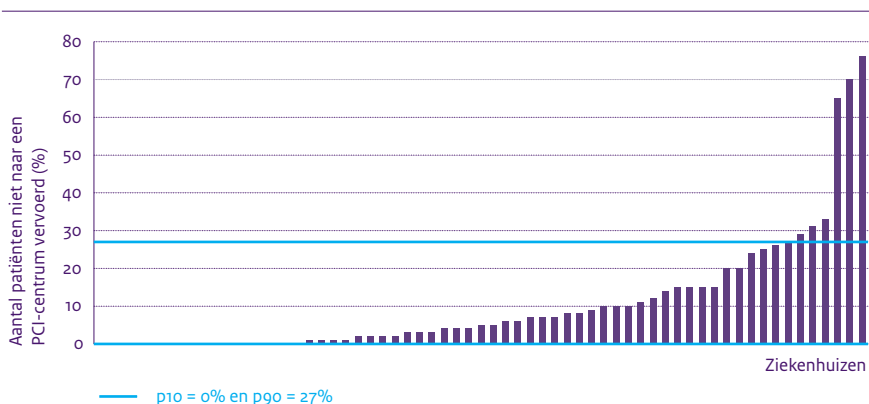
PCI-procedures worden door 28 ziekenhuizen verricht, waarvan 2 ziekenhuizen dit niet bij patiënten met een STEMI verrichten. Deze 2 ziekenhuizen, Tergooi (Blaricum en Hilversum) en VieCuri (Venlo en Venray) zijn nog startende centra. Zij hebben wel een vergunning en staan op de 'Witte lijsten' van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC).

Alle 65 ziekenhuizen die geen patiënten met een STEMI behandelden, hadden schriftelijk vastgelegde afspraken met een regionaal PCI-centrum voor de behandeling van patiënten die zich in het eigen ziekenhuis meldden met een acuut myocardiinfarct. Ook hebben ze allemaal interne afspraken gemaakt om vertraging in het begin van de behandeling van patiënten met een acuut infarct te voorkomen.

Alleen het Gemini Ziekenhuis (Den Helder) gaf aan dat de regionale ambulancedienst niet betrokken was bij de afspraken met het regionale PCI-centrum wanneer patiënten zich in het eigen ziekenhuis meldden met een acuut myocardiinfarct.

Figuur 6.2.2

Aantal patiënten niet naar een PCI-centrum vervoerd (n=64)

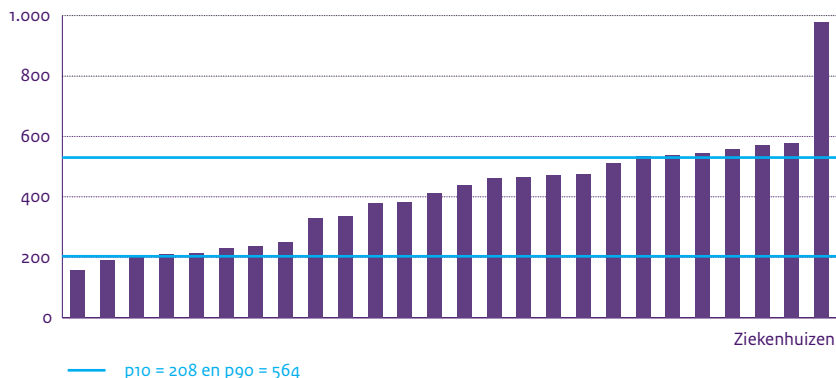


In totaal zijn er 3.548 patiënten met een STEMI gepresenteerd op de SEH's of CCU's van de ziekenhuizen die geen patiënten met een STEMI behandelen. Gemiddeld waren dit 56 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van 8 tot 258. Eén ziekenhuis wist niet hoeveel patiënten er gepresenteerd waren op de SEH of CCU, maar wel hoeveel patiënten ze hadden doorverwezen.

Van de 3.548 gepresenteerde patiënten met een STEMI werden er 2.909 (82%) vervolgens vervoerd naar een PCI-centrum. Het percentage patiënten met een STEMI dat per ziekenhuis werd doorgestuurd naar het PCI-centrum varieerde van 10% tot 100%. In de toelichtingen wordt als verklaring voor het niet doorsturen van patiënten met een STEMI onder meer aangegeven dat deze patiënten al te veel vertraging hadden in de tijd tot presentatie in het ziekenhuis, de patiënten in een te slechte conditie voor PCI waren of dat de patiënten weigerden om vervoerd te worden naar het PCI-centrum.

Figuur 6.2.3

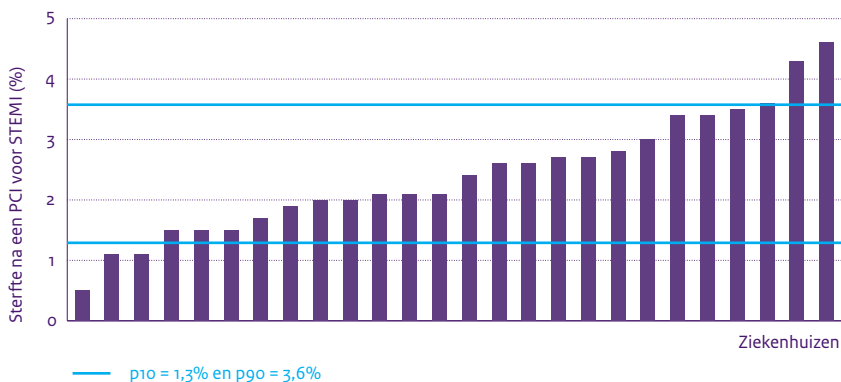
Aantal patiënten met een PCI voor STEMI (n=26)



De 26 ziekenhuizen die patiënten met een STEMI behandelden doen dit 24/7. Gemiddeld participeerden er 6 interventiecardiologen in de zorg rondom een acuut infarct in deze PCI-centra. Het aantal interventiecardiologen moet volgens de richtlijn minimaal 4 zijn. De 2 ziekenhuizen die met minder interventiecardiologen werkten zijn hier al door de NVvC op aangesproken en zullen dit eind 2013 op orde hebben. De PCI-centra hebben bij 10.541 patiënten een PCI voor STEMI verricht. Dat zijn gemiddeld 405 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van 156 tot 932.

Figuur 6.2.4

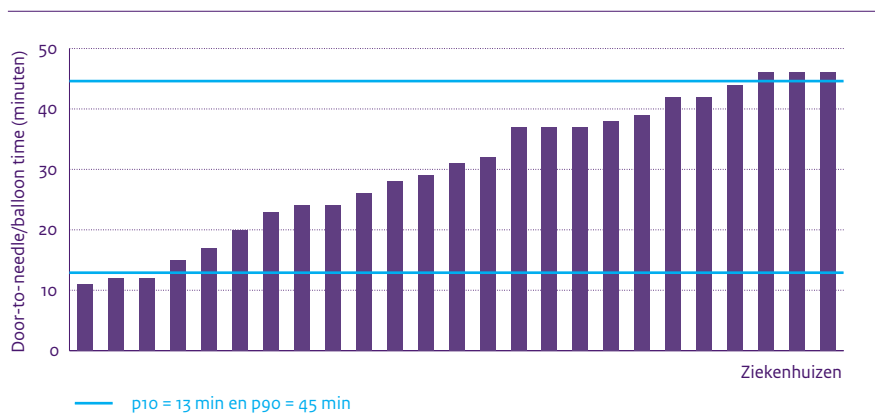
Sterfte na een PCI voor STEMI (n=26)



Het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is overleden (exclusief patiënten die na reanimatie en voor de PCI zijn overleden) is gemiddeld 2,4% en loopt uiteen van 0,5 tot 4,6%. Omdat dit percentage zowel de ziekenhuissterfte als de 30-daagse sterfte kan zijn, is het lastig om ziekenhuizen op hun percentage te vergelijken. In de basisset van 2013 wordt dit verschil duidelijker gemaakt.

Figuur 6.2.5

Gemiddelde 'door-to-needle-time' of 'door-to-balloon-time' in minuten (n=25)



De vraag over de 'door-to-balloon' of 'door-to-needle-time' is beantwoord door 25 van de 26 PCI centra. Alleen het Amphia Ziekenhuis (Breda) geeft aan dat dit gegeven onbekend is. 6 ziekenhuizen hadden een steekproef nodig om de 'door-to-balloon' of 'door-to-needle-time' te bepalen.

De gemiddelde 'door-to-needle-time' of 'door-to-balloon-time' is 30 minuten en loopt uiteen van 11 tot 46 minuten. De 'door-to-needle' of 'door-to-balloon-time' is bedoeld als de tijd vanaf de ziekenhuisdeur. Het lijkt erop dat sommige ziekenhuizen dit interval hebben bepaald vanaf het eerste medische contact.

Figuur 6.2.6

Pacemakerregistratie (n=90)

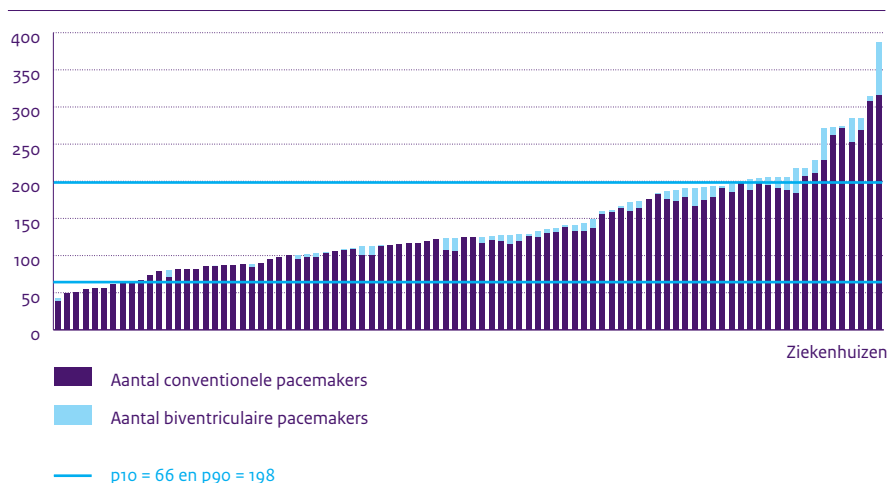


Van de 91 ziekenhuizen verrichtten er 90 ziekenhuizen pacemakerimplantaties. Het ziekenhuis De Sionsberg (Dokkum) is hiermee gestopt. Van deze 90 ziekenhuizen registreerden 75 (83%) het aantal plaatsingen via de landelijke database DIPR. Deelname aan een landelijke registratie is gewenst door de NVvC. Met name voor het signaleren van problemen en daaropvolgende *recalls* (het door de leverancier terughalen van een hulpmiddel) is het deelnemen aan een landelijke registratie van belang. 8 ziekenhuizen (9%) gebruikten een eigen registratiesysteem dat voldoet aan een externe standaard, zoals GRIT, NCDR, DIPR en de standaard van de NVvC. Veel ziekenhuizen die registreren via DIPR gaven ook nog aan een eigen registratie bij te houden.

10% van de ziekenhuizen gaf aan de eigen gegevens niet aan externe referenties te toetsen. 5 van deze 10 ziekenhuizen participeerden wel in DIPR. Vergeleken met 2011 lijken meer ziekenhuizen zich aan externe referenties te toetsen.

Figuur 6.2.7

Aantal pacemakers per ziekenhuis (n=90)

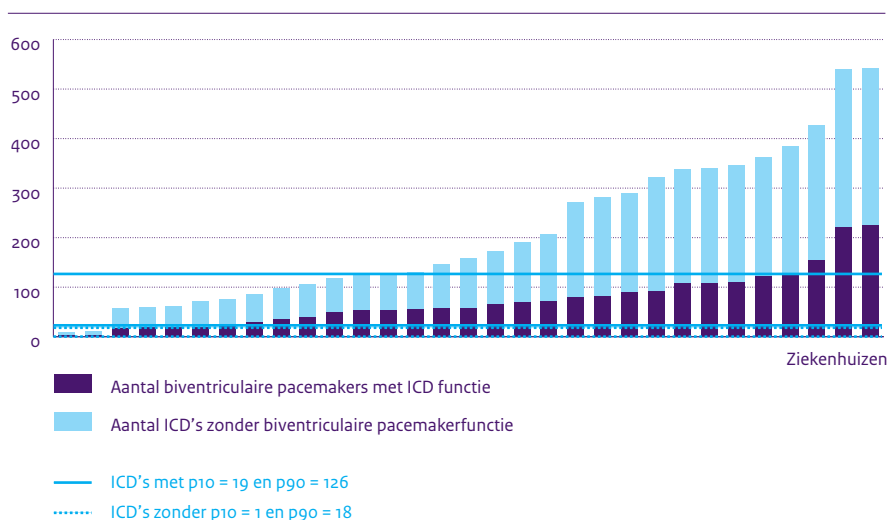


In 2012 werden 11.997 conventionele pacemakers in 90 centra geïmplanteerd. Daarnaast werden 662 biventriculaire devices (zonder ICD-functie) geïmplanteerd. Dit gebeurde in 60 centra. Gemiddeld implanteerden de 90 centra 140 pacemakers (conventioneel en biventriculair), variërend van 42 tot 387 per centrum.

Vergeleken met 2011 is het aantal conventionele pacemakers ongeveer gelijk gebleven, het aantal biventriculaire devices is na een forse toename in 2011 met 10% afgenomen in 2012.

Figuur 6.2.8

Aantal ICD's (n=31)



ICD-implantaties vonden in 2012 plaats in 31 centra. Zij voerden gezamenlijk 6.139 ICD-implantaties uit, waarvan de meerderheid (63%) ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie betrof.

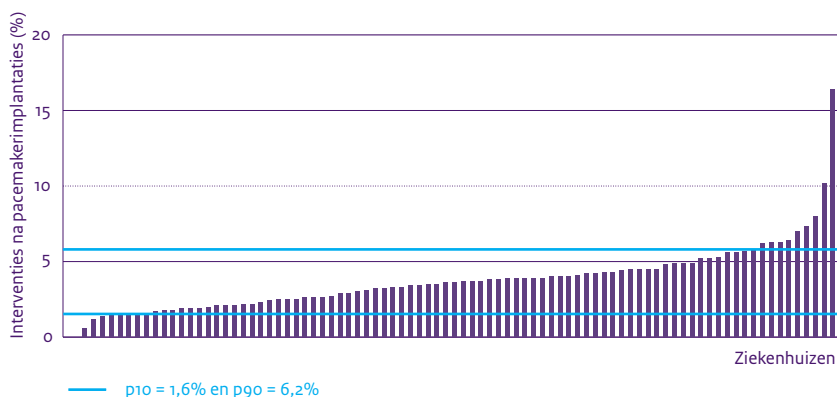
Om aan de normen van de beroepsgroep te voldoen, dienen in een ICD-centrum op jaarbasis minimaal 120 CIED's geïmplanteerd te worden. Hiervan moeten minimaal 60 ICD's geïmplanteerd worden, en daarvan weer minimaal 20 biventriculaire ICD's. Ook is deelname aan DIPR verplicht voor deze centra.

5 ziekenhuizen implanteerden in 2012 minder dan 60 ICD's, 3 daarvan zijn recent gestart. 4 ziekenhuizen implanteerden minder dan 20 biventriculaire ICD's, ook deze ziekenhuizen zijn in de opstartfase. Daarnaast was er 1 centrum dat opgaf alleen biventriculaire ICD's te implanteren. Het is de vraag welke indicatie dit centrum hiervoor hanteerde. 5 centra geven aan niet te registreren via de DIPR.

Vergeleken met 2011 is het aantal ICD's wederom toegenomen, deze keer met bijna 17%. Het aantal centra waar ICD-implantaties plaatsvonden, is afgenomen. Het aantal centra dat niet registreerde via DIPR is iets afgenomen.

Figuur 6.2.9

Percentage interventies na pacemakerimplantatie (n=89)



Het percentage interventies 90 dagen na het implanteren van een pacemaker of ICD is gemiddeld 3,8%, variërend van 0 tot 16,4%. Er zijn 2 ziekenhuizen, Röpcke-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg) en Tergooi (Blaricum en Hilversum), die opgeven dat er geen reïnterventies hebben plaatsgevonden. 18 ziekenhuizen toetsten de eigen gegevens niet aan externe referenties. Deelname aan de landelijke database is belangrijk voor het opsporen en adequaat behandelen van problemen bij deze implantaten.

Vergeleken met 2011 bleef het percentage reïnterventies vrijwel gelijk. Het aantal ziekenhuizen dat de eigen gegevens toetste aan externe referenties nam toe.

Aandachtspunten voor de cardiologie en de daarbij horende indicatoren

De STEMI indicator, nieuwe stap in de indicator ontwikkeling

In de analyse van indicatorgegevens besteedt de inspectie vanaf 2009 steeds meer aandacht aan het onderzoeken van verbanden tussen indicatoren. Dat heeft onder andere geleid tot een andere indeling, meer gericht op processen, het in samenhang bekijken van uitslagen en het beoordelen van invoeringspatronen in ziekenhuizen. De STEMI indicator is een nieuw model indicator. Deze volgt de patiënt met een STEMI vanaf het optreden van het infarct tot aan de PCI^[78] en met ingang van 2014 tot aan de start van de revalidatie. Dat nieuwe ontwerp heeft meerdere redenen. De zorg voor de patiënt met een hartinfarct is een samenspel van actoren uit de eerste en tweede lijn, die allen samen moeten werken om de patiënt zo snel mogelijk in het PCI-centrum te krijgen. De richtlijn is daar ook duidelijk over: alle acties tussen het infarct en het heropenen van het vat zijn erop gericht om de PCI zonder vertraging te laten gebeuren. De internationale richtlijn geeft een goed overzicht van de indicatoren waarover een zorgsysteem moet beschikken^[79], waaronder de ‘door-to-balloon-time’, hier het interval tussen First Medical Contact en Reperfusion therapy. De richtlijn doet ook uitspraken over de rol van de ambulance en niet-PCI ziekenhuizen. De rol van het ambulancepersoneel is belangrijk. Er moeten goede afspraken zijn over hun rol en er moet direct contact met het PCI-centrum zijn. De richtlijn is ook duidelijk over de rol van de niet-PCI-centra. Een ambulance mag geen patiënten met een STEMI afleveren bij een ziekenhuis zonder PCI mogelijkheden, zolang een PCI mogelijk is. Als een ambulance een patiënt met verdenking op een STEMI aflevert bij een niet-PCI-centrum, mag de ambulance niet weg voordat zeker is dat een PCI niet nodig is.

De indicator vraagt aan alle ziekenhuizen of er afspraken zijn gemaakt met de ambulancedienst in de regio. Zoals te verwachten was, doen alle ziekenhuizen dit. Wat echter uit vragen van de inspectie aan ziekenhuizen blijkt, is dat die afspraak eruit kan bestaan dat de patiënt eerst aangeboden wordt bij de lokale spoedeisende hulp (SEH). Dat is duidelijk niet volgens de richtlijn. In het PCI-centrum aangekomen, is de richtlijn ook duidelijk: de patiënt gaat direct door naar de catheterisatiekamer.

Vertragingsfactoren: de tussenstop op de SEH

Van alle patiënten wordt 30% eerst aangeboden op een SEH van een niet-PCI-centrum. Het is te hopen dat dit een administratieve aanbidding is en geen fysieke, gezien de bovengenoemde richtlijn. Er is een grote spreiding in het aantal patiënten dat volgens de indicator eerst wordt aangeboden op de lokale SEH en later doorgaat naar het PCI-centrum. Er zijn dus ziekenhuizen waar geen enkele STEMI patiënt wordt aangeboden. Als de aanname klopt zijn deze ziekenhuizen dus een voorbeeld van een best-practice. Aan de andere kant is er een niet-PCI ziekenhuis waar 258 patiënten zijn aangeboden op de SEH. In dat geval werden 253 patiënten doorverwezen naar het PCI-centrum. Er zijn een aantal factoren die daarbij belangrijk zijn: wat is de werkelijke situatie waar de indicator naar verwijst, komen de

[78] PCI staat voor Percutane Coronaire Interventie.

[79] www.nvvc.nl/media/richtlijn/155/2012_Guidelines_AMI_STEMI.pdf pagina 2577-2578.

patiënten daadwerkelijk op de SEH, welke factoren bepalen of een patiënt op de SEH komt en zijn die beïnvloedbaar? Wat is de reden van het grote verschil tussen de verschillende ziekenhuizen en wat is de betekenis van een richtlijn voor de daadwerkelijke organisatie? Er zijn twee bijzondere aspecten aan deze richtlijn. Ten eerste heeft de NVvC ervoor gekozen om niet een Nederlandse richtlijn te ontwikkelen, maar actief bij te dragen aan de ontwikkeling van een internationale richtlijn. Hiermee is de kwaliteit van de Nederlandse zorg beter te vergelijken met die van internationale collega's. Ten tweede is het bijzonder dat deze richtlijn zowel medisch inhoudelijke aspecten als logistieke voorwaarden combineert. Dit is een nieuwe stap in de ontwikkeling van richtlijnen. Hiervoor was de richtlijn operatief proces het beste voorbeeld van integratie, omdat deze zowel het operatief proces systematiseert als de procesverantwoordelijkheid van de anesthesioloog en de snijder structureert. De cardiologie richtlijn gaat duidelijk een stap verder. Dit is een nieuwe stap voorwaarts, maar ook een nieuwe uitdaging voor cardioloog en toezichthouder.

Vergelijking FMC-to-balloon

De indicator en de richtlijn geven een interessant doorkijkje in de complexiteit van vergelijkingen. De richtlijn stelt dat een ziekenhuis de tijd tussen binnenkomst (First Medical Contact, FMC) en het moment dat de ballon in het vat wordt opgeblazen, moet weten en beheersen. Dit is de basis om aan de richtlijn te kunnen voldoen en daarmee voor de inspectie een adequate eerste toets. De inspectie hoeft de *'door-to-needle'* of *'door-to-balloon-time'* niet te beoordelen als het ziekenhuis de data goed gebruikt. Ziekenhuizen die een steekproef nodig hebben om de indicator te kunnen invullen voldoen niet aan de richtlijn. Zij hebben de data immers niet paraat. Ziekenhuizen moeten continu in staat zijn om te zien of er onnodige vertragingen zijn in het eigen proces. Omdat het er vooral om gaat dat het ziekenhuis zelf in control is, heeft de inspectie in de indicator in eerste instantie niet gekozen voor één eindpunt (*balloon of needle*). Het ziekenhuis krijgt de ruimte om de bestaande registratie voort te zetten, zodat de eigen prestatie over de tijd gevolgd en beoordeeld kan worden. Om zo een trendbreuk in de registratie op ziekenhuisniveau te voorkomen. Het nadeel van deze keuze is dat het moeilijker is om ziekenhuizen onderling te vergelijken. Op dit moment is de beslissing van de inspectie om een ziekenhuis te bezoeken, vooral gebaseerd op het ontbreken van sturing. In een volgende fase verwacht de inspectie dat zij, naast hun bestaande registratie, ook hetzelfde begin- en eindpunt registreren. Ziekenhuizen met afwijkende registraties zullen dan hun eigen systeem moeten uitbreiden.

6.3 Cerebrovasculair accident (CVA)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 6.6.

Indicator

- ‘Door-to-needle-time’ trombolysel^[80].

Wat zijn de risico's

Begin 2007 waren er in Nederland 191.000 mensen die ooit een CVA (beroerte) hebben gehad. In 2007 overleden 9.518 personen met een CVA als hoofdoorzaak^[81]. Per jaar krijgen ongeveer 35.000 mensen voor het eerst een CVA. Er komen twee grote vormen voor: de hersenbloeding (bij ongeveer 20% van de patiënten) en het herseninfarct dat ontstaat door een vaatafsluiting (bij ongeveer 75% van de patiënten). Vooral bij een hersenbloeding is de kans op overlijden of blijvende invaliditeit groot. Het CVA komt vooral voor bij ouderen. Door de vergrijzing zal het aantal mensen met een CVA in de toekomst verder toenemen. Intraveneuze trombolysel (IVT) is tot nu toe de enige bewezen effectieve behandelmethode voor het herseninfarct in de acute fase. Voorwaarde bij intraveneuze trombolysel is dat de behandeling in ieder geval wordt gestart binnen 4,5 uur na het ontstaan van de verschijnselen, maar bij voorkeur zo snel mogelijk^[82]. Hoe sneller de behandeling begint, hoe beter het resultaat. Om een tijdige behandeling – liefst binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis – te bevorderen, vraagt de IGZ sinds 2008 op verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) naar de ‘door-to-needle-time’ van intraveneuze trombolysel. De IGZ ziet toe of ziekenhuizen in staat zijn nieuwe ontwikkelingen te volgen en of zij ervoor (kunnen) zorgen dat spoedeisende behandelingen op tijd plaatsvinden.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis past geen trombolysel toe

- Staat in de toelichting naar welk ziekenhuis patiënten voor trombolysel worden verwezen en welke afspraken hierover met de verwijzers en ambulancedienst zijn gemaakt?
 - Zo nee: Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Zijn het afgelopen jaar patiënten opgenomen die achteraf gezien in aanmerking kwamen voor trombolysel?
 - Zo ja: Wat betekende dat voor het te voeren beleid en wat zijn de resultaten van dat beleid?

[80] Overall waar in deze tekst trombolysel wordt gebruikt betreft het intraveneuze trombolysel, tenzij uitdrukkelijk anders vermeld.

[81] www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/beroerte/omvang/

[82] Richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. NVN / CBO, 2009.

Het aantal patiënten bij wie trombolyse is toegepast is relatief klein (voor 2012: minder dan 16)

- Staat in de toelichting dat trombolyse in de regio meestal in een ander ziekenhuis plaatsvindt?
 - Zo ja: Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Hoe garandeert het ziekenhuis bij een behandeling die weinig voorkomt dat deze voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg?
- Wat zijn de criteria voor trombolyse?
- Zijn in het afgelopen jaar patiënten opgenomen die achteraf bezien in aanmerking kwamen voor trombolyse?
 - Welk percentage van de patiënten komt in aanmerking voor trombolyse?
 - Heeft de kans op trombolyse een relatie met het tijdstip waarop de patiënt wordt opgenomen?

Het percentage patiënten bij wie trombolyse binnen 1 uur is toegepast, is relatief laag (voor 2012: minder dan 81%)

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
 - Zo ja: Wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
 - Zo nee: Wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een prospectieve analyse van problemen in de zorgorganisatie uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?

Het percentage patiënten bij wie trombolyse binnen 1 uur is toegepast is 100%

- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat alle patiënten binnen 1 uur na binnenkomst zijn behandeld?
- Welk beleid wordt gevoerd voor het uitvoeren van trombolyse en het selecteren van patiënten?
- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van aanvullende diagnostiek, als die noodzakelijk is?

Het percentage patiënten bij wie trombolyse later dan 2 uur is toegepast, is relatief hoog (voor 2012: meer dan 3,1%)

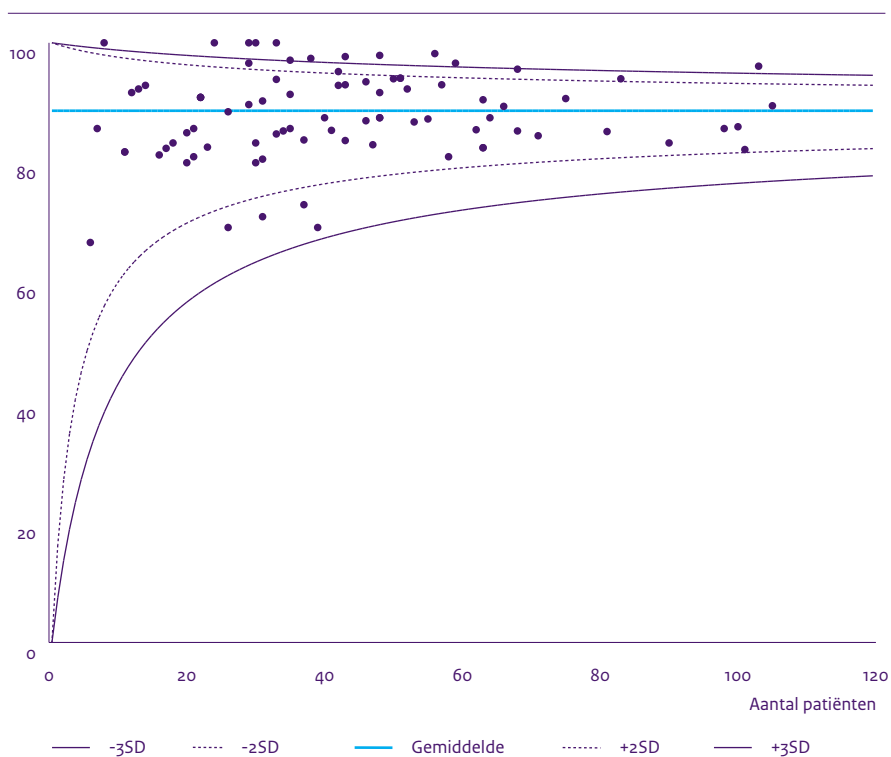
- Wat is de uiterste tijdsgrens voor het behandelen van patiënten?
 - Welk deel van deze patiënten had een reversibele contra-indicatie, zoals sterk verhoogde bloeddruk?
- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
 - Zo ja: Wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
 - Zo nee: Wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?
- Hoe is de beschikbaarheid van diagnostische middelen in het ziekenhuis?
 - Zijn er wachtlijsten voor de CT-scan?

- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
 - Ten aanzien van spoedeisend diagnostisch onderzoek?
 - Ten aanzien van beschikbaarheid van specifieke medicamenten?

Resultaten

Figuur 6.3.1

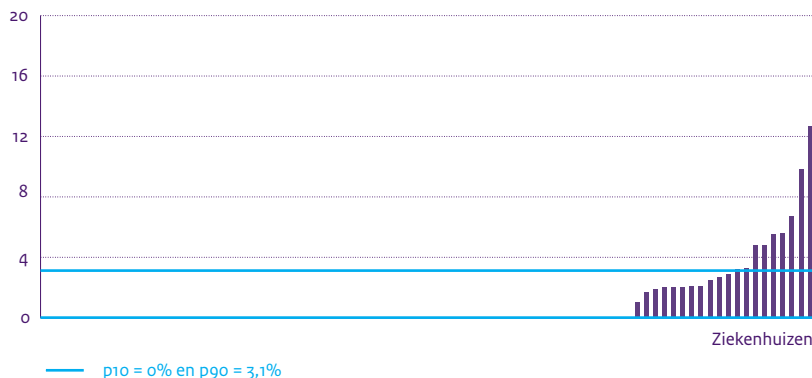
'Door-to-needle-time' trombolysie, percentage patiënten met een CVA dat binnen één uur is getrombolysed (n=86)



In bovenstaande figuur (een funnelplot) is het percentage patiënten met een CVA dat binnen één uur is getrombolysed afgezet tegen het aantal patiënten. In 2012 waren er geen ziekenhuizen meer die een significant minder dan gemiddeld percentage patiënten met een CVA binnen één uur hadden getrombolysed.

Figuur 6.3.2

Het aantal patiënten behandeld na één uur, maar binnen twee uur (n=86)



In 2012 werden in 86 ziekenhuizen 3.760 patiënten met een CVA behandeld met trombolysie. Het aantal patiënten per ziekenhuis varieerde van 6 tot 130 (gemiddeld 44, mediaan 40). 5 ziekenhuizen voerden zelf geen trombolyses uit; zij verwezen patiënten door naar een ander ziekenhuis in de regio.

Van de ziekenhuizen die wel trombolyses uitvoerden, beschikte alleen het Waterland ziekenhuis (Purmerend) niet over een registratiesysteem voor doorlooptijden van trombolyses. Bij gemiddeld 86% van de patiënten werd trombolysie gestart binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis. Dit percentage loopt uiteen van 66,7% tot 100%. Het percentage waarbij na 2 uur met trombolysie werd gestart ligt gemiddeld op 0,9% en loopt uiteen van 0% tot 12,7%.

Vergeleken met voorgaande jaren is er een verbetering te zien. Het percentage patiënten dat binnen 1 uur met trombolysie werd behandeld, steeg met 4,2% en de bandbreedte nam af. Het percentage patiënten dat na 2 uur met trombolysie werd behandeld, daalde van 1,7% naar 0,9%, een afname van bijna 50%.

Aandachtspunten voor het CVA en de daarbij horende indicator

Opvallende verschillen in aantal trombolyses per regio

Bij de start van de indicator over trombolysen stonden twee indicatoren ter discussie: ‘*door-to-needle-time*’ en het percentage patiënten met een CVA dat trombolysen krijgt. De NVN heeft er toen voor gekozen in de algemene ledenvergadering alleen de eerste indicator voor te stellen voor de basisset. De argumentatie van de vereniging naar de IGZ om het percentage trombolysen niet mee te nemen was dat veel regionale factoren bepalen of patiënten tijdig trombolysen krijgen. In eerdere uitgaven van het resultaat telt is vastgesteld dat de indicator ‘*door-to-needle-time*’ trombolysen een duidelijke verbetering in de uitkomsten liet zien. Trombolysen werden sneller uitgevoerd en het aantal behandelingen nam toe. Het blijkt ook voor de IGZ een goede indicator, want ziekenhuizen die achterblijven zijn goed te onderscheiden. Ziekenhuizen kunnen dat gegeven ook weer gebruiken om problemen snel te signaleren en op te pakken.

Wat opvalt is dat de toename van het absolute aantal met trombolysen behandelde patiënten niet homogeen is. In het Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) worden rond de 30 patiënten per jaar behandeld. In het (poliklinisch) vrijwel even grote Waterlandziekenhuis (Purmerend) worden 6 patiënten behandeld (het laagste aantal van Nederland). Een deel van de verklaring kan zijn dat sommige patiënten met een CVA uit Purmerend naar het Zaan Medisch Centrum (Zaandam) gebracht worden, waarna de patiënten volgens de toelichting behandeld worden in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam). Maar het kan ook zijn dat patiënten uit die regio een veel kleinere kans hebben op een CVA. Het Sint Lucas Andreas ziekenhuis (Amsterdam) heeft een veel groter aantal patiënten (102), met ook duidelijk betere resultaten. Dit ziekenhuis had in de afgelopen 3 jaar bij slechts 10 van de 252 patiënten (4%) meer dan een uur nodig om trombolysen toe te passen. Voor het Waterlandziekenhuis was dit het geval bij 5 van de 25 patiënten (20%).

Deze cijfers laten zien dat het nuttig is onderzoek te doen naar de oorzaken van het verschil in de aantallen trombolysen.

Internationale vergelijking van ‘*door-to-needle-time*’, the race is on

De ‘*door-to-needle-time*’ is een van de eenvoudigst te vergelijken factoren binnen de indicatorenset. Een inhoudelijke vergelijking is echter alleen zinvol als duidelijk is welke definitie gebruikt wordt, zowel van het begin van het registreren interval (‘*door*’) als van het eind (‘*needle*’). In het hoofdstuk over de PCI staat dat voor de behandeling van bloedsstolsels in het hart twee maten mogelijk zijn: tot aan het moment van het inbrengen van de naald en tot aan het moment van het opblazen van de ballon in het vat. Hoewel er ook bij de trombolysen voor CVA andere mogelijkheden zijn, is intraveneuze trombolysen de standaardbehandeling en is er dus een redelijk te standaardiseren maat. Een andere beperking van de vergelijking is de indeling van de intervallen: de Nederlandse indicator meet in intervallen van een uur (< 1 uur, 1-2 uur, >2 uur).

De meest eenvoudige bron van vergelijkingsmateriaal is het trombolysenproject in Londen. In dit project is getracht de behandeling met trombolysen voor de hele stad te standaardiseren. In de eerste plaats geeft het een mooi voorbeeld van een systematisch gedocumen-

teerde aanpak, inclusief een grafisch overzicht van de verdeling van de risicopopulaties^[83]. Wie loopt waar risico en wat is de verdeling van CVA-patiënten over de stad? Het is een onderdeel van een plan dat ook huisartsen, ambulances en ICT-ondersteuning omvat. In het project zijn doelen opgenomen die overeenkomen met de Nederlandse indicatoren. Het probleem is alleen dat in het Engelse project streeftijden worden gehanteerd en dat deze tijden duidelijk korter zijn dan de Nederlandse intervallen. 100% van de patiënten moet binnen 30 minuten trombolysie krijgen. Het zijn maten die van toepassing zijn op 17 Londense ziekenhuizen die trombolysie willen leveren. Zo'n vergelijking tussen Engelse standaarden en Nederlandse metingen lijkt in eerste instantie negatief uit te vallen voor Nederland. Gelukkig zijn de notulen van het Clinical Standards Committee openbaar. Op 5 oktober 2012 stelde het comité vast dat het Verenigd Koninkrijk een recente mediane 'door-to-needle-time' heeft van 66 minuten^[84]. Dat lijkt ongunstig af te steken tegen de 81% van de patiënten die in Nederland binnen een uur behandeld wordt. Alhoewel de eenheden net verschillen, lijkt Nederland hier voor te liggen. Het model van Londen is ook om andere redenen interessant om te bestuderen. De waarde van concentratie voor het versnellen van de reactietijden is in dit systeem gedocumenteerd, net als de waarde van het organiseren van satellietcentra die ondersteund worden (en gesuperviseerd) door een centraal centrum^[85]. Uiteindelijk moet het doel van een vergelijking altijd zijn om nieuwe ideeën voor verbetering op te doen voor de eigen situatie.

[83] www.londonhp.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/London-Stroke-Strategy.pdf

[84] [www.basp.ac.uk/Portals/2/BASP%20Minutes%205th%20October%202012%20\(3\).pdf](http://www.basp.ac.uk/Portals/2/BASP%20Minutes%205th%20October%202012%20(3).pdf)

[85] Moynihan B, Davis D, Pereira A, Cloud G, Markus HS. Delivering regional thrombolysis via a hub-and-spoke model. *J R Soc Med.* 2010 Sep;103(9):363-9.

7 Infectieziekten

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied infectieziekten en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in hoofdstuk 7 van de basisset van 2012.

Decubitus, ondervoeding en pijn zijn factoren die (oudere) patiënten kwetsbaar maken voor infecties. Bij decubitus omdat de huid één van de belangrijkste barrières is tegen infecties. Doorligwonden zijn een voedingsbodem voor bacteriën en een goede toegangsweg tot de rest van het lichaam. Ondervoeding verlaagt de weerstand en maakt het daarmee moeilijker een infectie te voorkomen en te bestrijden. Pijn na een buikoperatie is een beruchte oorzaak van longontstekingen. Ziekenhuizen moeten dus voortdurend alert zijn om infecties te voorkomen, in te dammen en te behandelen. Dit is het werk van iedereen, niet alleen van de afdeling infectiepreventie of van de arts-microbioloog.

Belangrijke onderdelen van infectiepreventie zijn gedrag, kledingregels en handdesinfectie. Op 21 september 2012 liet het TV-programma Zembla zien dat het essentieel is dat personeel elkaar hierop aanspreekt. Deze conclusie komt overeen met de resultaten van het project Toezicht operatief proces^[86] van de IGZ. Om van handdesinfectie een routine te maken, is ook de infrastructuur belangrijk. Als er aan elk bed een alcoholpomp hangt, is dat een teken van aandacht voor het onderwerp. Als een pompje bij de ingang van een vierpersoonskamer hangt, kan het lijken dat het ziekenhuis verwacht dat er tussen patiëntencontacten op dezelfde zaal niet gedesinfecteerd wordt.

Elkaar aanspreken op gedrag is op vele plaatsen belangrijk, maar blijkt in de praktijk niet eenvoudig. Tijdens het uitvoeren van operaties op de OK moeten teamgenoten elkaar aanspreken op het moment dat zij (mogelijke) fouten zien. Echter, zelfs als de operateur er specifiek om vraagt, durven teamleden dat lang niet altijd te doen. Dit viel ook in het AMC op tijdens het ontwikkelen van het SURPASS-programma^[87]. Het elkaar aanspreken op handhygiëne kan dan een mooie indicator zijn voor de cultuur in een ziekenhuis. In die zin kan de effectiviteit van het infectiebeleid bij ouderen een goede indicator zijn voor de algehele kwaliteit van infectiezorg en de kwaliteit van zorg in het algemeen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond infectieziekten?

Het ziekenhuis voert geen of 1 surveillance voor ziekenhuisinfecties uit en heeft ook geen gegevens over het gebruik van een scoresysteem bij patiënten met een community acquired pneumonia

- Wat is het beleid op het gebied van infecties en infectiepreventie in het ziekenhuis?

[86] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Operatief proces beter gestructureerd, scherpere handhaving op achterblijvende uitvoering blijkt noodzakelijk. Utrecht, juni 2013.

[87] Mondelinge mededeling AMC tijdens inspectiebezoek.

Het ziekenhuis voert geen of 1 surveillance voor ziekenhuisinfecties uit en gebruikt in minder dan 60% van de gevallen een scoresysteem om de ernst van de ziekte bij patiënten met een community acquired pneumonia in te schatten

- Wat is het beleid rond het screenen van patiënten op infecties op de spoedeisende hulp?
- Welke activiteiten voert het ziekenhuis uit in het kader van het veiligheidsprogramma en het thema postoperatieve wondinfecties?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis dat overgeplaatste hoogrisico patiënten geen bedreiging vormen voor het eigen en het ontvangende ziekenhuis?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis een veilige infectiepreventie en behandelcultuur?

Het ziekenhuis voert geen of 1 surveillance voor ziekenhuisinfecties uit en gebruikt in meer dan 60% van de gevallen een scoresysteem om de ernst van de ziekte bij patiënten met een community acquired pneumonia in te schatten

- Wat is het beleid rond het screenen van patiënten op infecties op de spoedeisende hulp?
- Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een verantwoord kweekbeleid voor micro-organismen?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis dat overgeplaatste hoogrisico patiënten geen bedreiging vormen voor het eigen en het ontvangende ziekenhuis?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis een veilige infectiepreventie en behandelcultuur?

7.1 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 7.1.

Indicator

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.

Wat zijn de risico's

Ziekenhuizen moeten verantwoorde zorg leveren. Daarbij hoort ook het beschermen van patiënten tegen bedreigingen die samenhangen met de behandeling en het verblijf in het ziekenhuis, zoals ziekenhuisinfecties. Effectieve preventie van infecties moet daarom onderdeel uitmaken van elk veiligheidsprogramma. Infecties zijn niet helemaal te voorkomen en vragen daarom, naast continue waakzaamheid, ook voortdurende analyse: is er een structureel probleem en moet het ziekenhuis actie ondernemen? De indicator richt zich dan ook vooral op de surveillance. Dit omvat het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens en op basis daarvan gericht handelen. Als het ziekenhuis één van deze onderdelen mist, heeft het hele systeem minder nut. Ziekenhuisinfecties komen in verschillende typen voor, met verschillende oorzaken, analyses en acties. Daarom vraagt de inspectie naar de surveillance van de verschillende typen. Het type surveillance dient afgestemd te zijn op het type bedreiging in het ziekenhuis.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert geen enkele surveillance uit

- Welke risico's worden door het ziekenhuis actief bewaakt?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de veiligheid op het gebied van ziekenhuisinfecties?
 - Welke risico's heeft het ziekenhuis gesignaleerd voor de eigen populatie?
 - Hoe wordt de patiëntveiligheid op het gebied van infectierisico's gewaarborgd?

Het ziekenhuis voert 1 type surveillance uit

- Hoe is de keuze voor dit type surveillance tot stand gekomen?
 - Welke risico's heeft het ziekenhuis afgewogen?
 - Heeft het ziekenhuis wel eens andere typen van surveillance uitgevoerd?
 - Zo ja; Wanneer en met welk resultaat?
 - Hoe houdt het ziekenhuis zicht op andere infectierisico's?
 - Wie ontvangt een rapportage binnen de instelling?
 - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
 - Is dat doel bereikt? Zo ja: Waar blijkt dat uit?

Het ziekenhuis voert alle typen surveillance uit

- Hoe komt de keuze voor het uitvoeren van een surveillance tot stand?
- Indien het ziekenhuis surveilleert via PREZIES:

- Is het proces en de uitkomst door PREZIES gevalideerd?
- Heeft het ziekenhuis een terugrapportage ontvangen van PREZIES?
- Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
 - Is dat doel bereikt? Zo ja: Waar blijkt dat uit?

Het ziekenhuis voert alleen een prevalentiemodule uit, waarbij wordt bekeken of een patiënt in een bepaalde periode een infectie heeft

- Op welke wijze komt het ziekenhuis aan voldoende gegevens voor het uitvoeren van interventies?
- Wanneer voert het ziekenhuis een incidentiemeting uit, waarbij de patiënt gedurende de opname én na ontslag wordt onderzocht op het optreden van nieuwe ziekenhuisinfecties?

Resultaten

Tabel 7.1.1

Aantal ziekenhuizen met incidentiemetingen per type surveillance

Incidentie	Postoperatieve wondinfecties (n=96)	Centrale lijn gere-lateerde sepsis (n=92)	Wondinfecties na hartchirurgie (n=15)
Alleen via PREZIES (waarvan geen cijfers aangeleverd)	71 (2)	48 (4)	6 (0)
Via PREZIES en eigen meting	5	2	2
Alleen eigen meting	13	25	5
Geen metingen	7	17	2

Alle 96 ziekenhuizen namen in 2012 deel aan een vorm van incidentiemeting van postoperatieve wondinfecties. PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) is daarbij de standaard. Het aantal ziekenhuizen dat geen incidentiemeting van postoperatieve wondinfecties uitvoerde is ten opzichte van 2011 gelijk gebleven. Van de ziekenhuizen die geen cijfers hebben aangeleverd over de incidentiemeting zijn er 3 ziekenhuizen die ook geen cijfers over de prevalentiemeting hebben aangeleverd, dat zijn VieCuri (Venlo en Venray), Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) en het Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede)^[88].

5 van de 16 ziekenhuizen met een hartchirurgisch centrum gaven geen aantallen op bij de incidentie van wondinfecties na hartchirurgie. Eén ziekenhuis met een hartchirurgisch

[88] Toelichtingen. VieCuri (Venlo en Venray): Door het ontbreken van een adequaat registratie systeem was het niet mogelijk uitkomsten te monitoren. Vanaf 2013 kan wel gemonitord worden. Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek): Afdelingen van het UMC St Radboud voeren operaties en

ingrepen uit op de OK van het UCCZ; deze afdelingen volgen zelf de patiënten. In de complicatieregistratie van Longziekten worden infecties geregistreerd, besproken en verbetermaatregelen ingezet. Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede): geen toelichting.

centrum, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam), gaf zowel geen cijfers over de incidentiemeting als over de prevalentiemeting en gaf geen toelichting hierop.

Vergeleken met voorgaande jaren is het opvallend dat het aantal surveillances via PREZIES daalt en het aantal eigen surveillances stijgt. Verder valt op dat het aantal ziekenhuizen dat incidentiemetingen rond centrale lijn gerelateerde sepsis uitvoerden, duidelijk is gestegen in vergelijking met 2011. Er is in 2012 een stijging van 16 ziekenhuizen die dit via PREZIES hebben gemeten en een daling van 23 ziekenhuizen die aangaven dit niet te meten.

Tabel 7.1.2

Aantal ziekenhuizen met prevalentiemetingen per type surveillance

Prevalentie	Postoperatieve wondinfecties (n=96)	Centrale lijn gere- lateerde sepsis (n=96)	Wondinfecties na hartchirurgie (n=16)
Alleen via PREZIES (waarvan geen cijfers aangeleverd)	50 (1)	43 (1)	7 (0)
Via PREZIES en eigen meting	3	4	1
Alleen eigen meting	5	4	2
Geen metingen	38	45	6

Ziekenhuizen voerden vaker incidentie- dan prevalentiemetingen uit. Vergeleken met 2011 is, net als bij de incidentiemetingen maar dan in mindere mate, ook bij de prevalentie-metingen een stijging te zien van de ziekenhuizen die metingen rond centrale lijn gerelateerde sepsis uitvoerden.

Aandachtspunten voor surveillance van ziekenhuisinfecties en de daarbij horende indicator

Internationale vergelijking van infectiepercentages

De surveillancemodules van PREZIES zijn gebaseerd op het Amerikaanse surveillance-systeem NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance). Op zich zou dat voor de meest voorkomende infectiefrequenties, zoals postoperatieve wondinfecties en lijnsepsis, moeten kunnen leiden tot een directe vergelijking. Complicatie hierbij is wel dat voor een goede interpretatie van infectiefrequentie risicofactoren van belang zijn. Het risico van een infectie hangt af van het type ingreep, de mate van verontreiniging en de operatieduur. Bij dat laatste is vooral van belang of de operatie onverwacht veel langer duurt. De mate van verontreiniging hangt vooral af van de locatie. Zo zijn ingrepen aan de darm vrijwel altijd erger verontreinigd dan ingrepen aan armen of benen (ernstige uitzonderingen als gangreen daargelaten). De infectiepreventie heeft dan ook een lange traditie op het gebied van internationale samenwerking voor het opsporen van risico's. Toch zijn er nog grote en onverklaarde verschillen. Een klein voorbeeld: de infectiefrequentie bij een mamma amputatie is in de VS 1,7%^[89]. Bij dezelfde ingreep komen in Nederland 4,6% infecties voor^[90]. Omdat het hier in beide gevallen om zeer grote datasets gaat, speelt onzekerheid hier een kleine rol (tussen de 10 000 en 25.000 patiënten per land). Daarentegen moet bij het vergelijken wel rekening gehouden worden met context variabelen, zoals de grote culturele verschillen tussen Nederland en de VS ten aanzien van antibioticatoediening. Een verklaring voor deze internationale verschillen kan liggen in de samenstelling van de verschillende groepen. PREZIES geeft ook cijfers voor borstsparende ingrepen. Ongeveer 3.000 van de 13.000 ingrepen in het PREZIES bestand zijn borstsparend, terwijl de verwachte verhouding één op één is. De infectiefrequentie van borstsparende ingrepen is lager, maar niet lager dan de overall VS cijfers: 2%. Dit voorbeeld toont wel aan dat het verstandig kan zijn om internationale referenties te gebruiken. De cijfers zijn afkomstig uit de referentietabel van het PREZIES project. Een ziekenhuis kan met 3,5% infecties zeer tevreden zijn in vergelijking met andere Nederlandse ziekenhuizen, maar nog steeds een beduidend verbeterpotentieel hebben.

Antibiotica en cultuur

Antibioticagebruik is één van de onderwerpen waarbij het internationale beleid zich goed laat vergelijken, maar waarbij de effecten van het op verschillende wijze omgaan met medicamenten ook goed zichtbaar zijn. Nederland heeft een zeer terughoudend en systematisch gebruik van antibiotica voor humane doelen. Dit uit zich op zeer uiteenlopende manieren: van het zeer systematisch gebruiken van formularia en een terughoudend gebruik van antibioticaprofylaxe, tot de waarschuwing op ieder pakje om de kuur altijd af te maken. Dat heeft ook duidelijke gevolgen. Op de kaart van Europa met de nationale MRSA-incidentie bij kweken van bacteriën afkomstig van mensen, oogt Nederland als een belegerde veste. Er is een tienvoudig verschil tussen Nederland en alle omliggende landen.

[89] www.cdc.gov/nhsn/pdfs/datastat/nnis_2004.pdf, tabel 5.

[90] www.prezies.nl/zkh/powi/ref_cijfers/Tabel%2011_refc_POWI%202012.pdf

Er is niet alleen een verschil in het proces van antibiotica voorschrijven, maar ook in uitkomst uitgedrukt in resistentiepatronen. Alle elementen vormen een samenhangende cultuur. Als bij een patiënt MRSA wordt aangetroffen wordt de bacterie actief uitgeroeid. Zoals bekend is dat niet het complete beeld. Bij het gebruik voor dierlijke toepassingen is Nederland veel minder terughoudend en staat zij in de top 5 van gebruikers^[91]. Inmiddels daalt ook in deze sector het antibioticagebruik. Nederland is dus niet automatisch terughoudend, daar is langere tijd een bewust beleid van vele instanties voor nodig. De arts-microbioloog speelt daarbij een belangrijke rol. Juist bij dit soort lange inspanningen kan een internationale vergelijking van grote waarde zijn. Het laat zien dat die complexe samenwerking werkt. Er is een samenhangend nationaal patroon ontstaan dat duidelijk verschilt van de buurlanden. Geen enkel Nederlands ziekenhuis kan aantonen dat het beleid werkt, want er zijn (nauwelijks) lokale winnaars. Alleen door Nederland met bijvoorbeeld België te vergelijken is het succes te zien en vast te houden.

[91] www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2012/10/WC500133532.pdf

7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 paragraaf 7.2.

Indicatoren

- Gebruik scoresysteem Community Acquired Pneumonia (CAP).

Wat zijn de risico's

Pneumonie (longontsteking) is een veelvoorkomende aandoening met een hoge mortaliteit en morbiditeit, met name bij ouderen^[92]. Vroegtijdige herkenning van een bacteriële infectie en tijdige en gepaste toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van de behandeling van deze ernstige infectieziekte. Het is ook een voorbeeld van beheerste spoed. Het direct geven van antibiotica zonder goede diagnostiek lost te vaak het probleem niet op en heeft zelf ook weer risico's. Onnodige bijwerkingen, extra kosten en uiteindelijk een toename van antimicrobiële resistentie van micro-organismen zijn daar voorbeelden van. De ernst van de ziekte bij een patiënt met een pneumonie is essentieel bij het kiezen van de optimale initiële behandelstrategie. De aanwezigheid van een hoge ernst-van-ziekte score heeft ook consequenties voor de optimale plaats van behandeling en de in te zetten diagnostiek.

Voor de IGZ is dit een indicator voor de kwaliteit van de interne geneeskunde en de long-geneeskunde. In de huidige basisset zijn meer indicatoren opgenomen voor het operatief proces dan voor de beschouwende delen van de ziekenhuiszorg. Dat heeft ook tot gevolg dat de IGZ bij opvallende uitslagen meer aanvullend onderzoek zal moeten doen. Voor de IGZ is een indicatie voor het gebruik van een scoresysteem om de ernst van de ziekte in te schatten ook belangrijk, omdat de uitslag een beeld geeft van de adequate behandeling van infectieziekten. Daarnaast geeft het inzicht in het functioneren van de afdeling spoedeisende hulp (SEH) en de medicatieprocessen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

In het ziekenhuis wordt geen gebruik gemaakt van een gevalideerd scoresysteem om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten

- Hoe kan het dat bijna alle ziekenhuizen dit voor elkaar hadden in 2012 en uw ziekenhuis niet?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis de zorg voor spoedeisende patiënten?
- Zijn er andere processen binnen de spoedeisende hulp waarbij u achterloopt?

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

Het ziekenhuis antwoordt dat het niet van toepassing is dat het ziekenhuis gebruik maakt van een gevalideerd scoresysteem om de ernst van de ziekte bij een patiënten met CAP bij opname in te schatten

- Waarom is deze indicator niet van toepassing op het ziekenhuis?

In het ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een gevalideerd scoresysteem om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten, echter dit gebeurt slechts soms (0-30% van de patiënten)

- Welke criteria hanteert het ziekenhuis voor het gebruik van een gevalideerd scoresysteem?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis de zorg voor spoedeisende patiënten?

Resultaten

Het gebruik van een scoresysteem bij een patiënt met CAP is in 2012 voor het eerst aan de basisset toegevoegd. Enkele categorale ziekenhuizen werden vooraf geëxcludeerd omdat hier geen zorg voor patiënten met een pneumonie werd geleverd in 2012. Van de 90 ziekenhuizen waar wel zorg aan patiënten met CAP geleverd werd, gaven 86 ziekenhuizen aan dat ze gebruik maakten van een gevalideerd scoresysteem om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten. Slechts 4 ziekenhuizen deden dit in 2012 niet, maar gaven aan dit wel te gaan doen in 2013.

Van de ziekenhuizen die een gevalideerd scoresysteem gebruiken, gaf bijna 90% (75 ziekenhuizen) aan dat ze dit ook meestal (bij 60 tot 100% van de patiënten) vastleggen in het patiëntendossier. Slechts 2 ziekenhuizen, het Antonius Ziekenhuis (Sneek) en het IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan de IJssel), vulden in dat ze dit soms (bij 0 tot 30% van de patiënten) vastleggen.

Aandachtspunten voor pneumonie en de daarbij horende indicator

Internationale vergelijking incidentie

Het is niet waarschijnlijk dat er op internationaal niveau erg grote verschillen bestaan in de ernst van een acute ziekte als een longontsteking. Daarvoor is de bevolking te groot en zijn de symptomen te duidelijk. In verhouding tot borstkanker, waar screeningsprogramma's een grote rol spelen bij het voorkomen van de ziekte, is een longontsteking een veel directer waar te nemen ziekte. In vergelijking met de VS komt in Nederland longontsteking ongeveer even vaak voor. Het aantal ziekenhuisopnames voor pneumonie is in de VS 277 per 100.000^[93], in Nederland is dit 252 per 100.000 (beiden voor mannen in de leeftijdsgroep 60-65 jaar^[94]). Vaccinatieprogramma's kunnen hier een groot verschil maken: het voorkomen van een pneumokokken pneumonie daalt drastisch na de invoering van zo'n programma^[95].

Internationale vergelijking van behandeling met antibiotica

In het gebruik van antibiotica bij de behandeling van pneumonie spelen wel internationale verschillen. Bij een cultuur van zorgvuldig antibioticagebruik hoort zorgvuldig inschatten wie wanneer en waarom antibiotica krijgt. Daarbij speelt het inschatten van de ernst van de ziekte een rol, maar ook een zorgvuldige evaluatie achteraf. Bij een onderzoek naar het gebruik van antibiotica in het kader van resistentiepatronen bleek de documentatiestandaard van de reden van antibioticagebruik sterk uiteen te lopen. In Nederland was de reden van antibioticumtoediening in 80 tot 90% van de gevallen gedocumenteerd. In België was dat ongeveer 10% minder, in Italië 20% minder^[96]. Het systematisch gebruiken en documenteren van de ernst van de pneumonie aan de hand van objectieve criteria is daarbij een stap in de goede richting. Het verantwoord inzetten van antibiotica vraagt om inbreng van internisten en longartsen. Initiatieven die de drempel daarvoor verlagen zijn welkom. Het hulpprogramma op de site van de Nederlandse Internisten Vereniging (JNIV) is één van de vele voorbeelden van een nuttig hulpmiddel^[97]. Dergelijke app's en rekenhulpen kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van het diagnostisch proces.

[93] Marston B.J., Plouffe J.F., et al. Incidence of Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization. *Arch Intern Med.* 1997; 157(15):1709-1718.

[94] www.nationaalkompas.nl

[95] Grijalva C.G., Nuorti J.P., Arbogast P.G., et al. Decline in pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine in the USA: a time-series analysis. *The Lancet* 2007; 369:1179-1186.

[96] ECDC surveillance report. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2011-2012:10

[97] www.internisten.nl/jniv/calculatoren/longziekten/items/ambu-65-score

8 Maag-darm-lever (MDL)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 hoofdstuk 8.

Indicatoren

- Dienstenstructuur.
- Digitale verslaglegging endoscopie.
- MDL-scopie binnen 24 uur.

Wat zijn de risico's

Bloedingen in het proximale maag-darmkanaal komen frequent voor en gaan gepaard met een hoog sterftecijfer. Tijdige endoscopie (inwendig beeldvormend onderzoek met een flexibele buis) is belangrijk voor overleving van de patiënt. De indicator MDL-infrastructuur vraagt naar de aanwezigheid van faciliteiten voor 24-uursopvang en een dienstensysteem en de digitale verslaglegging van de verrichte procedure. Voor de IGZ zijn dit randvoorwaarden om een tijdige endoscopie te kunnen verrichten en zo patiënten verantwoord te kunnen behandelen. Met een digitaal verslag kan de endoscopist gestructureerd verslag doen, deze informatie gemakkelijk delen met andere betrokken zorgverleners en nauwkeurig surveilleren. Wanneer een ziekenhuis niet aan dergelijke randvoorwaarden voldoet, is dat een signaal dat risicovolle (spoed)processen en de communicatie en surveillance hierover mogelijk niet op orde zijn. Met de vraag naar het percentage patiënten waarbij ook daadwerkelijk binnen 24 uur een scopie plaatsvond, vraagt de inspectie ziekenhuizen naar (het zicht op) de praktijk en het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis heeft geen faciliteiten en geen dienstensysteem om 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten

- Staat in de toelichting naar welk ziekenhuis patiënten worden verwezen?
- Welke afspraken zijn met de verwijzers en ambulancedienst gemaakt?
- Hoe is in het afgelopen jaar de behandeling verlopen van patiënten die buiten kantooruren bij het ziekenhuis zijn aangeboden?
- Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?

In het ziekenhuis is geen sprake van een digitale verslaglegging (inclusief beeldmateriaal) van de verrichte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)

- Hoe kunnen de behandelaars van alle betrokken specialismen op ieder gewenst moment beschikken over de verslaglegging van de endoscopische procedure?
- Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het elektronisch beschikbaar stellen van digitale verslagen?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis rond het toegankelijk maken van essentiële informatie voor andere zorgverleners (ook bijvoorbeeld voor de huisarts)?

Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname in verband met een acute bloeding proximale tractus digestivus een scopie plaatsvond, is relatief laag (voor 2012: minder dan 83,3%)

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de oorzaak van de lage score?
 - Zo ja: Wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
 - Zo nee: Wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse uit te voeren (vóórdat er calamiteiten zijn opgetreden)?
- Hoe is het dienstensysteem georganiseerd?
- Hoe lang wachten patiënten maximaal op een scopie nadat zij in het ziekenhuis zijn binnengebracht?
- Hoe organiseert het ziekenhuis in het algemeen de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben:
 - Ten aanzien van spoedeisend diagnostisch onderzoek?
 - Ten aanzien van beschikbaarheid van specifieke medicamenten?
 - Ten aanzien van beschikbaarheid van diagnostische middelen?
- Zijn er andere spoedfuncties (heupfractuur, trombolysie of longontsteking opgelopen buiten het ziekenhuis, kortweg CAP) waarbij een onderzoeksindicatie bestaat?
 - Zo ja: Zie hoofdstuk spoedprocessen.

Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname in verband met een acute bloeding proximale tractus digestivus een scopie plaatsvond, is relatief hoog (voor 2012: 100%)

- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat bij alle patiënten binnen 24 uur een scopie plaatsvond?
- Hoeveel patiënten zijn opgenomen in de registratie?
- Zijn er groepen met een acute bloeding in het proximale deel van het maag-darmkanaal (tractus digestivus) die niet zijn opgenomen in de registratie?
 - Zo ja: Hoe is de zorg voor die groepen georganiseerd?

Resultaten

Dienstenstructuur

In 86 ziekenhuizen zijn faciliteiten én een dienstensysteem aanwezig om 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten. De 6 ziekenhuizen die dit niet kunnen, hebben afspraken gemaakt om te zorgen dat patiënten binnen 24 uur in een ander ziekenhuis een scopie kunnen ondergaan.

Vergeleken met 2011 is het aantal ziekenhuizen dat aangaf niet 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten gelijk gebleven.

Digitale verslaglegging endoscopie

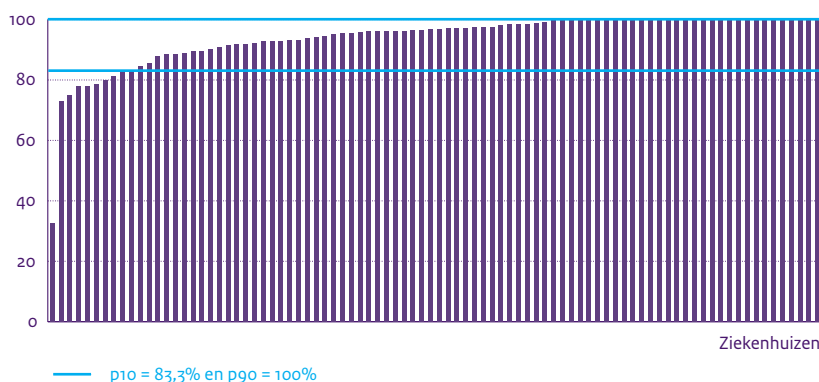
Met een digitaal verslag kan de endoscopist gestructureerd verslag doen, deze informatie gemakkelijk delen met andere betrokken zorgverleners en nauwkeurig surveilleren. Deze indicator is in 2012 voor het eerst aan de basis toegevoegd. Van de 92 ziekenhuizen hebben 88 ziekenhuizen aangegeven dat er sprake was van een digitale verslaglegging van de verrichte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal). Van de 4 ziekenhuizen waarbij geen sprake was van een digitale verslaglegging van de verrichte endoscopische procedure gaven 2 ziekenhuizen in de toelichting aan dat dit in 2013 wel gedigitaliseerd zal worden.

Er zijn nog 2 ziekenhuizen die wel aangaven de verslaggeving digitaal te hebben, maar waar uit de toelichting bleek dat dit niet zo was. Ook deze ziekenhuizen gaven aan het verslag in 2013 wel digitaal beschikbaar te hebben.

MDL-scopie binnen 24 uur

Figuur 8.1

MDL-scopie binnen 24 uur (n=88)



88 ziekenhuizen hebben cijfers aangeleverd over de scopieën binnen 24 uur. Gemiddeld vond bij 98,6%, variërend van 32,6% tot 100% met een mediaan van 96,7%, van de patiënten met een acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal binnen 24 uur na opname een scopie plaats. 9 van de 88 ziekenhuizen hadden dit percentage berekend met een steekproef. Het aantal patiënten opgenomen wegens acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal varieerde van 3 tot 126 en bedroeg gemiddeld 42 (mediaan 34) patiënten per instelling.

Vergeleken met 2011 is het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een scopie plaatsvond met ruim 4,6 procentpunt gestegen. Opvallend is dat de spreiding in de uitkomsten erg is toegenomen. Dit is het gevolg van 1 uitbijter, het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) had een gemiddelde van 32,6%. Van de overige ziekenhuizen scoorde geen enkel ziekenhuis onder de 70%.

Aandachtspunten voor MDL en de daarbij horende indicatoren

Vergelijken van uitkomsten

Interne vergelijkingen zijn van belang als indicatie voor het stellen van aanvullende vragen. Een voorbeeld daarvan zijn de uitslagen van het Admiraal de Ruyter ziekenhuis in Goes en Vlissingen. In eerste instantie trok dit ziekenhuis de aandacht omdat in 1 jaar het aantal van 7 spoedscopieën toenam naar 92. Hoe kijkt de IGZ naar een dergelijke uitslag? De eerste stap is het beoordelen van het patroon over meerdere jaren. In dit geval waren in 2010 14 scopieën uitgevoerd, allen binnen 24 uur. Het aantal van 92 week dus echt af. De tweede stap is het aantal ingrepen afzetten tegen de grootte van het ziekenhuis. Het Admiraal de Ruyter ziekenhuis is een middelgroot ziekenhuis, het aantal scopieën ligt boven het 90ste percentiel voor de ziekenhuizen. Het aantal scopieën staat dus niet in verhouding tot de grootte van het ziekenhuis. Is het verschil dan te wijten aan een verandering in de codering, waardoor het aantal misschien sterk is toegenomen? Systematische veranderingen in codering zijn uit te sluiten door te kijken naar het landelijke patroon. In 2010 werden 4.321 scopieën uitgevoerd, in 2011 3.750 en in 2012 3.715. Er is dus eerder sprake van een daling dan een stijging en zeker geen systematische stijging. Het is mogelijk dat het ziekenhuis eerder scopieën door algemeen internisten niet meetelde, maar dan is het opvallend dat een MDL arts maar een zesde van het aantal scopieën uitvoerde. Als dit het geval is, heeft de inspectie nog steeds aanleiding voor vragen, met name over de samenwerking tussen de twee specialismen.

De toelichting van het ziekenhuis helpt een beetje bij het onderzoek. Hoewel de indicator beperkt is tot patiënten die opgenomen zijn wegens een acute bloeding proximale tractus digestivus, telt het ziekenhuis ook patiënten mee waarbij de bloeding is ontstaan tijdens de opname. Hoewel het ziekenhuis spreekt van incidenteel, zeggen de cijfers iets anders. De toelichting is gegeven om het lage aantal patiënten te verklaren dat binnen 24 uur na opname wordt gescopieerd. Het is dus zeker niet uit te sluiten dat een groot aantal, verkeerd in de registratie opgenomen scopieën tijdens opname bijdragen aan het op het eerste gezicht slechte resultaat.

De vervolgvraag is dan om de twee groepen te scheiden, omdat de IGZ anders niet kan beoordelen of dit deel van het spoedproces goed functioneert. Bij het Admiraal de Ruyter ziekenhuis was dat extra belangrijk, omdat het ziekenhuis in 2010^[98] en 2011^[99] op afstand het traagste ziekenhuis was in het uitvoeren van trombolysen, een andere belangrijke spoedfunctie. Daarbij komt dat het bekend is dat de indicator trombolysen gevoelig is voor conflicten op de spoedeisende hulp (SEH). Ziekenhuizen met conflicten op de SEH behandelen minder patiënten op tijd dan andere ziekenhuizen. Het is dus belangrijk om bij dit ziekenhuis een slecht functionerende SEH uit te sluiten.

Al met al genoeg reden voor aanvullende vragen. In de afgelopen jaren zijn nieuwe anti-stolling middelen op de markt gekomen; de New Oral Anticoagulants (NOAC's). Eén van de complicaties van deze middelen is een toename van het aantal maagdarmbloedingen^[100].

[98] Het resultaat telt 2010, pagina 134.

[99] Het resultaat telt 2010, pagina 123, het ADRZ is het onderste ziekenhuis uit figuur 6.3.1.

[100] Holster I.L., Valkhoff V.E., Kuipers E.J., Tjwa E.T., New Oral Anticoagulants Increase Risk for Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2013; 145(1):105-112.

Het risico is volgens dit artikel 50% hoger dan normaal. Zelfs dan wil het dus niet zeggen dat het ziekenhuis een probleem heeft, er is alleen reden om nadere vragen te stellen. Bijvoorbeeld over de waakzaamheid bij andere verpleegproblemen, zoals decubitus en ondervoeding. Zeker wanneer er sprake is van verscherpt toezicht op een instelling is er aanleiding om de uitslagen scherper te bekijken.

9 Verloskunde

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 hoofdstuk 9.

Indicatoren

- Percentage spontane partus in de ‘NTSV-groep’^[101].
- Mate van invoering perinatale audits.

Wat zijn de risico’s

De zorg voor de bevalling richt zich op het zo veilig mogelijk komen tot een zo goed mogelijke uitkomst voor moeder en kind. Zowel een keizersnede (sectio caesarea) als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met risico’s voor moeder en kind, maar zijn tegelijkertijd juist bedoeld om hen tegen (andere) risico’s te beschermen. Een spontane bevalling kent onder normale omstandigheden de minste risico’s voor moeder en kind, nu en bij toekomstige bevallingen. De indicator richt zich op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane baring in de tweede- en derdelijnszorg. Zoals bij veel indicatoren geeft een opvallend laag (of hoog) aantal spontane bevallingen alleen een indicatie voor nader onderzoek door de IGZ. Zo kan een laag percentage spontane bevallingen wijzen op een intensieve samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, waardoor de eerste lijn meer bevallingen zelf begeleidt. Maar ook kan het wijzen op een beleid waar vaker wordt gekozen voor een kunstverlossing.

Eén van de mogelijkheden voor het verbeteren van de perinatale sterfte is het verbeteren van de samenwerking van de zorgverleners die betrokken zijn bij de perinatale zorg. De indicator over de perinatale audits maakt inzichtelijk of de perinatale audit is uitgevoerd en zo ja, of deze is uitgevoerd volgens de daarvoor landelijk ontwikkelde systematiek. Het aantal audits zegt bij deze indicator niet per definitie iets over de kwaliteit. Gezien de grote hoeveelheid zorgverleners die bij een audit aanwezig moeten zijn, plant men de audits over het algemeen ruim van tevoren. Indien er voordien geen geschikte casuïstiek is om te bespreken, zal de audit afgelast worden. Als er binnen het perinatologisch samenwerkingsverband helemaal geen perinatale audit is georganiseerd, kan dit wel wijzen op onvoldoende aandacht voor het verbeteren van de perinatale sterfte en samenwerking.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage ‘normale bevallingen’ binnen een standaard ongecompliceerde groep vrouwen is relatief laag of hoog (voor 2012: minder dan 50,1% of meer dan 66,0%)

- Weet het ziekenhuis hoe het scoort ten opzichte van de andere ziekenhuizen?

[101] De populatie betreft de ‘NTSV-groep’, dat staat voor ‘nulliparous term singleton vertex’, een referentiegroep van vrouwen met een eerste zwangerschap (nulliparae), a terme (van 37 tot en met 41+6 weken) met een eenlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

- Wat is de verklaring van het ziekenhuis voor de relatief hoge/lage uitkomst?
 - Is de keuze van een interventie te verklaren door kenmerken van de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis (de case-mix, zoals leeftijd, BMI, etniciteit)?
 - Wat is de indicatie voor een kunstverlossing?
- Hoe is de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn?
- Welke methodiek wordt gebruikt voor het stellen van een medische indicatie?

Het aantal perinatale audits was 0.

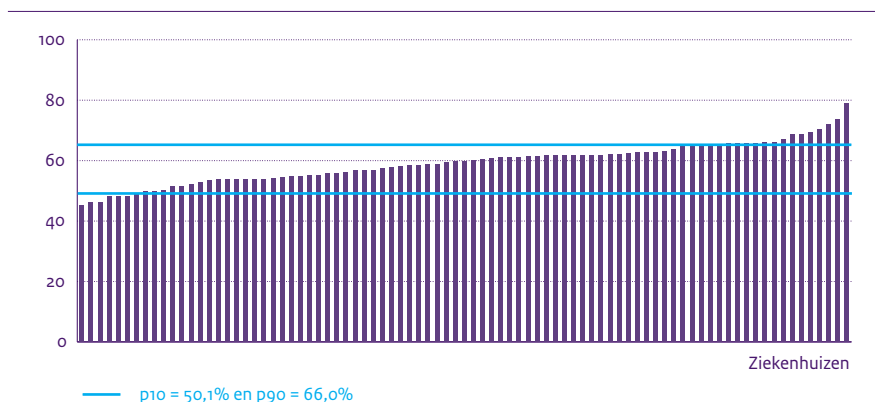
- Kunt u verklaren waarom het ziekenhuis in het verslagjaar niet heeft meegedaan aan de perinatale audit?
- Welke criteria hanteert het ziekenhuis voor het selecteren van een casus voor de perinatale audit?
- Heeft het ziekenhuis het huidige jaar wel aan een perinatale audit uitgevoerd?

Resultaten

Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'

Figuur 9.1

Percentage spontane bevallingen in de tweede lijn (n=85)



Van de 91 ziekenhuizen waar deze indicator voor gold, gaven het Havenziekenhuis (Rotterdam) en Ziekenhuis De Sionsberg (Dokkum) aan dat zij in 2012 geen bevallingen verrichtten. Enkele categorale ziekenhuizen werden vooraf geëxcludeerd om diezelfde reden.

85 ziekenhuizen leverden gegevens over het percentage spontane bevallingen aan, 4 ziekenhuizen deden dit niet (St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht, Maasziekenhuis Pantein te Boxmeer en Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede). Redenen voor het niet kunnen aanleveren van cijfers liepen uiteen. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis gaf aan dat het als pilotziekenhuis werkte met een nieuwe dataset van de

Perinatale Registratie (PRN). Het St. Elisabeth Ziekenhuis gaf aan moeilijkheden te hebben met de koppeling van PRN. Het Maasziekenhuis Pantein te Boxmeer kan al twee jaar achtereen geen data leveren.

In totaal gaven de 85 ziekenhuizen 47.526 bevallingen in de tweede lijn op, waarvan gemiddeld 51,3% spontane bevallingen. Het percentage spontane baringen van vrouwen die al onder verantwoordelijkheid stonden van de tweede lijn, ligt dicht bij het percentage spontane bevallingen van vrouwen die tijdens de bevalling naar het ziekenhuis zijn verwezen (zie tabel 9.1).

Tabel 9.1

Kengetallen spontane bevallingen 'NTSV-groep'

Spontane bevallingen 'NTSV-groep'	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Gemiddeld (n) (min – max)	Geen antwoord (n)
Spontane bevallingen in tweede lijn	52,6 (44,7 - 79,4)	60,3	100 (22 - 439)	4
Spontane bevallingen tijdens bevalling naar ziekenhuis gebracht	49,7 (37,3 - 83,3)	59,4	84 (5 - 364)	4
Totaal spontane bevallingen	51,3 (45,1 - 78,8)	59,7	184 (16 - 732)	4

Vergeleken met 2011 waren er in 2012 1.352 minder bevallingen en is het gemiddelde percentage spontane bevallingen met 6,9 procentpunt afgenomen, dat is een relatieve afname van ongeveer 12%. Ook de bandbreedtes van de uitkomsten zijn kleiner geworden.

Mate van invoering perinatale audits

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. Deze indicator is in 2012 voor het eerst aan de basisset toegevoegd. Van de 89 ziekenhuizen die bevallingen verrichtten hadden 87 ziekenhuizen 1 of meer perinatale audits uitgevoerd. De 2 ziekenhuizen die geen perinatale audit hebben uitgevoerd, hadden hiervoor een goede verklaring. Het aantal audits liep in 2012 uiteen van 0 tot 12, gemiddeld voerde een ziekenhuis 3 audits uit.

Aandachtspunten voor de verloskunde en de daarbij horende indicatoren

Impliciete normen

De IGZ voerde in 2012 een onderzoek uit in de 5 ziekenhuizen met het hoogste percentage spontane bevallingen in 2011 en de 5 met het laagste percentage spontane bevallingen in 2011. Deze 10 ziekenhuizen zijn bezocht en het proces van de bevalling tot aan de discussie over de resultaten met de raad van bestuur is in kaart gebracht. De NTSV-indicator is voorgedragen door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) onder andere omdat de gegevens noodzakelijk voor de berekening al langer zijn opgenomen in de perinatale registratie. Het onderzoek bracht naast gegevens over de verloskundige praktijk, ook een paar patronen over het gebruik van indicatoren aan het licht.

Er is op dit moment geen duidelijke referentie voor het optimale percentage spontane bevallingen.

Wat wel opvalt is dat er in de ziekenhuizen een idee lijkt te zijn over de richting waarin de uitslag zich zou moeten bewegen. De ziekenhuizen met een hoog percentage spontane bevallingen zijn van mening dat dit het resultaat is van het beleid om besluiten over kunstverlossingen zo optimaal mogelijk te nemen. Ziekenhuizen met weinig spontane bevallingen hebben in 2011 weinig prioriteit gegeven aan het beleid rond kunstverlossingen, vaak ook omdat er andere problemen waren die om aandacht vroegen. Daaruit komt het beeld naar voren van een ongeschreven impliciete norm: het optimum percentage kunstverlossingen is lager dan het gemiddelde percentage, het streven is naar verantwoord beperken van kunstverlossingen. Dat kan ook gevolgen hebben voor de grenzen van het gebied waarbuiten de IGZ vragen stelt over het beleid. Er is op basis van het onderzoek aanleiding om de aandacht vooral te richten op ziekenhuizen met een laag percentage spontane bevallingen. Het onderzoek dat de IGZ daarbij in zou stellen moet dan vooral gaan over de problemen die verhinderen dat een ziekenhuis voldoende tijd heeft om een inhoudelijk beleid te ontwikkelen.

Verrassende vergelijkingsfactoren

De gegevens voor de NTSV-indicator worden al langer verzameld en zijn een kant-en-klaar registratiesysteem waar resultaten ook achteraf uit af zijn te leiden. De keuze voor deze indicator is een strategische van de IGZ en de partners in de basisset. Het stimuleert deelname aan een eenduidige registratie, het stelt de beroepsgroep goed in staat te zien welke effecten het eigen beleid heeft, het is veel eenvoudiger om referentiegegevens te vinden en het houdt de administratieve last zo laag mogelijk. Het onderzoek laat zien dat het nog niet altijd lukt om deze doelstellingen te bereiken.

In de eerste plaats gebruikten meerdere ziekenhuizen informatie die voor andere doeleinden was verzameld. Dat leidde in een geval ook tot klachten over de 'slechte' definitie van de indicator. Dit terwijl de IGZ zelf berekenen absoluut wil ontmoedigen. Deze ziekenhuizen vonden het ook onterecht dat zij in het onderzoek van de IGZ waren betrokken omdat zij werden 'afgerekend op onbetrouwbare data'. Toch is dit juist een belangrijk aspect van een indicator. Deze geeft inzicht in de mate waarin het ziekenhuis op de hoogte is van de beschikbare stuurinformatie en de mate van isolatie van ontwikkelingen binnen de eigen

beroepsgroep.

Een andere interessante bevinding was dat in de groep met weinig spontane bevallingen meer ziekenhuizen voorkwamen die de eigen resultaten niet gebruikten voor bijsturing van het beleid. De reden die daarvoor werd gegeven was ook interessant: de indicator was nieuw en daardoor ontbrak de referentie-informatie. Pas na het eerste jaar zou het mogelijk zijn om de indicator te interpreteren. De indicator bestaat kennelijk pas als hij openbaar wordt. De boodschap van deze indicator is dan ook: het is voor ziekenhuizen essentieel om hun eigen zorg goed te bestuderen. Als het ziekenhuis dat niet kan, is dat de eerste indicatie voor toezicht. Het ziekenhuis heeft meer informatie in huis dan het zelf realiseert. Goed besturen is ook bestaande informatie goed gebruiken.

Perinatale audit, vooral doen

De NVK geeft, gevraagd naar de verschillen in aantal audits, aan dat het gaat om de kwaliteit van de perinatale audit en niet om de kwantiteit. De afspraak is de casuïstiek waarover een zinvolle discussie mogelijk is met de betrokken zorgverleners in de keten te bespreken. Als een ziekenhuis in een jaar helemaal geen perinatale audit uitvoert, moet dit ziekenhuis hiervoor een goede verklaring hebben. Een audit kan ook uitgevoerd worden wanneer er geen patiënten zijn overleden.

10 Kwetsbare groepen

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 hoofdstuk 10.

Indicatoren

- Multidisciplinair team kindermishandeling.
- Signalering kindermishandeling.

Wat zijn de risico's

Kinderen vormen in meerdere opzichten een bijzondere groep. De reservecapaciteit en daarmee de belastbaarheid van het kinderlichaam is kleiner dan van een volwassene en de ontwikkeling van het lichaam stelt ook bijzondere eisen. Ook hebben kinderen door hun potentieel lange levensduur langer last van blijvende gevolgen van complicaties. Daarom verdienen kinderen bijzondere aandacht van de inspectie. Eerder in deze uitgave zijn al de indicatoren rond ondervoeding en de beademingsduur bij kinderen aan bod gekomen. Met de indicator rond kindermishandeling heeft de IGZ primair tot doel in ziekenhuizen de signalering van kindermishandeling te verbeteren.

De omvang van kindermishandeling wordt in de tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen 2010 van Alink^[102] geschat op 119.000. Dit betekent 34 gevallen van kindermishandeling op iedere 1.000 kinderen per jaar. Dit getal is hoger dan in 2005 (107.200 kinderen), maar dat komt ook doordat professionals alerter zijn. Vooral het aantal meldingen van huiselijk geweld en emotionele verwaarlozing is gestegen. Uit onderzoek van Kuyvenhoven^[103] blijkt dat er mogelijk 40 tot 50 kinderen per jaar in Nederland overlijden aan de gevolgen van kindermishandeling.

Het signaleren en oppakken van een vermoeden van kindermishandeling is erg belangrijk en kan levens redden. Toch schieten professionals, ook in ziekenhuizen, hierin nog tekort. De IGZ gebruikt de indicator als signaal voor het toezicht op de zorg voor kinderen in het algemeen. Als op dit gebied het bewustzijn achterblijft, bestaat het risico dat het ziekenhuis ook op andere gebieden onvoldoende aandacht heeft voor maatschappelijke factoren die de gezondheid van een kind bedreigen.

In de opbouw van de indicator komen verschillende fasen naar voren. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

[102] Alink L, IJzendoorn R, Bakermans M, e.a. (2011) Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir.

[103] Kuyvenhoven MM, Hekkink CF, Voorn TB (1998) Deaths due to abuse for the age group 0-18 years; an estimate of 40 cases in 1996 based on a survey of family practitioners and pediatricians. Ned Tijdschr Geneesk. 1998;142(46):2515-8.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Fase 1: het ziekenhuis beschikt over infrastructuur

Het multidisciplinair team kindermishandeling komt minder dan 4 keer per jaar bijeen of een vertrouwensarts van het AMK is afwezig

- Hoe ziet de rest van het systeem eruit om kindermishandeling te signaleren (op de spoedeisende hulp, poli en verpleegafdelingen) en hiermee om te gaan?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met andere sociale problemen die invloed hebben op de gezondheid van kinderen (zoals overgewicht en lage sociaal economische klasse)?
- Hoe scoort het ziekenhuis op de screening op en behandeling van ondervoeding bij kinderen?
- Hoe gaat het ziekenhuis met andere kwetsbare groepen om, zoals ouderen?

Fase 3a: het ziekenhuis bespreekt patiënten die verhoogd risico lopen.

Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling bij het team kindermishandeling van het ziekenhuis is relatief laag (voor 2012: minder dan 0,3%)

- Zijn de werknemers (genoeg) opgeleid in het herkennen van de signalen van kindermishandeling?
- Door welke afdelingen zijn vermoedens van kindermishandeling gemeld? Is dit een reden om de alertheid van andere specialismen te proberen te vergroten?
- Hoe ziet het systeem voor signaleren eruit?
 - Op welke afdelingen wordt gescreend?
 - Zijn er groepen kinderen waar in het systeem weinig tot geen informatie over is?
 - Wordt bij volwassenen met risicogedrag (bijvoorbeeld huiselijk geweld, psychische problemen of verslavingsproblematiek) de 'kindcheck' gedaan of contact opgenomen met het AMK?
- Hoeveel kinderen, met een volgens de screening verhoogd risico, zijn niet besproken?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar valse meldingen?
- Functioneert de meldcode en worden meldingen effectief verwerkt?
- Het AMK publiceert cijfers over het aantal meldingen van mishandeling per regio. Weet het ziekenhuis hoe hun cijfers zich verhouden tot die van de regio?
 - Indien van toepassing: waarom wijkt het ziekenhuis af van de cijfers in de regio?

Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling bij het team kindermishandeling van het ziekenhuis is relatief hoog (voor 2012: meer dan 1,5%)

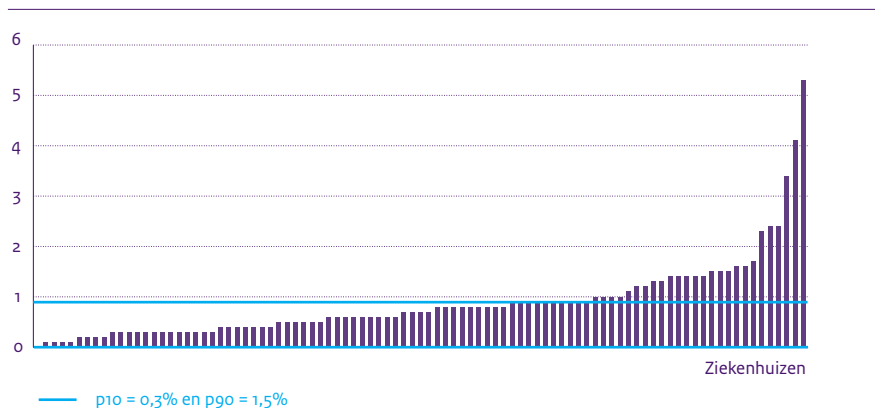
- Het AMK publiceert cijfers over het aantal meldingen per regio. Weet het ziekenhuis hoe hun cijfers zich verhouden tot die van de regio?
 - Indien van toepassing: waarom wijkt het ziekenhuis af van de cijfers in de regio?
- Bij hoeveel van de meldingen van mogelijke kindermishandeling was dit vermoeden juist?
- Is de follow-up van de besproken vermoedens van kindermishandeling bekend?
 - Zo ja: Hoe is deze verlopen?

Resultaten

93 ziekenhuizen hadden in 2012 een multidisciplinair team kindermishandeling om individuele werknemers die vermoedens van kindermishandeling hebben, te adviseren. Alleen de Sint Maartenskliniek (Woerden) verwees bij alle vragen van deze indicator naar het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden)^[104]. In het Havenziekenhuis (Rotterdam) kwam dit team (nog) geen 4 keer per jaar bij elkaar om patiëntencasussen te bespreken. Bij 4 andere ziekenhuizen zat er geen vertrouwensarts van het AMK in het team. Hierbij gaf het Amphia Ziekenhuis (Breda) aan dat het AMK geen vertrouwensarts, maar een maatschappelijk werker zitting laat nemen in het team. De andere 3 ziekenhuizen (Oogziekenhuis te Rotterdam, Spaarne Ziekenhuis te Hoofddorp en Heemstede, Admiraal De Ruyter Ziekenhuis te Goes en Vlissingen), gaven geen toelichting op deze afwezigheid.

Figuur 10.1

Vermoedens van kindermishandeling bekend bij het team kindermishandeling (n=93)



Alleen de Sint Maartenskliniek (Woerden) gaf geen cijfers over het aantal vermoedens van mishandeling die zijn gemeld bij het team kindermishandeling, zij verwezen naar het Zuwe Hofpoort ziekenhuis (Woerden). In totaal zijn er in 2012 in de overige 93 ziekenhuizen 10.097 vermoedens van kindermishandeling gemeld bij het team kindermishandeling van het ziekenhuis, dat is gemiddeld 0,9% van het totaal aantal eerste bezoeken van kinderen tot 18 jaar aan de (poli-)klinische afdelingen. Dit percentage loopt uiteen van 0 tot 5,3%, de mediaan ligt op 0,7%.

[104] "Maartenskliniek Woerden neemt diensten af van het Hofpoort Ziekenhuis. Voor deze indicator wordt verwezen naar de gegevens van het Hofpoort Ziekenhuis."

Zowel absoluut (1051 meldingen) als percentueel (0,1%) was er in 2012 sprake van een stijging van het aantal meldingen van vermoedens van kindermishandeling bij teams kindermishandeling ten opzichte van 2011.

Aandachtspunten voor de signalering van kindermishandeling en de daarbij horende indicatoren

Wat is het reële plafond van meldingen?

In de afgelopen jaren is het totaal aantal meldingen van vermoedens van kindermishandeling bij teams kindermishandeling spectaculair gegroeid, van 8.000 meldingen in 2010 tot 10.000 per jaar nu. Dit is een stijging van 11% per jaar. Deze stijging lijkt opmerkelijk, gezien het bericht op SKIPR van 15 augustus 2013^[105]. Daarin werd gemeld dat er een einde is gekomen aan de jarenlange stijging van het aantal telefoontjes dat het meldpunt kindermishandeling (AMK) jaarlijks binnenkrijgt. Dat wijst erop dat het aandeel van ziekenhuizen binnen de meldingen nog steeds stijgt, wat de vraag oproept wat het goede eindniveau is voor deze indicator. Een resultaat als dat van het St. Jans Gasthuis (Weert) versterkt die vraag. In een jaar is in dit ziekenhuis het aantal vermoedens vertienvoudigd, wat resulteert in 5,3% gemelde vermoedens in 2012 (0,5% in 2011), bij een vergelijkbaar aantal kinderen (6.544 in 2012, 8.271 in 2011). Het zou goed zijn als er een terugkoppelingsmechanisme ingebouwd wordt in het systeem. Het is goed om veel te melden als dat leidt tot goede diagnosestelling en hulpverlening. Als 5% een reële inschatting is van het aantal kinderen met een terechte verdenking is er ruimte voor extra aandacht bij veel andere ziekenhuizen met een lager percentage.

Veranderen van aandacht leidt tot nieuwe mogelijkheden

In de afgelopen jaren hebben de SEH's een belangrijke rol gespeeld bij het vinden van methoden om kinderen effectief te screenen. Het protocol voor screening is dan ook vooral gebaseerd op de SEH. Vanuit de ziekenhuizen komt vooral de vraag naar voren of andere poliklinieken ook moeten screenen. Er zijn ziekenhuizen waarbij opvalt dat het aantal kinderen wel toeneemt, maar het absolute aantal verdenkingen gelijk blijft ten opzichte van de periode waarin het ziekenhuis alleen de SEH opnam in de screening. Het goed invullen van de poliklinische screening is één van de ontwikkelrichtingen voor de indicator en de daarmee samenhangende signalering.

Een andere interessante uitbreiding is het model dat Haagse ziekenhuizen hanteren. Mensen die gezien hun gedrag een risico vormen, wordt gevraagd of zij kinderen hebben (de zogenaamde kindcheck). Als dat het geval is, wordt een vermoeden van kindermishandeling geconstateerd en een melding gedaan. In andere ziekenhuizen wordt ook de verplichte kindcheck gedaan, echter worden daarbij zo spoedig mogelijk de ouders (met het risicogedrag) en kinderen eerst op de poli kindergeneeskunde gezien. Bij deze groep meldingen is het aantal terechte meldingen groot. Dit vindt de inspectie een mooi voorbeeld van hoe een probleem telkens van een andere kant wordt bekeken en daarmee in de aandacht blijft staan.

[105] www.skipr.nl/actueel/id15546-einde-stijging-meldingen-kindermishandeling.html

11 Algemeen kwaliteitsbeleid

U vindt de omschrijving van het algemeen kwaliteitsbeleid en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset van 2012, hoofdstuk 11.

Een algemeen kwaliteitsbeleid is van groot belang bij de dagelijkse gang van zaken in ziekenhuizen. Een goed functionerend kwaliteitsbeleid schept helderheid en zorgt voor een uniforme toepassing bij alle patiënten. Algemeen kwaliteitsbeleid is daarmee de basis van al het handelen. In individuele gevallen kan – beargumenteerd – van het standaardbeleid worden afgeweken. Deze procesindicator maakt inzichtelijk of kwaliteitsbeleid inderdaad ziekenhuisbreed het uitgangspunt van handelen is. Bij een consequente toepassing vertelt de uitkomst van deze indicator dan ook iets over het hele ziekenhuis en niet alleen over de betreffende afdeling. In dat geval volstaat een beperkte meting om een generiek beeld te krijgen. De afzonderlijke uitkomstindicatoren bieden vervolgens inzicht of de geleverde kwaliteit voldoet.

Een voorbeeld hiervan is de indicator voor decubitus. Door de meting te beperken tot een herkenbare groep, zoals decubitus bij patiënten met een heupvervangende prothese, is de meetlast beperkter en de risicocorrectie kleiner. Dat kan als iedereen het beleid ten aanzien van de preventie van decubitus uniform toepast. De uitkomsten van de specifieke ‘heupmeting’ zijn door de uniforme werkwijze dan te generaliseren naar een bredere patiëntengroep. In de praktijk wordt kwaliteitsbeleid echter niet altijd door iedereen toegepast. De richtlijn preoperatief traject stelt dat zorgverleners bij alle operatiepatiënten een time-out procedure moeten toepassen. Vooral in het begin van de invoering van deze richtlijn waren er binnen ziekenhuizen zorgverleners die zich geheel aan de richtlijn onttrokken. In dat geval zegt een indicator die vraagt naar het toepassen van de time-out bij specifiek orthopedische ingrepen niets over de toepassing van time-outs ziekenhuisbreed. Pas als in het algemene kwaliteitsbeleid geborgd is dat iedereen zich aan het beleid conformeert, kan een lokaal gemeten indicator voldoende inzicht geven in de generieke toepassing (en uitkomsten) van het beleid.

De vrijheid van medewerkers om zich aan het kwaliteitsbeleid te onttrekken leidt ertoe dat in het gemiddelde ziekenhuis standaardisatie in de uitvoering nog ver te zoeken is. Een direct gevolg hiervan is een gebrek aan inzicht in kwaliteit van zorg van die organisatie. Door het niet werken met standaard afspraken ontbreekt automatisatie of een basis om op terug te vallen. Elke handeling vraagt in dat geval om een apart beredeneerd besluit. Die ad hoc besluiten vragen vervolgens weer om meer controle van de eindverantwoordelijke om zicht te krijgen of hij of zij die verantwoordelijkheid ook kan dragen.

De registratie van indicatoren kan helpen bij het creëren van draagvlak voor het voeren van kwaliteitsbeleid als uitgangspunt van al het handelen. Of zelfs bij het ontwikkelen van dit beleid. Het maakt bijvoorbeeld een groot verschil of een collega specialist een maatschap chirurgie aanspreekt op basis van landelijk vergelijkbare uitkomsten of op basis van een gevoel. Het standpunt van de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) om uitkomsten van de registratie op een redelijke termijn te openbaren, is daarbij ook een belangrijke

stimulans voor kwaliteitsbeleid op het gebied van de colorectale kankerchirurgie. Goed gebruik van de beschikbare data, in een open gesprek, helpt de chirurgen vervolgens om inzicht te krijgen in het eigen handelen in vergelijking met dat van collega's. En het toont de mate waarin hun resultaten binnen de te verwachten marges vallen. Zo kan de zorg verbeterd worden en kunnen zorgverleners, zo nodig, op basis van concrete data worden aangesproken als hun gedrag niet past binnen het afgesproken kwaliteitsbeleid.

Standaardisatie biedt vooral meerwaarde bij veelvoorkomende ingrepen. Het leidt ook tot voorspelbaarheid en daarmee tot meer patiënttevredenheid. Universitair medische centra verlenen vaak gespecialiseerde zorg aan veel kleine groepen patiënten. Dit vraagt om een andere vorm van standaardisatie, zoals het standaardiseren van delen van het proces en standaardiseren van uitkomstmetingen. Het viel de IGZ bij het observeren van recente patiëntenbesprekingen op dat vergelijkbare patiënten binnen een academische setting door veel meer professionals besproken werden dan in grote algemene ziekenhuizen. Dit leidde tot zeer gedetailleerd maatwerk. Echter, een goede coördinatie en voorspelbaarheid van het proces is hierbij vaak een probleem. Uit gesprekken over de indicator afgezegde operaties bleek ook al dat dit maatwerk zorgt voor frequente wijzigingen van operatieprogramma's, met zelfs het uitvallen van operaties tot gevolg. Het is noodzakelijk een evenwicht te vinden tussen de creativiteit die noodzakelijk is voor nieuwe ontwikkelingen en de voorspelbaarheid die noodzakelijk is voor een consistente goede kwaliteit.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het algemene kwaliteitsbeleid?

Het ziekenhuis geeft op ten minste twee van de volgende stellingen bevestigend antwoord:

- 1 Het ziekenhuis neemt niet deel aan de DBCA, heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2012: minder dan 100%).
- 2 Het ziekenhuis neemt niet deel aan de DSCA, heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2012: minder dan 100%).
- 3 Het ziekenhuis neemt niet deel aan de DUCA, heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2012: minder dan 100%).
- 4 Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom, maar doet niet mee aan de landelijke database voor een invasief blaascarcinoom.
- 5 Het ziekenhuis levert geen data aan voor de database die de stichting NICE beheert.
- 6 Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD's niet systematisch via DIPR of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg.
- 7 De deelname aan jaargesprekken is relatief laag (voor 2012: minder dan 20,3%).
- 8 De deelname aan het IFMS is relatief laag (voor 2012: minder dan 27,3%).
- 9 Er is geen regeling voor mogelijk disfunctioneren van medisch specialisten.
 - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis (raad van bestuur en medische staf) dat medisch specialisten voldoende feedback krijgen?

- Hoe is het beleid van het ziekenhuis rond visitaties (meedoen, openheid over visitatieverslagen)?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat tijdig wordt ingegrepen bij disfunctioneren?
- Hoe is de samenwerking tussen medische staf (bestuur) en raad van bestuur?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis adequate communicatie onder andere van informatie tussen zorgverleners en afdelingen?
- Heeft het ziekenhuis zicht op het aantal VIM-meldingen (incidenten) over communicatie?
- Worden calamiteiten onderzocht op de aanwezigheid van communicatiefouten?

11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2012 hoofdstuk 11.

Indicatoren

- Jaargesprekken.
- Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS).
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

Wat zijn de risico's

Een goed feedbacksysteem is voor iedere professional essentieel om goed te blijven functioneren. De mate en snelheid van invoering van dit functioneringssysteem binnen de ziekenhuisorganisatie is een indicatie van de heersende cultuur. Gesprekken over het functioneren maken mogelijke problemen bespreekbaar, waardoor preventief actie ondernomen kan worden. De bijzondere positie van medisch specialisten binnen een instelling vraagt om een passende aanpak. Voor het organiseren van feedbackgesprekken met medisch specialisten bestaan twee systemen: het jaargesprek, vooral ingevoerd in academische ziekenhuizen en ziekenhuizen waar specialisten in dienstverband zijn, en het systeem voor het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS), vooral gericht op vrijgevestigde specialisten. De IGZ maakt voor het vaststellen van indicaties voor een gesprek geen onderscheid tussen deze systemen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Jaargesprekken en IFMS zijn geen van beide ingevoerd of actief in gebruik

- Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
- Wat zijn of waren de hindernissen bij het invoeren van structurele gesprekken over het functioneren van medisch specialisten?

De deelname aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief laag (voor 2012: jaargesprek lager dan 20,3%, IFMS minder dan 27,3%)

- Hoe is de som van jaargesprek en IFMS (mits IFMS en jaargesprek verschillend zijn ingevuld)? Is de som van IFMS en jaargesprek ook laag:
 - Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
 - Wat zijn of waren de hindernissen bij het uitbreiden van structurele gesprekken over het functioneren van medisch specialisten?
 - Hoe is het gelukt om de functioneringsgesprekken voor elkaar te krijgen bij hen waar het wel heeft plaatsgevonden?
 - Heeft de raad van bestuur of de medische staf een percentage waar het naar streeft? Hoe denkt men dat te gaan halen?
 - Welke conclusies trekt het stafbestuur hieruit over hoe deelname kan worden uitgebreid? Kan de bestuurder hierin een rol spelen?

De deelname aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief hoog (voor 2012: jaargesprek 100%, IFMS meer dan 98,2%)

- Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen?
 - Zo ja:
 - Waarom nemen deze groepen of individuen geen deel?
 - Is er overeenstemming over de reden waarom deze groepen of individuen niet deelnemen?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de kwaliteit van de gesprekken?
- Met wie wordt gesproken?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van patiënten?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van andere professionals?
- Heeft het ziekenhuis het volledige systeem ingevoerd?
- Hoe bepaalt het ziekenhuis wie aan welk systeem deelneemt?
 - Vindt er terugkoppeling plaats naar raad van bestuur wanneer disfunctioneren dreigt?

Een identiek aantal specialisten neemt deel aan beide systemen

- Wordt een gesprek onder beide noemers geteld?
 - Hoe geeft het ziekenhuis de gesprekken vorm?
- Zijn jaargesprekken en het IFMS beide ingevoerd?
- Welke rol speelt het afdelingshoofd bij de gesprekken?

Het ziekenhuis voert alleen jaargesprekken uit

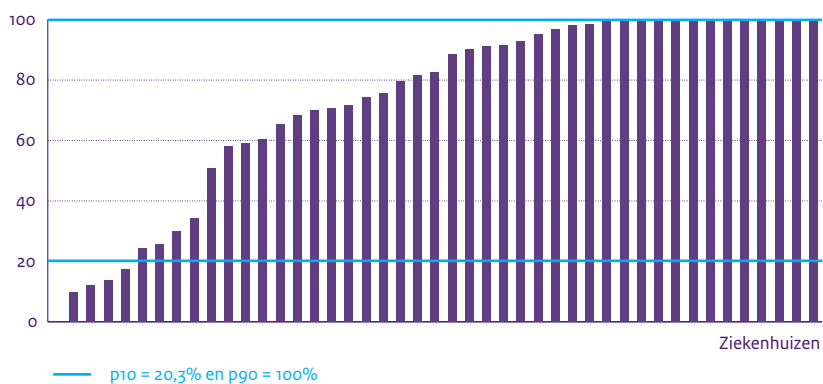
- Welke informatie verzamelt het ziekenhuis over het functioneren van de specialist voordat het jaargesprek plaatsvindt en hoe gebeurt dat?
- Door wie wordt het gesprek gevoerd?

Resultaten

In 2012 is het aantal jaargesprekken of IFMS-gesprekken over de afgelopen 24 maanden sterk gestegen. Het totaal aantal jaargesprekken (5.819) is met 10% gestegen ten opzichte van 2011. Het totaal aantal IFMS-gesprekken is, net als het jaar hiervoor, met bijna 50% gestegen ten opzichte 2011 tot 7.535.

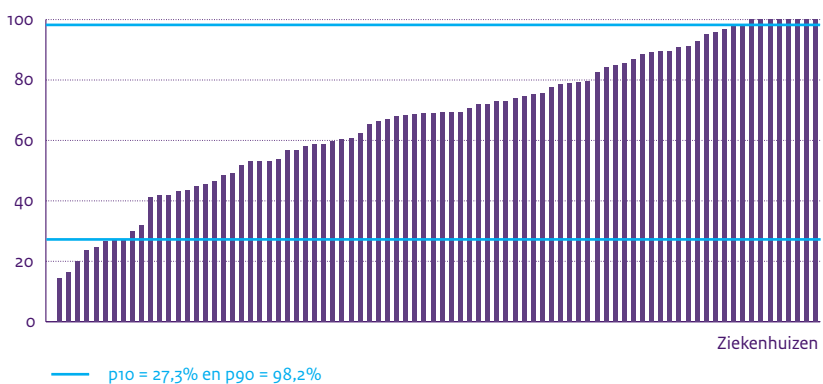
Figuur 11.1.1

Percentage specialisten dat aan een jaargesprek heeft deelgenomen (n=45)



Figuur 11.1.2

Percentage specialisten dat aan een IFMS-evaluatiegesprek heeft deelgenomen (n=85)



Tabel 11.1.1

Kengetallen functioneren medisch-specialisten

Functioneren medisch-specialisten	Gemiddelde (%)	Mediaan (%) (min – max)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Ziekenhuizen die deze vorm niet gebruiken (n)
Specialisten die aan een jaargesprek hebben deelgenomen	72,8 (0 - 100)	82,5	13	54
Specialisten die aan een IFMS-evaluatie-gesprek hebben deelgenomen	65,3 (0 - 100)	68,9	7	11

Er waren 2 ziekenhuizen, het LUMC (Leiden) en Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek), die zowel bij de jaargesprekken als bij het IFMS geen cijfers aanleverden. Het LUMC gaf geen toelichting hierop. Het Longcentrum gaf als toelichting dat de aanlevering via het UMC St Radboud (Nijmegen) geschiedt. Daarnaast waren er, net als in 2011, 33 ziekenhuizen die zowel jaargesprekken als IFMS-gesprekken voerden. Ruim 40% van deze ziekenhuizen vulden in in de afgelopen 24 maanden precies hetzelfde aantal specialisten gesproken te hebben bij de jaargesprekken als bij de IFMS-gesprekken.

Alleen bij het radiotherapeutisch Instituut ARTI (Arnhem) ontving de raad van bestuur geen geanonimiseerde informatie over het aantal medisch specialisten dat aan IFMS deelnam.

Het UMC St Radboud (Nijmegen) en het radiotherapeutisch Instituut RISO (Deventer) hebben geen regeling voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist ingevoerd. Het UMC St Radboud gaf dit samen met het UMC Utrecht de afgelopen jaren ook al aan. Hun toelichting luidde dat de bestaande mogelijkheden (waaronder het CAO-UMC) hiervoor al genoeg handvatten bieden.

Alle overige ziekenhuizen hadden wel een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Alleen het Erasmus MC (Rotterdam) gaf aan deze regeling niet elke keer te gebruiken als disfunctioneren van een medisch specialist vermoed werd.

Aandachtspunten voor de evaluatie van het functioneren van medisch specialisten en de daarbij horende indicatoren

Verskillende samenwerkingsverbanden vragen ontwikkeling van feedback

Eén van de terugkerende vragen die de inspectie ontvangt over de basisset gaat over het aantal IFMS-gesprekken dat een specialist die werkzaam is in drie ziekenhuizen moet hebben. Op zich is die vraag eenvoudig te beantwoorden. Elke organisatie moet zijn eigen IFMS-systeem zo organiseren dat alle specialisten feedback ontvangen binnen de eigen organisatie. Drie ziekenhuizen, drie IFMS-gesprekken. Dat roept wel de vraag op binnen welk verband de feedback georganiseerd moet worden. Sinds het ontstaan van het IFMS zijn er twee belangrijke ontwikkelingen doorgevoerd die samenwerkingsverbanden een andere inhoud geven. In de eerste plaats hebben regiomaatschappen het organisatorisch verband van specialisten veranderd. Moeten regiomaatschappen die in drie ziekenhuizen werken ook drie IFMS-systemen organiseren? De andere ontwikkeling is de sterke verandering van het ziekenhuislandschap. Als een specialist zorg met een hoog risico binnen een patiëntenproces verleent, moet alleen al uit oogpunt van patiëntveiligheid feedback komen uit de andere onderdelen van het patiëntenproces. Anders valt deze keten van zorg aan de patiënt een keer uiteen als een slecht geknoopt parelsnoer, waarvan de draad is gebroken. Ook een feedback systeem moet zich blijven ontwikkelen.

Kwaliteitsdatabases en feedback

Om goede feedback te kunnen geven op het functioneren van medisch specialisten is de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie over een heel proces belangrijk. Het gaat niet alleen om het verzamelen van data over complicaties in een complicatieregistratie, maar ook om het systematisch volgen en analyseren van het proces van de patiënt. Dat maakt nieuwe vormen van feedback mogelijk en andere overbodig. Een terugkerende discussie bij complicatieregistraties is de vraag wat een complicatie is. Is bijvoorbeeld een reïnterventie een complicatie of juist een adequate reactie van een chirurg om verder verslechteren van een situatie te voorkomen? Om goede feedback te kunnen geven, moeten naast de complicaties dus ook uitkomsten als mortaliteit en het aantal tijdelijke stoma's bekeken worden. Vaak worden dit soort overwegingen alleen binnen het specialisme besproken, terwijl deze keuzes vaak grote gevolgen hebben voor in dit specifieke geval maag-darm-lever artsen of internisten. Inmiddels ontstaan de eerste kwaliteitsdatabases waarin meerdere specialismen hun data onderbrengen. Een voorbeeld daarvan is de database voor de chirurgische behandeling van longcarcinoom. Hierin worden de data van de behandeling van longartsen, radiotherapeuten, thoraxchirurgen en longchirurgen samen opgeslagen. Dit samen registreren is een belangrijke eerste stap. Deze kwaliteitsdatabases hebben echter pas echt nut als ook gezamenlijk de data geanalyseerd wordt en men elkaar op basis hiervan feedback kan geven op alle aspecten van de behandeling aan de patiënt. Door IFMS en kwaliteitsdatabases op elkaar te laten aansluiten, kan feedback op het functioneren van medisch specialisten goed vorm worden gegeven.

