



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Het resultaat telt ziekenhuizen

# 2015

Utrecht, februari 2017



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>Inleiding voor de resultaten</b>	<b>12</b>
<b>1 Operatief proces</b>	<b>17</b>
1.1 Pijn na een operatie	20
1.2 Heupfractuur	27
1.3 Stopmoment IV: Time-out	35
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	39
1.5 Bariatrische chirurgie	44
1.6 Cataractregistratie	49
1.7 Registratie neurochirurgie	52
1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie	57
1.9 Deelname aan registratie DLSA (Dutch Lung Surgical Audit)	59
1.10 Implementatie ZATT richtlijn	62
1.11 Explantatie borstimplantaten	63
<b>2 Spoedprocessen</b>	<b>67</b>
<b>3 Intensive care</b>	<b>69</b>
3.1 Beademingsuren	72
3.2 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie van de NICE	74
<b>4 Polikliniek</b>	<b>76</b>
<b>5 Diagnostiek</b>	<b>78</b>
<b>6 Interventies</b>	<b>82</b>
<b>7 Medicatieproces</b>	<b>84</b>
7.1 Elektronisch voorschrijven	87
7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	91
<b>8 (Verpleegkundige) zorg</b>	<b>97</b>
8.1 Wondzorg	100
8.2 Ondervoeding	105
8.3 Delirium	114
8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting	119

<b>9</b>	<b>Oncologie</b>	<b>123</b>
	9.1 Samenwerking	129
	9.2 Borstkanker	132
	9.3 Longchirurgie	140
	9.4 Gastro-intestinaal	144
	9.5 Urologische tumoren	151
	9.6 Ovariumcarcinoom	157
	9.7 Palliatieve radiotherapie	162
<b>10</b>	<b>Hart en vaten</b>	<b>166</b>
	10.1 Vaten	168
	10.2 Behandeling patiënten met een STEMI	176
	10.3 Evaluatie na inbrengen Pacemakers en ICD's	181
	10.4 Thoraxchirurgie	187
<b>11</b>	<b>Bewegingsapparaat</b>	<b>191</b>
<b>12</b>	<b>Infectieziekten</b>	<b>193</b>
	12.1 Ziekenhuisinfecties	196
	12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	200
<b>13</b>	<b>Longen</b>	<b>204</b>
<b>14</b>	<b>Maag-darm-lever</b>	<b>207</b>
	14.1 MDL-infrastructuur	210
	14.2 Time-out procedure endoscopische verrichtingen	211
	14.3 Deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie	214
<b>15</b>	<b>Perinatale zorg</b>	<b>217</b>
	15.1 De spontane bevalling	219
	15.2 Audit van perinatale zorg	222
<b>16</b>	<b>Kwetsbare groepen</b>	<b>223</b>
	16.1 Ondervoeding geriatrische patiënten	226
	16.2 Colonchirurgie bij ouderen	229
<b>17</b>	<b>Algemeen kwaliteitsbeleid</b>	<b>234</b>
	17.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	238
<b>18</b>	<b>Volume</b>	<b>243</b>
<b>19</b>	<b>Onverwacht lange opnameduur en heropname</b>	<b>244</b>
	19.1 Onverwacht lange opnameduur en heropname	245

## Voorwoord

Deze uitgave van Het Resultaat Telt (HRT) bevat een overzicht van de resultaten van de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen over het jaar 2015. Op het moment van publiceren zijn de indicatoren voor de basisset kwaliteitsindicatoren medisch specialistische zorg 2018 al grotendeels opgesteld, waardoor ziekenhuizen en particuliere klinieken ruim van tevoren weten waar ze aan toe zijn en wat er van hen wordt verwacht.

Naast het overzicht van de behaalde resultaten 2015 is in deze uitgave van het HRT aandacht aan de totstandkoming van de indicatoren besteed. Kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld door verenigingen van medisch specialisten (de wetenschappelijke verenigingen) en verenigingen van verpleegkundigen (de V&VN afdelingen), gecoördineerd door de instellingskoepels (Federatie en V&VN) en in afstemming met de ziekenhuiskoepels (NFU en NVZ). Een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkeling van een nieuwe indicator is dat deze moet leiden tot reductie van het risico door kwaliteitsverbetering. Daarnaast is het voor de inspectie een vereiste dat een nieuwe kwaliteitsindicator inzichtelijk kan maken in welke ziekenhuizen bepaalde zorg mogelijk risicovol is. Om aan deze eisen te kunnen voldoen wordt elke vier jaar een risicoprofiel ontwikkeld. Hierin worden de grootste risico's voor de zorg opgeschreven. Een belangrijk uitgangsdokument wat wordt gebruikt voor de keuze van nieuwe kwaliteitsindicatoren. Zo komen alleen nieuwe kwaliteitsindicatoren in de basisset waarmee een zo groot mogelijke kwaliteitsverbetering kan worden behaald. Om dit risicoprofiel tot stand te brengen heeft de inspectie aan de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen gevraagd om een eigen risicoprofiel op te stellen en daarbij vijf vragen te beantwoorden: 1) over welk risico gaat het? 2) waarom is dit een groot risico? 3) wat is het aantal patiënten dat risico loopt? 4) wat is de aard van het risico? En 5) in welke setting is dit een risico? Al deze antwoorden werden besproken met alle verenigingen, waarna alle individuele risicoprofielen zijn gebundeld. Hoe dit precies is gedaan staat uitgebreider beschreven in de inleiding van dit HRT. De inspectie gebruikt dit uiteindelijke risicoprofiel niet alleen voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, maar ook breder voor het risicogestuurde toezicht. Het geeft namelijk de risico's in de medisch specialistische zorg weer zoals zorgprofessionals deze zelf ervaren.

In 2012 werd een eerste risicoprofiel ontwikkeld met de toen vijftien deelnemende wetenschappelijke verenigingen aan het basisset systeem. Toen gaven de verenigingen aan de meeste risico's te zien in het operatieve proces, bij de oncologische zorg en rondom medicatie. Aan deze zorgprocessen heeft de inspectie de afgelopen jaren veel aandacht besteed in haar toezicht, ook in de basisset. Een voorbeeld hiervan zijn de indicatoren Elektronisch Voorschrijfsysteem en Medicatieverificatie, deze laten zien dat ziekenhuizen al een behoorlijke inspanning hebben geleverd om de medicatieveiligheid te verbeteren, maar dat er ook nog winst te behalen is. Data uit de basisset laten zien dat verbeteringen op het operatieve proces en rondom de oncologische zorg zijn behaald. De indicator time-out laat bijvoorbeeld zien dat de spreiding tussen ziekenhuizen elk jaar is afgenomen. In 2015 nam de spreiding af naar 89,3%-100%. In 2012 was deze spreiding nog 62,1%-100%. In dit HRT zijn nog veel meer voorbeelden te vinden van verbeteringen die zijn behaald in het operatieve en oncologische proces. De meeste van deze indicatoren zijn inmiddels

vervangen, omdat zij hun doel hebben bereikt. Ook zijn bijna alle indicatoren over minimumaantallen voor specifieke operatieve ingrepen afgeschaft, omdat ziekenhuizen voldoen aan de volumenorm of de betreffende ingreep niet meer uitvoeren.

Uit het nieuwe risicoprofiel blijkt dat de risico's ervaren door zorgprofessionals verschoven zijn naar het diagnostische proces. Medicatie blijft een groot risico en kwetsbare groepen patiënten lopen het hoogste risico. De inspectie zal komende jaren in de basisset aandacht besteden aan het ontwikkelen van indicatoren binnen het diagnostische proces, omdat in tegenstelling tot medicatie en kwetsbare groepen, dit nog een onderbelicht zorgproces is in de basisset. Nieuwe indicatoren zijn in ontwikkeling en de verwachting is dat deze een plek krijgen in de basisset van 2018 en 2019.

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

# Inleiding

*Werken met indicatoren betekent aan de ene kant terugkijken, maar tegelijkertijd ook vooruitkijken. Het merendeel van de inhoud van Het Resultaat Telt (HRT) wordt gevormd door de resultaten van de indicatoren over 2015. Daarnaast wordt vooruitgekeken naar de ontwikkeling van de nieuwe indicatoren voor de komende jaren. De visie op basis waarvan de huidige indicatoren zijn gekozen, is op zijn laatst gevormd in 2013. Toen werden de afspraken gemaakt voor de publicatie van de indicatoren 2015. Het thema van dit HRT is het risicoprofiel voor 2017 en verder: welke risico's vinden de partners in de basisset zo belangrijk dat er in de komende jaren indicatoren voor moeten worden ontwikkeld?*

*Het basisprincipe: goed samenwerken is een essentiële voorwaarde voor succes*

In het basisset systeem werkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) samen met de ziekenhuiskoepels, de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie Universitair Medisch Centra (NFU), en de koepels van professionals, de Federatie Medisch Specialisten (de Federatie) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), om jaarlijks tot een gedragen set van kwaliteitsindicatoren te komen: 'de Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen'.

Sinds 2017 is de Basisset Ziekenhuizen samengevoegd met de Basisset Particuliere klinieken tot 'de Basisset Medisch Specialistische Zorg'.

De kwaliteitsindicatoren in de basisset worden aangedragen door (één of meerdere) wetenschappelijke verenigingen en/of V&VN afdelingen. Dit proces wordt gecoördineerd door de Federatie en V&VN. Elk jaar heeft Het Resultaat Telt (HRT) een thema. Vorig jaar was het thema van het HRT 'samenwerken', omdat de kern van het succes van het basissetsysteem samenwerken is. Een ander belangrijk voorwaarde voor het succes is dat de indicatoren gekozen worden op basis van een gezamenlijk vastgesteld risicoprofiel. Daarom is het thema van het HRT 2015 'het risicoprofiel voor 2017 en verder'.

In deze inleiding wordt dit thema nader toegelicht. In het hoofdstuk 'Inleiding voor de resultaten' wordt uitgelegd hoe de resultaten op kwaliteitsindicatoren tot stand komen en hoe de resultaten passen in het toezicht op ziekenhuizen.

## **'Het risicoprofiel voor 2017 en verder'**

Het thema van dit rapport is 'Het risicoprofiel voor 2017 en verder'. Een vernieuwd risicoprofiel, omdat in 2012 de inspectie al eerder een risicoprofiel heeft opgesteld met alle – toen deelnemende – wetenschappelijke verenigingen. Het risicoprofiel is een belangrijk uitgangsdokument voor de basisset, omdat het dient als 'gemeenschappelijke taal' bij het ontwikkelen en de uiteindelijke keuze van nieuwe indicatoren. Het risicoprofiel geeft aan welke risico's in de zorg groot genoeg zijn om een nieuwe indicator te rechtvaardigen. Daarnaast wordt het risicoprofiel gebruikt als een 'toetsinstrument' om bestaande indicatoren te toetsen en eventueel te verwijderen uit de basisset.

Veel van de indicatoren in de basissets van 2014 en 2015 zijn gekozen op basis van het eerste in 2012 opgestelde risicoprofiel. De geselecteerde risico's lagen toen vooral in het operatief proces, de oncologie en bij het gebruik van medicatie. Veel van de indicatoren die toen zijn

gekozen, richten zich op minimumvoorwaarden voor risicobeheersing zoals de minimumnormen voor complexe ingrepen en het gebruik van kwaliteitsregistraties om de eigen risicobeheersing van professionals mogelijk te maken. Na het lezen van dit HRT zal het duidelijk zijn dat veel van die indicatoren in 2015 hun doel hebben bereikt en (dus) niet meer noodzakelijk zijn. Zij zijn om die reden niet meer opgenomen in basisset 2016 of 2017. Deze indicatoren zijn in de afgelopen jaren succesvol gebleken. Voorbeelden daarvan zijn: voldoende behandelingen worden gedaan om kwaliteit en veiligheid te waarborgen; individuele specialisten hebben inzicht in geaggregeerde gegevens over bepaalde behandelingen; en raden van bestuur zouden structureel kunnen sturen op kwaliteit en veiligheid op basis van gegevens uit kwaliteitsregistraties. Voorwaarde voor het sturen is dat raden van bestuur daarbij toegang hebben tot informatie uit de kwaliteitsregistraties. Voor de samenstelling van de basisset 2018 en verdere jaren volstaat het in 2012 opgestelde risicoprofiel dan ook niet meer en kan niet meer leidend zijn voor de keuze van nieuwe indicatoren.

Daarnaast hebben in de afgelopen jaren veel nieuwe wetenschappelijke verenigingen zich aangesloten bij het basissetsysteem. Met de aansluiting van V&VN in 2012 hebben ook een aantal V&VN afdelingen zich aangesloten bij het basissetsysteem en bestaat het vooruitzicht dat meerdere afdelingen dat in de toekomst gaan doen. Om een volledig beeld van risico's in de zorg te verkrijgen, was het van belang dat een nieuw risicoprofiel werd opgesteld, dat zowel een medisch- als verpleegkundig perspectief op risico's in de zorg bevatte. Ook zijn de basisset ziekenhuizen en de basisset particuliere klinieken samengevoegd tot één basisset medisch specialistische zorg 2017. Hierdoor moet het nieuwe risicoprofiel rekeninghouden dat de risico's in een groot ziekenhuis anders zijn dan in een kleine privékliniek. Met het opstellen van een vernieuwd risicoprofiel zal de basisset een nieuwe periode ingaan. En door het vervallen van veel indicatoren is ook voldoende ruimte ontstaan voor nieuwe indicatoren, met nieuwe doelen. De basisset voor 2017 en 2018 zullen de kleinste zijn in omvang sinds de start van het systeem in 2003. Dit houdt in dat deze basissets minder variabelen (deelvragen van indicatoren) gaan bevatten dan de 260 variabelen die als maximaal aantal zijn afgesproken.

### **Het proces: van individuele risicoprofielen naar één bundeling van risico's**

Alle – aan het basissetsysteem deelnemende – wetenschappelijke verenigingen (in totaal 32) en V&VN afdelingen (in totaal vier) is in het voorjaar van 2016 gevraagd een eigen risicoprofiel op te stellen. De inspectie heeft aan alle vertegenwoordigers gevraagd om de vijf grootste risico's<sup>1)</sup> in het eigen vakgebied voor de komende vier jaar te beschrijven met daarbij een uitleg waarom is gekozen voor deze risico's. Per risico hebben zij de volgende punten beschreven: 1) welk risico betreft het?; 2) waarom is dit het grootste risico?; 3) het

---

[1] Risico's kunnen uitgedrukt worden in de internationaal erkende en veelgebruikte systematiek van de vijf D's: *death* (dood), *disease* (ziekte), *disability* (gebrek, functiebeperking), *discomfort* (ongemak) en *dissatisfaction* (ontevredenheid).

aantal patiënten/groep at risk; 4) aard van het risico; 5) setting<sup>[2]</sup>. De inspectie heeft uiteindelijk alle afzonderlijke risicoprofielen gecombineerd tot één bundeling van risico's (tabel 1).

In het risicoprofiel van 2012 was gevraagd om de vijf grootste risico's te noemen, waarvoor een indicator kon worden ontwikkeld. In dit eerste risicoprofiel waren risico's dus direct gekoppeld aan indicatoren. Het nadeel daarvan was dat sommige risico's onbenoemd bleven, omdat ze volgens de wetenschappelijke verenigingen niet in indicatoren waren te vatten. In 2016 is ervoor gekozen om de risico's niet direct te koppelen aan een indicator (of een ander middel om risico's te beheersen). Het gebundelde risicoprofiel (tabel 1) bevat mede daarom risico's die in 2012 nog niet werden genoemd. Een opmerkelijk voorbeeld daarvan is de aandacht voor risico's in het diagnostisch proces. In het risicoprofiel uitgevraagd in 2016 is dit één van de drie grootste risico's, in 2012 werd dit risico niet genoemd, waardoor er in de sets tot 2015 geen, of zeer weinig directe indicatoren zijn opgenomen voor diagnostische processen.

Inmiddels zijn de risico's besproken met alle wetenschappelijke verenigingen, de V&VN afdelingen, in overleggen met de koepels (V&VN, Federatie, NVZ en NFU) en met de Raad Kwaliteit van de Federatie. Daaruit zijn de eerste voorstellen om de risico's te beheersen voortgekomen die in de komende jaren hun weg naar de basisset zullen vinden. De instellingskoepels zijn momenteel ook bezig met het opstellen van een risicoprofiel.

---

[2] De risico's zijn wel setting-onafhankelijk (dat wil zeggen onafhankelijk van het type kliniek), maar de relevantie kan per setting verschillen. Medisch specialistische zorg moet overal aan dezelfde normen voldoen, maar de randvoorwaarden waaronder die zorg geleverd wordt verschilt wel in de verschillende situaties/settings. Daarom kan iets dat zeer riskant (hoog risico) is onder de randvoorwaarden van een particulier kliniek, veilig (laag risico) zijn onder de randvoorwaarden van een ziekenhuis, bijvoorbeeld omdat betere bewaking mogelijk is.



Tabel 1

**Bundeling van risico's**

Thema/zorgproces	Belangrijkste risico's
1 Diagnostiek, in combinatie met medische technologie <sup>[3]</sup> (30 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falen of ontbreken van diagnostiek (door o.a. verkeerd gebruik medische technologie);</li> <li>Onder- en/of overbehandeling op basis van verkeerde keuzes in dediagnostiek;</li> <li>Slechte samenwerking met laboratoria (bijvoorbeeld het missen van uitslagen);</li> <li>Patiëntverwisseling en/of monsterverwisseling.</li> </ul>
2 Medicatie <sup>[3]</sup> (30 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onvolledige of niet tijdige medicatieoverdracht (tussen eerste en tweede lijn);</li> <li>Polyfarmacie;</li> <li>Medicatiefouten;</li> <li>Antistollingsgebruik;</li> <li>Het niet verkrijgen van geneesmiddelen (o.a. door financiering).</li> </ul>
3 Kwetsbare groepen <sup>[3]</sup> (30 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toenemende specialisatie versus toename comorbiditeit/fragmentatie van zorg;</li> <li>Multimorbiditeit;</li> <li>Gebrekkige overdracht.</li> </ul>
4 Operatief proces <sup>[3]</sup> (23 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Inzet van) medische technologie in het operatieve proces;</li> <li>Gebrekkige overdracht;</li> <li>Het gebruik van antistolling.</li> </ul>
5 Oncologie <sup>[3]</sup> (15 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentratie van zorg;</li> <li>Dure geneesmiddelen.</li> </ul>
6 Interventies <sup>[3]</sup> (14 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Verkeerd) gebruik van (nieuwe) medische technologie.</li> </ul>
7 Verpleegkundige zorg <sup>[3]</sup> (13 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delier;</li> <li>Ontstaan, niet genezend en recidief ulcus;</li> <li>Pijn;</li> <li>Vrijheidsbeperkende interventies.</li> </ul>
8 Algemeen kwaliteitsbeleid <sup>[3]</sup> (11 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bekwaamheid en bevoegdheid nieuwe beroepen;</li> <li>Nieuwe technieken;</li> <li>Concurrentie in de zorg en centralisatie van de zorg;</li> <li>Werkdruk in relatie tot risico's.</li> </ul>
9 Spoedprocessen <sup>[3]</sup> (11 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overdracht (tussen eerste en tweede lijn);</li> <li>Multidisciplinair behandelen van een complexe patiënt;</li> <li>Agressie op de spoedeisende hulp.</li> </ul>
10 Intensive care <sup>[3]</sup> (10 risico's)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overdracht (door onvoldoende gekoppelde systemen);</li> <li>(Inzet van) medische technologie;</li> <li>Missen of negeren van alarmen bij bewaking vitale parameters.</li> </ul>

[3] Tussen haakjes staat het aantal risico's dat genoemd is binnen dit thema/zorgproces. In totaal zijn 206 risico's genoemd in de risicoprofielen van de verenigingen. Thema's/zorgprocessen die niet in de top 10 staan zijn: infectieziekten (9); hart en vaten (3); perinatale zorg (3); longen (3); polikliniek (1); bewegingsapparaat (0); maag-darm-lever (0).

In de hoofdstukken (1 t/m 20) wordt per zorgproces aandacht besteed aan de risicoprofielen (operatief proces, spoedprocessen etc.). In elk hoofdstuk wordt eerst de vraag beantwoord welke basisrisico's er zijn in dit proces (bijvoorbeeld in het operatief proces). Vervolgens wordt beschreven welke van deze risico's in 2016 zijn opgenomen binnen de risicoprofielen van de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen die gaan over dit proces. Daarna wordt aangegeven op welke wijze deze risico's kunnen worden gereduceerd. Als laatste wordt beschreven welke soorten indicatoren geschikt zijn om te gebruiken voor nu en in de toekomst voor het reduceren van deze risico's. Deze laatste twee aspecten blijven de komende jaren in het overleg met de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen aan bod komen. Daarom zijn de antwoorden op deze twee vragen *work in progress*.

Per hoofdstuk worden aldus de volgende vragen beantwoord:

- 1 Wat zijn de basisrisico's van dit (zorg)proces?
- 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel?
- 3 Op welke wijze kunnen deze risico's gereduceerd worden?
- 4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?

#### **Uiteindelijk één visie op risico's**

Naast het perspectief van de zorgprofessional en zorginstelling op de risico's in de zorg wil de inspectie ook het patiëntenperspectief op risico's mee gaan nemen. De inspectie zal de wijze waarop hier invulling aan gegeven kan worden nog gaan ontwikkelen.

Uiteindelijk zal op basis van de verschillende perspectieven voor de basisset één visie op risico's in de medisch specialistische zorg worden opgesteld. Nieuw te ontwikkelen indicatoren zullen op basis van deze visie tot stand komen.

## Inleiding voor de resultaten

De inspectie heeft Het Resultaat Telt (HRT) hetzelfde ingedeeld als de basisset van 2015. 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 ondervoeding). Een doorlopend thema in deze uitgave is 'het vernieuwde risicoprofiel'.

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 inspectie 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 inhoudelijke hoofdstukken met de resultaten van de individuele indicatoren. Deze hoofdstukken komen overeen met de hoofdstukken van de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2015. In ieder inhoudelijk hoofdstuk staat een additionele paragraaf: waarom vindt de inspectie 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 inspectie toetst vervolgens met een signaleringslijst welke punten nog aandacht van een toezichthouder vragen. In de afsluitende paragrafen staan de aandachtspunten van de inspectie over het gebied waarbinnen de indicator valt.

### **Plaats van de indicatoren in het toezichtbeleid van de inspectie**

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 inspectie, de NFU, de NVZ, de Federatie en V&VN. Deze heeft zich in de dertien 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 inspectie is eigenaar van de basisset en gebruikt de uitkomsten voor toezicht. De basisset stelt de inspectie in staat te monitoren in welke mate ziekenhuizen 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 vaste 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 (bijvoorbeeld een protocol voor tijdig signaleren van ondervoeding), past de inspectie de vraag aan om het proces beter in beeld te krijgen (bijvoorbeeld bij hoeveel patiënten is sprake van ondervoeding). Wanneer deze vraag na verloop van tijd onvoldoende differentieert, vervangt de inspectie deze door een uitkomst vraag (bijvoorbeeld hoeveel patiënten ontvangen voldoende eiwit). Deze werkwijze is uniek in de wereld en heeft ook bijgedragen aan unieke kwaliteitsverbeteringen.

De basisset heeft in de afgelopen dertien jaar laten zien dat over het algemeen de Nederlandse ziekenhuiszorg goed onder controle is. Vrijwel elk punt 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 inspectie het gesprek aangaan en zo nodig actie ondernemen.

### **Algemene lijn inspectie-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 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. Beiden worden hieronder uitgelegd.

### ***Onderzoeksindicaties naar de datakwaliteit***

Bij indicaties voor de datakwaliteit kunnen vragen gesteld worden over het ontbreken van data, 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 inspectie 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 nader 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 te signaleren/adresseren. 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 door het ziekenhuis voorzien is van een toelichting. Ook bijzonder goede zorg kan uitslagen opleveren die indiceren dat nader onderzoek nodig is. De inspectie wil niet te snel concluderen dat een afwijking slecht is, aangezien dit kan leiden tot het remmen van gewenste ontwikkelingen. Zelden grijpt de inspectie op basis van één opvallende uitslag direct in.

De inspectie gebruikt de indicatoren als volgt in haar toezicht:

- De inspectie publiceert jaarlijks over de bevindingen en conclusies in HRT.
- De inspectie kijkt de voortgang op het behalen van landelijke normen en doelstellingen.
- Bij direct patiëntengevaar neemt de inspectie 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 inspectie aanvullend onderzoek uit.
- Bij opvallende uitslagen of bij indicatoren met een bekende norm (zoals een volumennorm of minimumnorm) verwacht de inspectie 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 inspectie de ontwikkeling van de veiligheid en de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

## Algemene aandachtspunten bij de uitslagen

### *Namen van ziekenhuizen*

De inspectie wil graag een transparant en openbaar gesprek kunnen voeren over de uitslagen van die indicatoren, zonder dat dit leidt tot ‘veroordeling’ van de instelling. Soms worden ziekenhuizen in deze uitgave bij naam genoemd. Hierover is veel discussie geweest met de betrokkenen bij de basisset. De inspectie kiest ervoor om de namen van de ziekenhuizen te noemen om de volgende redenen:

- *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 inspectie 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 die gegevens die sowieso publiek en op naam beschikbaar zijn.
- *Naming*: een vuistregel van de inspectie 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 inspectie om ziekenhuizen te benoemen in rapporten, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen.

### *Kwaliteit van gegevens*

De inspectie 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. Bij nieuwe indicatoren worden de verenigingen en afdelingen die de indicator hebben opgesteld in de gelegenheid gesteld ziekenhuizen te waarschuwen bij een verkeerde interpretatie van de afgesproken definities.
- De betrokken zorgverleners controleren de gegevens voor verzending. Veel indicatoren bevatten onderdelen waarvan de betrouwbaarheid van de data op zijn minst geschat kan worden.
- Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen als de gegevens geverifieerd kunnen worden. De inspectie neemt sinds 2009 registraties alleen op als de houders ervan bereid zijn de gegevens te controleren en afwijkingen op naam te melden.
- De inspectie 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.
- Voor het jaargesprek worden onaangekondigde bezoeken aan het ziekenhuis gebracht, onder andere met als doel om inzicht te krijgen in de relatie tussen de aangeleverde data en de situatie op de werkvloer.

- Door het bijhouden van trends en het vergelijken van informatie uit verschillende indicatoren kan de inspectie 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.

#### ***Dubbele aanlevering van aantallen***

Het aantal groepjes ziekenhuizen dat in aanloop tot een fusie meerdere malen dezelfde gegevens voor de fusiepartners hebben aangeleverd is afgenomen ten opzichte van vorig jaar, al doen sommige groepjes ziekenhuizen het nog steeds. Dit is expliciet niet de afspraak, maar omdat de ziekenhuizen de eigenaar blijven van de data is het niet mogelijk voor de inspectie deze data aan te passen. In dit HRT heeft de inspectie bij de meeste hoofdstukken de data gecorrigeerd. Of de data is gecorrigeerd voor dubbeltellingen is in elk hoofdstuk aangegeven.

# 1 Operatief proces

U vindt de omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 1. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

## 1 *Wat zijn de basisrisico's in het operatieve proces?*

Tijdens een operatieve ingreep wordt het lichaam geopend om in het lichaam een behandeling uit te voeren. Het risico wordt voor een groot deel bepaald door de aard en de locatie van de ingreep. Al deze ingrepen vragen gespecialiseerde kennis, maar ook training en ervaring. Daarom zijn er specialisaties ontstaan voor ingrepen in risicovolle of gespecialiseerde gebieden zoals de borst (thorax/cardiochirurgie), het centraal zenuwstelsel (neurochirurgie), het bewegingsapparaat (orthopedie): de snijdende specialismen. Onvoldoende kennis, onvoldoende training en onvoldoende ervaring zijn risico's bij het uitvoeren van ingrepen.

Een tweetal algemene basisrisico's bij het uitvoeren van een ingreep zijn: (na)bloedingen en infecties. Storingen van de stolling of de afweer en interne bloedingen vergroten het infectierisico. Het infectierisico is ook afhankelijk van het gebied waarin geopereerd wordt, of het gebied gecontamineerd is en de lengte van de ingreep. Om het infectierisico te beperken worden ingrepen uitgevoerd in een gecontroleerde omgeving, het operatiekamercomplex (Ok complex). Het Ok-complex heeft een met specifieke klimaatcontrole, luchtbehandeling voor zeer zuivere lucht. De toegang tot het Ok-complex is gereguleerd en wordt beperkt tot noodzakelijk personeel om de lucht zo zuiver mogelijk te houden.

De snijdende specialismen hebben gemeen dat zij in een inmiddels zo veel mogelijk gestandaardiseerd proces en omgeving werken. Het doel van het proces is de juiste patiënt de juiste ingreep op de juiste plek en op een veilige manier te laten ondergaan. In het proces wordt veel technologie ingezet en werkt een groot aantal mensen samen. Onvoldoende regie en een slechte samenwerkingscultuur zijn dan een risico, net als onvoldoende overdracht van informatie. Een belangrijk voordeel van een gestandaardiseerd proces is dat het voor alle deelnemers meer voorspelbaar is wat er in het voortraject is gebeurd. Daardoor hoeft er minder te worden overgedragen. Het risico is dat opvolgende samenwerkingspartners aannemen dat het voorafgaande deel op een bepaalde manier is uitgevoerd, terwijl dat toch niet het geval was. Tijdens inspectiebezoeken is dat herkenbaar aan uitspraken als 'ik neem toch aan dat...'



## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom het operatief proces?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[4]</sup> 23 risico's<sup>[5]</sup> genoemd die betrekking hebben op het operatieve proces. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[6]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn: **(inzet van) medische technologie** in het operatieve proces, **de overdracht** en het **gebruik van antistolling**.

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) benoemt als een van de risico's: 'de toenemende complexiteit van anesthesiologische zorg, door toename van technologie en beeldvormende techniek'. Een risico dat de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysica (NVKF) in hun risicoprofiel benoemt sluit hierbij aan: 'verkeerd gebruik van medisch technologie, met name op OK en andere afdelingen waar medische ingrepen worden uitgevoerd'.

Door verschillende wetenschappelijke verenigingen wordt naast de (inzet van) medische technologie in het operatieve proces ook de overdracht als risico benoemd. Zowel de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVVR) als de NVKF benoemen als risico: 'onjuiste of onvoldoende patiënteninformatie door onvoldoende validatie van gekoppelde systemen'. Dit risico ontstaat volgens deze verenigingen door toegenomen complexiteit van koppelingen tussen medische technologie en ICT-systemen zoals het EPD.

De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA) geeft in het risicoprofiel aan dat het gebruik van antistollingsmiddelen een risico vormt voor patiënten wanneer de dosering en de stopdatum niet duidelijk (in het EPD) zijn vastgelegd.

## 3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?

Na de invoering van een gestandaardiseerd operatief proces daalde de vermijdbare sterfte in het operatief proces. Causaliteit is moeilijk te bewijzen in een complex proces, maar het risico is te groot om te negeren.

Vanwege de complexiteit van het operatieve proces dienen op veel verschillende onderdelen maatregelen genomen te worden om de risico's in de zorg te beperken. De onderdelen waar maatregelen genomen worden laten zich als volgt samenvatten:

*Structuur:*

- Eisen aan opleiding, vaardigheden en training specifiek voor de ingreep. Overigens zijn deze onduidelijk met name voor de randgebieden waar de eisen aan de specialisatie niet erg groot zijn, zoals de cosmetische chirurgie.
  - Voor hoogrisico ingrepen zijn minimumeisen gedefinieerd. De mate van specificatie is afhankelijk van de beroepsgroep. Deze zijn niet altijd voldoende specifiek voor handhaving.
- Eisen aan de infrastructuur, zoals luchtbehandeling en apparatuur (bijvoorbeeld sterke tafels voor bariatrische chirurgie).

---

[4] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[5] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

[6] Zie inleiding voor meer informatie

*Proces:*

- Een gestandaardiseerd proces is essentieel. Specifieke uitzonderingen moeten soms worden geaccepteerd wanneer door individuele verenigingen hiervoor specifieke richtlijnen zijn opgesteld. Maar gezien het belang van voorspelbaarheid zou dit zo veel mogelijk moeten worden ontmoedigd. Overigens is het noodzakelijk om het juiste detailniveau te kiezen. Een te grote mate van detail leidt snel tot irritatie, wat het draagvlak ondermijnt. Dat maakt de taak van een toezichthouder altijd moeilijker.
- Een gestandaardiseerd proces voor het invoeren van nieuwe technologie op de OK.
- Een goed proces voor het gebruik van antistolling. Met gebruik van nieuwe middelen voor antistolling is het aantal meldingen over antistolling toegenomen.

*Uitkomsten:*

- Het analyseren van het proces nadat de resultaten onvoldoende zijn, zoals heroperaties, of het niet tijdig constateren van complicaties (*failure to rescue*). Deze geven wel een procesverbetering, al is niet altijd duidelijk wat de oorzaak is. Extra aandacht voor een probleem blijkt ook waardevol. Dit is ook een reden om regelmatig van focus te veranderen.

*Kwaliteitsbewaking:*

- Het uitvoeren van (ziekenhuis)audits op de maatregelen.
- Visitaties gericht op de maatregelen

#### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Een belangrijke voorwaarde voor het kiezen van een goede indicator is een gedegen analyse van het (gestandaardiseerde) zorgproces of de behandelwijze. Voorbeelden van indicatoren die in het verleden zijn gebruikt, zijn o.a. indicatoren voor minimumvoorwaarden zoals volume, de aanwezigheid van een certificaat, time-out en een antibioticaprofylaxe.

## 1.1 Pijn na een operatie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.1.

### Indicatoren

- Het percentage patiënten van alle patiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmetingen wordt afgenomen na een operatie.
- Het percentage patiënten van alle 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 pijnstillende effect echter niet in de weg staan. Door te sterke medicatie (oversedatie) beleeft een patiënt op een verpleegafdeling weliswaar weinig of geen pijn, maar kan ook niet gemobiliseerd worden, met een grotere kans op trombose als gevolg. Het is dus voor zorgverleners van belang hierin een goed evenwicht te vinden. Dit is niet altijd eenvoudig, want patiënten beleven pijn verschillend. Daarom is het voor patiënt en hulpverlener lastig te beoordelen hoeveel pijn aanvaardbaar of normaal is en blijkt dat voor een inschatting van de pijn dit aan de patiënt gevraagd moet worden. Indien een aanspreekbare patiënt slechts door de hulpverlener wordt geobserveerd op pijngedrag, blijkt dat pijn vaak onderschat wordt door de hulpverlener. Het is echter noodzakelijk dat pijnstilling en de keuze van medicamenten dienen te passen bij de individuele (vraag van de) patiënt en de ingreep.

Het belang dat een ziekenhuis hecht aan adequate pijnstilling per patiënt en de registratie van de pijnmeting is voor de inspectie onder meer inzichtelijk middels de indicatoren. Het aantal patiënten dat is opgenomen in de steekproef voor de indicatoren maakt de mate van informatisering van verpleegafdelingen zichtbaar. De integratie met andere screenings, zoals ondervoeding, geeft de inspectie inzicht in de inrichting van de werkprocessen in het ziekenhuis en hoe ziekenhuizen deze informatie gebruiken. Tevens kan een goede registratie van pijnscores de noodzakelijke informatie geven over de patiëntengroepen die extra aandacht nodig hebben bij pijnbestrijding. In de afgelopen jaren is op de verkoeverkamer inmiddels gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding. Belangrijk is ook de gestructureerde aandacht hiervoor tijdens de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op de verpleegafdeling verblijft.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces: van de aanwezigheid van de infrastructuur tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoge pijnscore. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van een infrastructuur, vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van metingen bij patiënten (op verpleegafdelingen). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en verbetering. De vierde fase (hier is momenteel nog geen vraag over in de basisset) is het toepassen van de metingen voor adequate preventie van pijn.

Deze verdeling in fasen wordt ook toegepast bij de vragen die de inspectie belangrijk vindt bij een opvallende uitkomst.

## Resultaten

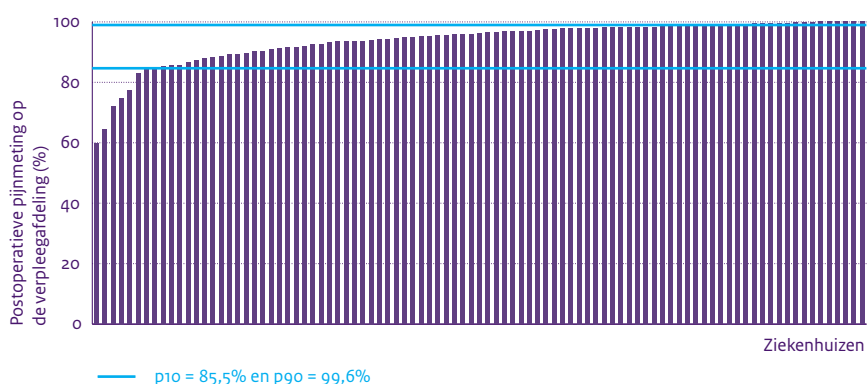
### *Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten*

Het gemiddelde percentage geregistreerde pijnmetingen steeg in 2015 ten opzichte van 2014 met 1,5 procentpunt: van 92,2% naar 93,7%. Acht ziekenhuizen gebruikten een steekproef voor het aanleveren van de gegevens over 2015. In 2014 waren dit nog tien ziekenhuizen. Het waren voor een deel andere ziekenhuizen dan in 2014, waarbij de problemen met de elektronische registratie als voornaamste reden wordt genoemd voor het aanleveren van een steekproef.

De ziekenhuizen met de laagste percentage pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling zijn: UMCG (Groningen) met 59,7%, Amphia Ziekenhuis (Breda) met 64,3%, Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) met 72%, Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen) met 74,8% en het Maastricht UMC+ met 77,4%<sup>[7]</sup>. Behalve Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) hebben alle ziekenhuizen data aangeleverd voor het berekenen van het percentage postoperatieve pijnmetingen op de verpleegafdelingen. Het ziekenhuis verklaarde, net als voorgaande jaren, dat in dit ziekenhuis enkel ingrepen in dagopnames plaatsvinden maar dat zij uiteraard wel pijnmetingen doen. Dit betekent echter niet dat postoperatieve pijnmetingen bij patiënten in dagopnames niet relevant zijn. Zie ook figuur 1.1.1.

Figuur 1.1.1

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

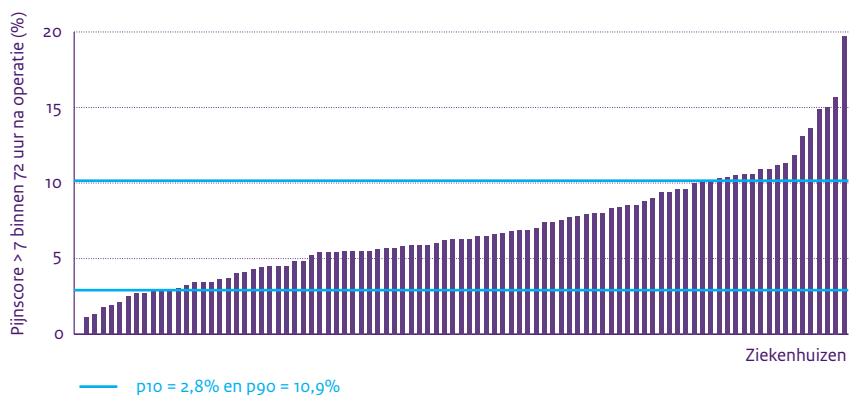


[7] Het UMCG zegt hierover dat zijn percentages zijn berekend op basis van het digitale registratiesysteem en niet op basis van dossieronderzoek, dat feitelijk een veel hogere registratiegraad laat zien. Daarom zal het UMCG in 2016 rapporteren op basis van dossieronderzoek.

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

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie is minimaal toegenomen, van 6,8% naar 6,9%. Zie hiervoor figuur 1.1.2. Het totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld binnen 72 uur na een operatie) is gedaald van 477.684 naar 400.069<sup>[8]</sup>. Het Rijnstate ziekenhuis (2014: 42.862 patiënten en 2015: 11.681 patiënten) en het Amphia ziekenhuis (2014: 44.572 patiënten en 2015: 8159 patiënten) hebben het grootste aandeel in de daling in het aantal patiënten. Opvallend is ook dat er elf ziekenhuizen zijn die een hoger aantal patiënten opgeven bij deze indicator dan de eerder genoemde indicator terwijl bij deze indicator alleen patiënten meegenomen mogen worden waarbij systematisch een pijnscore is gemeten. De ziekenhuizen met het hoogste percentage pijnscores boven de 7 waren Radboudumc (Nijmegen) met 19,7% en Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) met 15,7%. Radboudumc lichtte toe dat van alle postoperatieve patiënten 19,7% op enig moment na de operatie een pijnscore boven de 7 heeft. Het expertteam Pijn heeft nader onderzoek gedaan naar de patiënten met op enig moment na de operatie ernstige pijn; van alle patiënten in de noemer heeft 14,3% een pijnscore >7 op de verpleegafdeling en 6,8% een pijnscore >7 op de verkoever. Ziekenhuis Amstelland gaf geen toelichting.

Figuur 1.1.2  
Patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie (n=93)



[8] Waarschijnlijk is dit te verklaren doordat patiënten steeds korter in het ziekenhuis liggen en dus de voor de indicator vereiste 72 uur niet halen.

Tabel 1.1.1

**Kengetallen pijn na een operatie (n=93)**

Pijnmeting	Gemiddeld (%) (min-max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%
Verpleegafdeling % geregistreerde pijnmetingen	93,7 (59,7-100)	96	6
% patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	6,9 (0-19,7)	6,3	-

Tabel 1.1.2

**Kengetallen pijn na een operatie – Verschil algemene ziekenhuizen (n=85) en Universitair Medisch Centra (n=8)**

Pijnmeting	Gemiddeld (%) (min-max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%
Algemene ziekenhuizen: Verpleegafdeling % geregistreerde pijnmetingen	94,2 (64,3-100)	96,6	6
Universitair Medisch Centra: Verpleegafdeling % geregistreerde pijnmetingen	88,9 (59,7-98)	94,5	0
Algemene ziekenhuizen: % patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	6,9 (0-15,7)	6,4	-
Universitair Medisch Centra: % patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	11,9 (4,5-19,7)	11,4	-

## Aandachtspunten

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

De indicator Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie werd in 2015 voor het laatst uitgevraagd. De indicator heeft het doel bereikt wat inhoudt dat ziekenhuizen inzicht hebben gekregen in pijn en de behandeling daarvan. Door het vervallen van deze indicator komt er ruimte in de basisset voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren of voor de doorontwikkeling van de huidige indicator.

### ***Vijftien jaar pijnscore, hoe lang nog een indicator?***

Opname van een indicator in de basisset heeft tot doel om de in de indicator genoemde ontwikkeling te stimuleren. Als een indicator zijn doel heeft behaald, wordt deze uit de basisset verwijderd. Toen deze indicator in 2003 in de eerste basisset werd opgenomen was het doel duidelijk. Patiënten hadden onacceptabel veel pijn, zonder dat dit werd opgemerkt. Een zorgverlener ziet niet op afstand of een patiënt pijn heeft. Alleen ernaar vragen helpt. Er zijn gelukkig ook patiënten zijn die geen pijn hebben, of waarbij de routine pijnbestrijding ruim voldoende is. Die patiënten kunnen dan ook melden dat zij een lage pijnscore hebben en wellicht vermindering van pijnmedicatie nodig hebben. Dat is geen 'administratieve lastendruk', maar zorg. Het is zichtbaar (en mogelijk zelfs begrijpelijk), dat leidinggevenden niet altijd tijd hebben om uit te leggen waarom een pijnmeting noodzakelijk is. Het is één van de functies van een toezichthouder om als laatste redmiddel te dienen. In het uiterste geval 'moet het van de inspectie'. Het is echter wel zorgelijk als door zorgverleners gedefinieerde zorghandelingen moeten worden gemotiveerd door inspectiedruk. De indicator is tot minimaal 2017 opgenomen in de basisset. Deze indicator is daarmee de oudste indicator van de inspectie. Het wordt tijd dat de ziekenhuizen en zorgprofessionals ervoor zorg dragen dat deze indicator niet langer onderscheidend is.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

### ***Het ziekenhuis is in fase 1: beschikbaar hebben van een infrastructuur***

*Het ziekenhuis verzamelt de gegevens van de verpleegafdeling door middel van een steekproef*

- Heeft het ziekenhuis een vastgesteld pijnbeleid voor patiënten die een operatie ondergingen?
- Zijn er waarborgen voor het meten van pijnscores bij alle afdelingen waar patiënten die een operatie ondergingen kunnen liggen?
- Hoe ver is het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) voor ondersteuning van verpleegkundige zorg ontwikkeld in het ziekenhuis?
- Hoe is de steekproef verdeeld over de afdelingen?
- Hoe evalueert en verbetert het ziekenhuis het pijnbeleid?

### **Het ziekenhuis is in fase 2: uitvoering meting**

*Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2015: bij minder dan 85,5% 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 gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe is de verdeling van de percentages over de afdelingen?
- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van metingen ten behoeve van de patiëntbewaking op de afdeling (pols, tensie, bloedcontrole, saturatiemeter, ademfrequentie, neurologische functies bij epidurale pijnbestrijding)?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde relevante metingen en processen op de verpleegafdeling (delirium, dubbelcheck bij medicatie) uitgevoerd?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid en tot welke verbeteracties heeft dat geleid?

*Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief hoog (voor 2015: bij meer dan 99,6% van de patiënten is de pijn gemeten)*

- Legt 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 en hoe vaak?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij de eerste pijnscores laag waren?

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

*Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is relatief laag (voor 2015: minder dan 2,8%)*

- 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?
- Op welke wijze vindt terugkoppeling plaats?



*Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 (op een schaal van 0 tot 10) is relatief hoog (voor 2015: meer dan 10,9% van de patiënten hebben een pijnscore boven de 7)*

- 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?
- Worden de pijnscores en het pijnbeleid met pijnteam en verpleegafdelingen gezamenlijk besproken?
- Hoe vaak wordt het pijnbeleid geëvalueerd?
- Hoe gaat de afdeling om met patiënten waarbij de eerste pijnscores laag waren?
- Hoe wordt het medicatiebeleid vastgelegd?
- Hoe is het beleid ter preventie van een delirium?
- 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?

## 1.2 Heupfractuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.2.

### Indicatoren

- Heroperaties bij een heupfractuur.
- Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur.
- Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog.

### Wat zijn de risico's?

De inspectie besteedt in de basisset aandacht aan heroperaties bij heupfracturen, omdat deze ingreep vaak kwetsbare, oudere patiënten betreft. Dit type patiënten heeft vaak meerdere (medische) problemen tegelijk. De behandeling van ouderen is complex en revalidatie naderhand verloopt vaker moeizaam. Oudere patiënten met een heupfractuur worden door zorgverleners dan ook aangewezen als dé groep patiënten die het meest schade ondervindt wanneer het zorgproces niet goed verloopt<sup>[9]</sup>. De indicator heroperaties geeft de inspectie een beeld van de kwaliteit van de zorg vanuit een medisch inhoudelijk perspectief. Daarnaast geeft deze indicator inzicht in de keuzes die gemaakt worden door medisch specialisten als zij problemen ervaren met een bepaalde operatie.

Het behandelen van een heupfractuur vereist samenwerking tussen verschillende afdelingen en specialismen, 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 aandacht nodig voor de eventuele comorbiditeit van de patiënt.

De indicator vraagt naar het percentage patiënten dat behandeld wordt voor een heupfractuur waarbij een geriatrisch team wordt ingezet. Het is aangetoond dat het op structurele wijze betrekken van een geriatrisch team als medebehandelaar bij patiënten met een heupfractuur een sterk verbeterde prognose oplevert<sup>[10]</sup>. Voor de inspectie geeft deze indicator een goed inzicht in hoe aan de samenwerking en coördinatie rondom de behandeling van heupfracturen in een ziekenhuis vorm wordt gegeven. In tegenstelling tot de indicator heroperaties, die zich richt op de medisch inhoudelijke aspecten, geeft deze indicator een beeld van de (samenwerkings-)cultuur binnen een ziekenhuis. De indicator Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog is nieuw opgenomen in de basisset 2015. Dit is een indicator die ingaat op de bekwaamheid van de chirurgen die heupfracturen behandelen om zo inzicht te krijgen in de mate van registratie bij werkzaamheden in het deelgebied traumatologie.

---

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

---

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

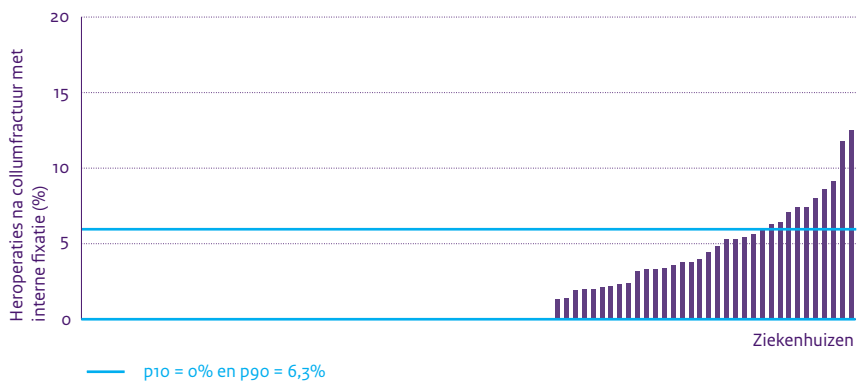
## Resultaten

### *Heroperaties bij een heupfractuur*

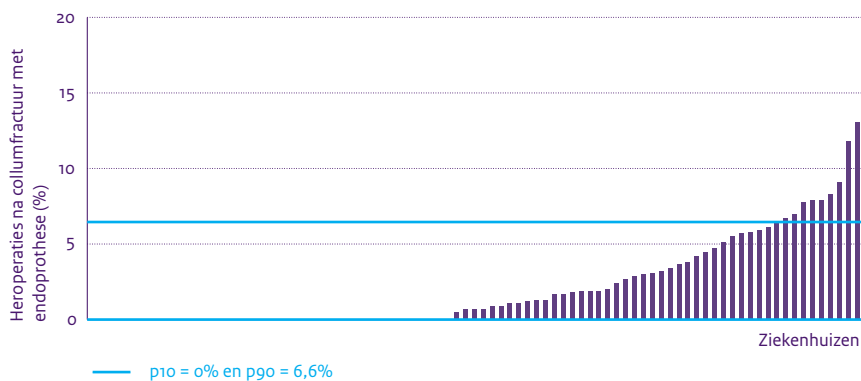
Het gemiddelde percentage heroperaties na een interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) was 1,9% in 2015. Dit is 0,2% hoger dan in 2014. 53 ziekenhuizen gaven aan geen heroperaties na deze ingreep te hebben gedaan. De twee uitschieters zijn het Catharina ziekenhuis (Eindhoven) met 11,8% (twee ingrepen) en het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) met 12,5% (twee ingrepen). Het percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese is 2,2%. Het percentage is 0,5% gestegen ten opzichte van 2014. De twee uitschieters zijn het Erasmus MC (Rotterdam) met 11,8% (twee ingrepen) en het BovenIJ Ziekenhuis (Amsterdam) met 12,5% (8 heroperaties op 61 ingrepen). Het percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur is in een jaar gedaald van 1,6% naar 1,3%. Zie ook de figuren 1.2.1, 2.2.2, 1.2.3. en tabel 1.2.1.

Figuur 1.2.1

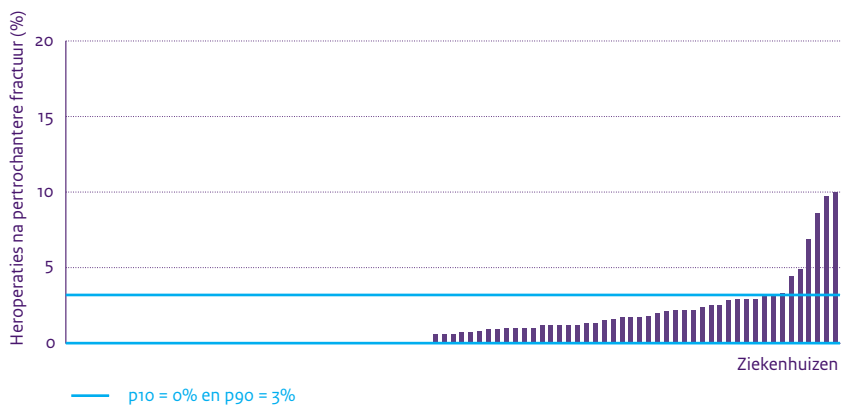
Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) (n=87)



**Figuur 1.2.2**  
**Percentage heroperaties na behandeling van collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) met een endoprothese (n=85)**



**Figuur 1.2.3**  
**Percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur (n=86)**



Tabel 1.2.1  
**Percentage heroperaties 2015**

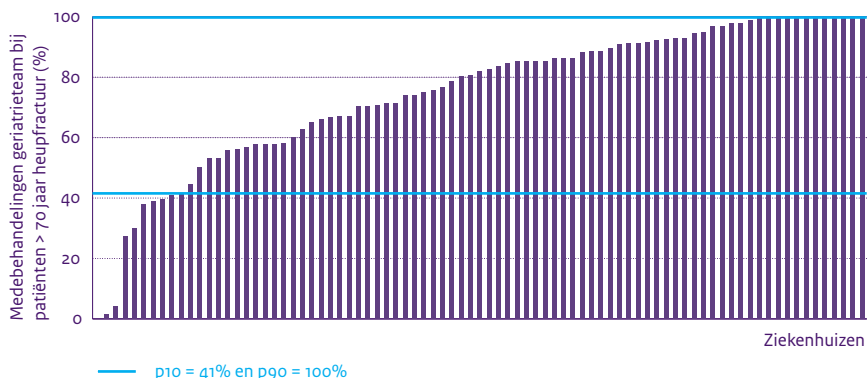
Percentage heroperaties	Aantal ziekenhuizen (n)	Gemiddelde (%) (min-max)	Mediaan (%)	Aantal met 0%
Na interne fixatie van een collum femoris fractuur	87	1,9 (0-12,5)	0	53
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een collum femoris fractuur over laatste 3 jaar	88	2,1 (0-10,5)	1,4	29
Na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese	85	2,2 (0-13,1)	0,7	39
Gemiddelde percentage na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese over 3 jaar	88	2,1 (0-8,7)	1,5	19
Na interne fixatie van een petrochantere fractuur	86	1,3 (0-10)	0,7	40
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een petrochantere fractuur over 3 jaar	87	1,5 (0-12)	1,3	16

### ***Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur***

In Nederland worden in 87 ziekenhuizen patiënten met heupfracturen behandeld. In vier ziekenhuizen is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd niet bekend. Dit betrof de volgende ziekenhuizen: Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen), IJsselmeerziekenhuizen (Lelystad en Emmeloord), Ikazia ziekenhuis (Rotterdam), Zaans Medisch Centrum (Zaandam) en St. Anna Ziekenhuis (Geldrop). Deze ziekenhuizen gaven als toelichting dat de registratie met betrekking tot medebehandeling geriatrieteam in ontwikkeling is of dat een geriatrieteam in oprichting is. Bij 74,5% van de opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur was het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling gevraagd. De spreiding is groot: 0% tot 100%. Bij twaalf ziekenhuizen kwam bij alle opgenomen patiënten het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling. In het OLVG, locatie West (Amsterdam) werd bij geen enkele opgenomen patiënt het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling gevraagd. Het OLVG, locatie West lichtte toe dat de geriatrie zorg 'verder is geoptimaliseerd' en de verwachting is dat de gegevens over 2016 beschikbaar zullen zijn. Zie figuur 1.2.4.

Figuur 1.2.4

Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd (n=83)



Bij 79 van 87 (90,1%) ziekenhuizen wordt door orthopedisch chirurgen traumatologie bedreven. 96,8 % van de orthopedisch chirurgen werkzaam in het deelgebied traumatologie waren per één januari ingeschreven in het Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) register Orthopedisch chirurg, gecertificeerd in traumatologie (tabel 1.2.2). De meeste ziekenhuizen (het optimum) hebben vier orthopedisch chirurgen die traumatologie bedreven. Er zijn acht ziekenhuizen waar niet alle orthopedisch chirurgen zijn ingeschreven in het NOV register. Waarbij ziekenhuizen van de Treant zorggroep (locatie Schepers, locatie Bethesda en locatie Refaja) voor de drie locaties dezelfde resultaten heeft aangeleverd en de toelichting heeft gegeven dat de orthopedisch chirurgen voor traumatologie Treant breed worden ingezet. Hiervoor is niet gecorrigeerd in de resultaten. Zorgzaam ziekenhuis (Terneuzen) geeft aan dat er nog twee certificaten in aanvraag zijn.

Tabel 1.2.2

Registratie van orthopedisch chirurgen in deelgebied traumatologie in NOV register

Certificering	Gemiddeld (%) (min-max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%
% orthopedisch chirurgen werkzaam in het deelgebied traumatologie waren per 1 januari ingeschreven in het NOV register Orthopedisch chirurg, gecertificeerd in traumatologie	96,8 (45,5-100)	100	71

## **Aandachtspunten**

### ***Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog, een kleine indicator voor een groot idee***

Op het eerste gezicht is de indicator voor traumatologie bij de orthopedie niet erg spannend. Vrijwel alle instellingen voldoen. Vragen hebben hooguit betrekking op de organisatie van zorg: hoe onderhouden vier specialisten in een acute specialisatie op drie verschillende locaties een spoedeisende functie. De Treant Zorggroep zal ongetwijfeld een antwoord hebben op deze vragen. Als de indicator zo snel niet meer onderscheidend is, zal hij vrij snel uit de basisset verdwijnen. Toch is de onderliggende gedachte en de richting van het beleid wel spannend. Hoe wordt de orthopedie in de toekomst ingericht? De vereniging heeft ervoor gekozen om geen volumennormen in te voeren. Taakverdeling en concentratie moet op een andere wijze bereikt worden binnen de orthopedie.

Bij de orthopedische traumatologie geldt ook dat de gecertificeerde orthopeden kwalitatief minimaal op hetzelfde niveau moeten blijven als de chirurgische traumatologen. Zij hebben daarbij de handicap dat de orthopeden als groep minder traumatologische ingrepen doen in een ziekenhuis. In het verleden waren er ook kwaliteitsverschillen zichtbaar, die te vaak in het nadeel van de orthopedie uitvielen.

### ***Geriatric traumatology als ontwikkeling***

Traumatologie bij kwetsbare ouderen is in toenemende mate een apart profiel. Een goed zicht op de vele factoren en het behouden van de balans tussen alle factoren is complex als de reserves van een patiënt klein zijn. In die zin lijkt het meer op medisch koorddansen dan op het doorlopen van een zorgproces. De indicator over medebehandeling van een geriatrisch team laat zien hoe ver ziekenhuizen zijn met deze ontwikkeling. Er is een richtlijn op komst die deze ontwikkeling verder stimuleert. De richtlijn gaat nog niet zo ver dat een geriatrisch team een minimumvoorwaarde is voor de opvang van een kwetsbare oudere met een gebroken heup. Ziekenhuizen die nu nog geen team hiervoor hebben of dit slechts beperkt gebruiken, zullen snel moeten kiezen of ze met deze zorg verder kunnen gaan. Op dit moment is het op gestructureerde wijze betrekken van de geriatrische medebehandelaar niet meer dan een sterke voorkeur.

### ***Cirkelverwijzingen zijn niet geruuststellend***

Het Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) stelde in de toelichting dat: *'Behandeling van een collum femoris fractuur met endoprothese wordt in het Maasziekenhuis uitgevoerd door de orthopeden van de Sint Maartenskliniek.'* De Maartenskliniek (Nijmegen) stelde in de toelichting dat: *'heupfracturen worden behandeld door chirurgen van het Maasziekenhuis Pantein. Voor deze indicator wordt voor verslagjaar 2015 daarom verwezen naar de beantwoording door Maasziekenhuis Pantein.'* De inspectie gebruikt de basisset ook om inzicht te krijgen in samenwerkingsrelaties. Het is hier in ieder geval duidelijk dat de instellingen niet met elkaar praten over hun toelichtingen.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*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 2015: meer dan 6,3%, na een endoprothese van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2015: meer dan 6,6%, na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) voor 2015 meer dan 3%)*

- Wat was in 2015 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 op de percentages 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 (orthopeed, 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 een heupfractuur (delirium, ondervoeding)?
- 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?
    - Op welke wijze wordt de zorg voor de patiënt met een heupfractuur gecoördineerd?

*Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd is relatief hoog (voor 2015: gelijk aan 100%)*

- Indien er geen geriatrie beschikbaar is in het ziekenhuis, maar wel 100% medebehandelingen door het team worden gescoord, hoe is de inhoudelijke kwaliteit hiervan gewaarborgd?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met spoedeisende situaties op het moment dat de geriatrie wordt ingevoegd?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis dat er voldoende formatie is om dit soort nieuwe taken in te voeren?
- Is er een prospectieve risicoanalyse gedaan bij de geriatrie voor deze nieuwe taakomschrijving?
  - Zo ja:
    - Hoe ziet deze eruit en welke risico's zijn meegenomen?



- Zo nee:
  - Hoe waarborgt het ziekenhuis dat zo'n beleidsverandering uitgevoerd wordt zonder dat er op ander gebied problemen met de geriatrie ontstaan?
  - Welke betrokkenheid is er van de geriatrie bij de patiënten die conservatief worden behandeld?

*Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief laag of gemiddeld over 3 jaar relatief laag (voor 2015 en over 3 jaar bij alle typen ingrepen: 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)?
- Hoe scoort het ziekenhuis op de indicator medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur?

*Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd is relatief laag (voor 2015: minder dan 41%)*

- Op welke manier wordt de algemene toestand van de patiënt meegenomen bij het bepalen van het operatieve beleid bij heupfractuur. En op welke wijze worden de andere problemen van patiënten voldoende in kaart gebracht?
- Wat voor verbeteracties onderneemt het ziekenhuis om in de nabije toekomst een hoger percentage te realiseren?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding)?
- Hoe scoort het ziekenhuis op de indicator heroperaties en de indicatoren rondom de geriatrie en coloncarcinoom (hoofdstuk kwetsbare ouderen)?

## 1.3 Stopmoment IV: Time-out

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.3.

### Indicator

- Time-out.

### Wat zijn de risico's?

Sinds 2006 houdt de inspectie toezicht op het operatieve proces: Toezicht Operatief Proces (TOP). Mede door het toezicht zijn de voorwaarden voor verantwoorde zorg in het operatieve proces verbeterd. In de richtlijnen voor het operatieve proces<sup>[11],[12]</sup> staan vijf cruciale stopmomenten beschreven. Tijdens deze stopmomenten moet alle informatie aanwezig en kloppend zijn, voordat de patiënt de volgende stap van het operatieve proces in kan. De indicator Time-out geeft informatie over het vierde stopmoment. Het vierde stopmoment wordt uitgevoerd op het moment dat de patiënt de operatiekamer binnenkomt, juist voor de start van de operatie. Een laag percentage patiënten waarbij dit stopmoment is uitgevoerd kan wijzen op te weinig samenwerking tussen het chirurgische en anesthesiologische team en het ontbreken van standaardisatie in handelen en overdracht. Het ontbreken van standaardisatie kan leiden tot een verhoogd risico op sterfte en complicaties bij operaties<sup>[13],[14]</sup>. Daarnaast kan het niet volgen van de richtlijnen ook duiden op onvoldoende hygiënisch gedrag en onvoldoende maatregelen voor infectiepreventie. Deze indicator is vanuit de inspectie een klassiek voorbeeld van risico-gestuurd toezicht.

### Resultaten

Sinds 2012 is de spreiding tussen de ziekenhuizen elk jaar afgenomen. In 2015 nam de spreiding af naar 89,3%-100% (2012; 62,1%-100%, 2013; 78,4%-100%, 2014; 84,4%-100%) (figuur 1.3.1 en tabel 1.3.1). Het aantal ziekenhuizen dat in 2015 bij 100% van de electieve patiënten stopmoment IV heeft uitgevoerd en heeft vastgelegd is vrijwel constant gebleven met 28 ziekenhuizen (2014; 25 en 2013; 30).

---

[11] NVA, NVvH, CBO, Richtlijn NVA, NVvH, CBO. Het Preoperatieve Traject. CBO: Utrecht; december 2009.

[12] NVA, NVvH. Richtlijn Het Peroperatieve Traject. NVA, NVvH: Utrecht; 2011.

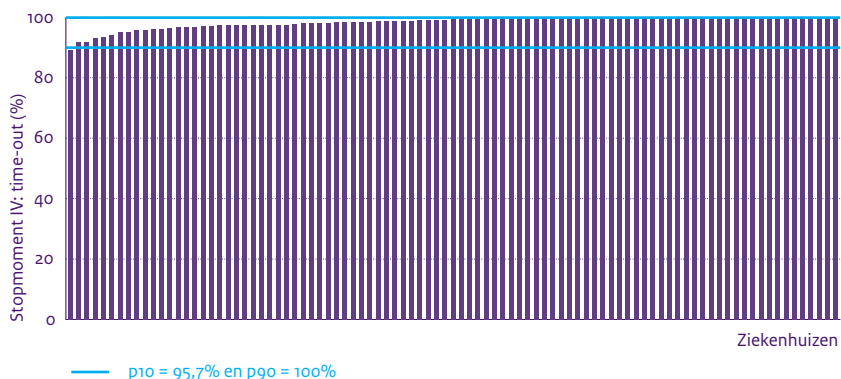
---

[13] NVA, NVvH. Richtlijn Het Peroperatieve Traject. NVA, NVvH: Utrecht; 2011.

[14] De Vries E.N., Prins H.A., Crolla R.M.P.H., et al, and the SURPASS Collaborative Group. The effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Eng J Med* 2010b;363:1928-1937.

Figuur 1.3.1

Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=93)



Tabel 1.3.1

Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=93)

	Gemiddelde (%) (min. – max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd	98,4 (89,3 – 100)	98,9	28

### Aandachtspunten

Een time-out is een voorbeeld van een instrument voor risicobeheersing. Het uitvoeren van een operatie is nooit zonder risico's. Door een hele serie maatregelen, variërend van het invoeren van een coördinerende specialist, die een patiënt veilig door het proces kan leiden, tot aan het steeds meer voorspelbaar maken van het proces, werd het risico steeds verder teruggebracht. Stopmomenten zijn essentiële veiligheidsvoorzieningen in een proces. Zij zorgen ervoor dat eerdere fouten het proces niet verder kunnen verstoren. Als zij goed worden toegepast gaat het proces pas verder als aan alle voorwaarden voor een veilige uitvoering van operatie is voldaan.

In die zin is de uitvoering van een time-out ook een prima indicator voor het veiligheidsbewustzijn van een instelling. Een voorbeeld daarvan is de regelmatig aan de inspectie gestelde vraag waarom zij een time-out verplicht stelt. Het antwoord daarop is dat de inspectie alleen door de eigen beroepsgroep afgesproken normen handhaaft, maar de vraag laat ook zien dat het nog steeds onvoldoende duidelijk is waarom de stopmomenten zijn ingevoerd. In die zin moet een inspectie het geweten van de zorg zijn. Het handhaven van de eigen normen en waarden, met als doel het veiliger maken van de zorg. Dat kan wel eens ongemakkelijk zijn, maar ook dat past bij die rol.

Betekent dat nu dat alles dat een keer gemist is in een time-out moet worden opgenomen en dat elke toets moet worden gedocumenteerd? Het risico van een veiligheidsvoorziening is het 'voor de zekerheid' opnemen van elke denkbare voorwaarde. Recent werd de time-out nog genoemd als een voorbeeld van administratieve lastendruk in een bijeenkomst over dat thema bij het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Ook hier is het een kunst om het proces voldoende slank te houden. Alleen de echte risico's moeten gestopt worden in een stop-moment. Dat vraagt om een zorgvuldige evaluatie van- en regie over het proces. Risico's veranderen naar verloop van tijd. De stopmomenten moeten gericht blijven op de actuele risico's, en niet op 'het standaard lijstje'. Ook in die zin is verwaarlozing van onderhoud riskant.

Een onderdeel van een veiligheidscultuur is het aanspreken van elkaar wanneer iemand onverantwoorde risico's neemt met patiënten. Een observatie van een time-out kan een inspecteur veel informatie geven over de cultuur in een instelling. Om een parallel te trekken met de opleiding van medisch specialisten is het uitvoeren van een time-out voorafgaande aan de operatie een zogenaamde kritische beroepssituatie. Op het moment dat een team niet competent is om de time-out uit te voeren leidt dit tot kritische situaties. Zijn het juist de ervaren operators die pas na de time-out aankomen? Kan iedereen, iedereen aanspreken, of is dat status afhankelijk? Is iemand blij met feedback, of ontstaat er direct een gespannen sfeer? Dergelijke waarnemingen zijn een signaal om aandacht te besteden aan andere onderdelen van de veiligheidscultuur binnen een instelling. In die zin zijn de uitkomsten van deze indicator geen directe conclusies over de totale veiligheids-cultuur op een OK, maar wel een aanleiding voor verder onderzoek.

#### ***Indicator Time-out verval***

De indicator Time-out is in 2015 voor het laatst uitgevraagd. De indicator scoort goed (gemiddeld 98%). De winst te behalen bij deze indicator is nog minimaal. Door deze indicator te laten vervallen komt er ruimte in de basisset voor indicatoren die meer risicoreductie kunnen bereiken. Het bij-effect wat bij deze indicator waargenomen wordt is dat men pro-forma de time-out invult. Het is belangrijk dat hier aandacht voor blijft.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV is relatief laag (voor 2015: minder dan 95,7%)*

- Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2014 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 een 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 stopmomenten IV is relatief hoog (voor 2015: gelijk aan 100%)*

- Registreert het ziekenhuis de time-out procedure in het EPD?
- Wie is er verantwoordelijk voor het registreren van dit stopmoment?
- Hoe vaak is er daadwerkelijk gestopt naar aanleiding van een stopmoment?
- Wordt het juist uitvoeren van de andere stopmomenten binnen het operatief proces ook gecontroleerd?
- Zijn er het afgelopen jaar incidenten of calamiteiten bekend waarbij de time-out een rol speelde?
- Worden er audits uitgevoerd op het juist uitvoeren van de stopmomenten? Hoe vaak in het afgelopen jaar?

## 1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.4.

### Indicator

- Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe.

### Wat zijn de risico's?

Het tijdens de operatie toedienen van antibiotica draagt bij aan het verhinderen van post-operatieve wondinfecties (POWI's). Een POWI kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Bij alle operaties waarbij het preventief gebruik van antibiotica noodzakelijk is, dienen patiënten het juiste middel op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de snede wordt gemaakt (incisie) of het moment waarop de bloedtoevoer naar een lichaamsdeel wordt gestopt (bloedleegte). De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte). Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te borgen<sup>[15,16,17]</sup>. Indien de antibiotica te vroeg of te laat wordt gegeven dan geeft dit een hoger risico op het ontstaan van een POWI<sup>[18,19,20]</sup>. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de naleving van richtlijnen/normen en de mate en snelheid waarin een ziekenhuis een indicator implementeert. Tevens geeft de indicator inzicht in de kwaliteit van infectiepreventie.

### Resultaten

Van de 91 ziekenhuizen die gegevens aanleverden, baseerden in 2015 tien ziekenhuizen de cijfers op een steekproef, dit is een ziekenhuis minder dan in 2014. Het gemiddelde percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend is gestegen van 94,7% in 2014 naar 98% in 2015. Ook de spreiding tussen ziekenhuizen is sterk afgenomen van 21,7%-100% in 2014 naar 87,5% - 100% in 2015 (figuur 1.4.1). Een uitschieter wat betreft het toedienen van antibioticaprofylaxe is het LUMC (Leiden), waar bij slechts 87,5% indicatoroperaties antibioticaprofylaxe is toegediend.

Bij gemiddeld 93,5% van de ingrepen waarbij antibioticaprofylaxe werd toegediend, werd deze tijdig toegediend (figuur 1.4.2. en tabel 1.4.1). Dit is een stijging van 0,7% ten opzichte van 2014. Een opvallende uitslag is Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) met een percentage van 56,1. Zij gaven geen toelichting.

---

[15] DiPiro, J.T., Vallner, J.J., Bowden, T.A., et al. Intraoperative serum concentrations of cefazolin and cefoxitin administered preoperatively at different times. *Clinical Pharmacy* 1984; 3: 64-7.

[16] Burke, J.F. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery* 1961; 50: 161-8.

[17] Stone, H.H., Hooper, C.A., Kolb, L.D., et al. Antibiotic prophylaxis in gastric, biliary and colonic surgery. *Annals of Surgery* 1976; 184: 443-52.

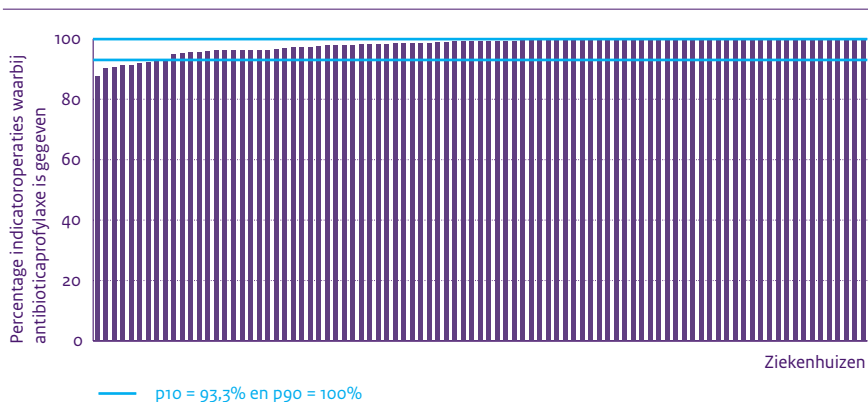
---

[18] Galandiuk, S., Polk, H.C., Jagelman, D.G., et al. Re-emphasis of priorities in surgical antibiotic prophylaxis. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1989;169: 219-22.

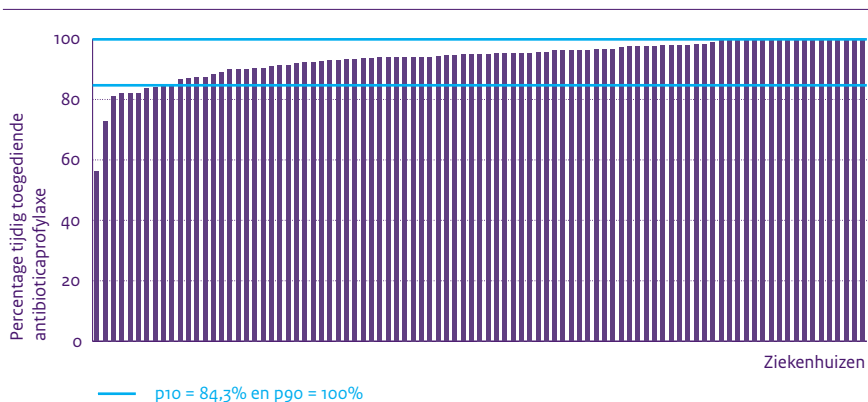
[19] Classen, D.C., Evans, R.S., Pestotnik, S.L., et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *New England Journal of Medicine* 1992;326: 281-6.

[20] Lizan-García M, García-Caballero J, Asensio-Vegas A. Risk factors for surgical-wound infection in general surgery: a prospective study. *Infect control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 310-15.

Figuur 1.4.1  
**Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven (n = 91)**



Figuur 1.4.2  
**Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe (n=91)**



Tabel 1.4.1  
**Kengetallen tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe (n=91)**

Indicator	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven	98 (87,5 – 100)	99,1	32
Tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	93,5 (56,1 – 100)	94,9	13

## Aandachtspunten

### *Antibioticaprofylaxe als risicobeheersing*

Een van de risico's in het operatieve proces zijn postoperatieve wondinfecties. Bij het uitvoeren van een operatie is er altijd kans op een infectie. Het risico op een infectie wordt allereerst bepaald door de aard van de ingreep. Hoe goed voorbereid ook, een darmoperatie heeft, vanwege de aanwezigheid van bacteriën in de darmen, een grotere risico op het optreden van een infectie. In het door het Amerikaanse NNIS<sup>[21]</sup> opgestelde risicoclassificatiemodel wordt dat weergegeven als de wondclassificatie. De wondklasse is hoger naarmate infecties van de wond vaker optreden. De interactie tussen risico's wordt daarin ook aangegeven. De tweede factor is de ASA score, die gebruikt wordt voor het inschatten van het anesthesierisico. Een hogere zorgzwaarte van de patiënt tijdens een ingreep is ook een groter risico op infecties. De derde factor is een relatief lange operatietijd. Een ingreep geeft een hoger risico op infecties als de ingreep langer duurt dan een aantal uren, afhankelijk van de ingreep. De laatste risicofactor laat ook het risico van de risicocorrectie zien. Een langdurige ingreep kan veroorzaakt worden door een complexe situatie, maar ook door een onervaren operateur. Deze factor geeft dus zowel het risico weer bij een operateur die de meest complexe ingrepen doet en het risico bij een beginnende of onhandig operateur die meer tijd nodig heeft voor een ingreep. Dat laat zien dat ook risicocorrigeerde gegevens gezond verstand nodig hebben voor hun interpretatie.

Antibioticaprofylaxe is in dit model een omgekeerd werkende risicofactor, het verlaagt het uitgangsrisko op infecties. In die zin moet het onderscheiden worden van de vroege therapie, waarbij bij de eerste tekenen van infectie direct wordt ingegrepen, in de hoop ernstiger infectie te voorkomen. Antibioticaprofylaxe is dan ook gekoppeld aan het risico op infectie van het soort ingreep en de hoeveelheid pathogenen in het gebied. Uitgaande van de koppeling in de risicoscore aan een ASA score betekent dat ook dat bepaalde kwetsbare patiënten groepen eerder profylaxe moeten ontvangen.

Betekent dit nu ook dat een operateur die langer over een ingreep doet eerder profylaxe moet geven, of is een strategie die complexe ingrepen concentreert bij operateurs met meer ervaring beter?

Het gaat hier niet om de inspectie richtlijnen te geven voor het besluiten om profylaxe te geven, maar om het mechanisme te illustreren hoe risicofactoren bijdragen aan de keuze voor of tegen profylaxe. Daarbij speelt nog het uitgangsrisko als belangrijke factor een rol. Als het uitgangs(infectie) risico gering is, is het niet verstandig om profylaxe te geven. Ook een profylaxe heeft risico's. In dit geval is dat het risico op het ontstaan van resistentie.

---

[21] Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, et al. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. National Nosocomial Infections Surveillance System. Am J Med. 1991 Sep 16;91(3B):152S-157S.



De verschillende factoren en hun balans zijn uitgewerkt in de richtlijn van de SWAB voor antibioticaprofylaxe.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief laag (voor 2015: minder dan 93,3%)*

- Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2015 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.
  - Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
  - Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2015 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er een audit beschikbaar?
- Zijn er groepen operaties waarbij een afwijkend beleid wordt gevoerd?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject?
- Neemt het ziekenhuis deel aan module POWI van PREZIES? Wat zijn de resultaten hiervan?
- Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage postoperatieve wondinfecties?

*Het percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief hoog (voor 2015: gelijk aan 100%)*

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Heeft het ziekenhuis een audit uitgevoerd naar de kwaliteit van het profylaxe proces?
- Wie is er verantwoordelijk voor het proces?

*Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief laag (voor 2015: minder dan 84,3%)*

- Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2015 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.
  - Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
  - Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2015 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
  - Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen?
- Neemt het ziekenhuis deel aan module postoperatieve wondinfectie (POWI) van PREZIES? Wat zijn de resultaten hiervan?
- Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage POWI's?
- Is er onderzoek/ een audit gedaan naar de afwijkende uitkomsten?

*Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief hoog (voor 2015: gelijk aan 100%)*

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Heeft het ziekenhuis een audit gedaan naar de kwaliteit van het proces?
  - Welke waarborgen zijn er voor het goed uitvoeren van de profylaxe?
  - Heeft het ziekenhuis onderzoek/ een audit gedaan naar de kwaliteit van het invullen?
  - Registreert het ziekenhuis het tijdstip waarop de antibioticaprofylaxe is toegediend in het EPD?
  - Wie is er verantwoordelijk voor het invullen?

## 1.5 **Bariatrische chirurgie**

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.5.

### **Indicatoren**

- Volume bariatrische ingrepen.
- Percentage postoperatieve controles.

### **Wat zijn de risico's?**

#### ***Volume bariatrische ingrepen***

De chirurgische behandeling van morbide obesitas heeft als doel het bewerkstelligen van een significant gewichtsverlies. De behandeling heeft een duidelijk risico op operatieve complicaties (korte termijn) en lange termijn complicaties. De ingrepen worden tegenwoordig steeds vaker gedaan met behulp van laparoscopische techniek. Via een klein sneetje of enkele kleine sneetjes worden instrumenten in de buikholte ingebracht en met begeleiding van videobeelden wordt de ingreep uitgevoerd. Dit resulteert in een sneller postoperatief herstel (o.a. door kleine operatiewond) met vergelijkbare resultaten, maar de leercurve is vanwege de hoge technische moeilijkheidsgraad langer. In de richtlijn Morbide Obesitas<sup>[22]</sup> uit 2011 staat dat per instituut jaarlijks gemiddeld (gemeten over een aaneensluitende periode van drie jaar) tenminste 100 bariatrische procedures plaats moeten vinden. Ook mogen complexe bariatrische ingrepen zoals de laparoscopische gastric bypass procedure, duodenal switch en sleeve resecties pas worden uitgevoerd nadat voldoende ervaring is opgedaan met eenvoudige procedures (minimaal 100 laparoscopisch verstelbare maagbanden (LAGB)) en de professionals voldoende getraind zijn. Maagballonnen worden in de richtlijn Morbide Obesitas niet genoemd en vallen niet onder de voorwaarden van tenminste 100 bariatrische procedures. Deze ingreep zou inmiddels niet vaak meer worden uitgevoerd. De indicator Volume bariatrische ingrepen geeft de inspectie inzicht in de naleving van de richtlijn Morbide Obesitas en de mate en snelheid waarin een ziekenhuis aan de normen zoals beschreven in de richtlijn voldoet.

#### ***Percentage postoperatieve controles***

Naast ervaring met de operatietechnieken is het van groot belang dat een geopereerde patiënt ook na de bariatrische ingreep onder controle van het ziekenhuis blijft. Een *follow-up* vindt gewoonlijk plaats zes weken en drie, zes, twaalf en 24 maanden na een bariatrische ingreep. Hierbij wordt gecontroleerd op micronutriënten en vitamines en na een bypass tevens op eiwit, albumine en parathormoon (PTH). Ziekenhuizen waar geen *follow-up* plaatsvindt hebben geen zicht op de resultaten van bariatrische ingrepen en eventuele complicaties daarbij. Dit kan grote risico's opleveren voor de patiënt. Daarnaast geeft deze

---

[22] NVvH. Richtlijn Morbide Obesitas. NVvH: Utrecht, 2011.

indicator een beeld in hoeverre ziekenhuizen en particuliere klinieken samenwerken en in hoeverre deze zorg gecoördineerd verloopt.

## Resultaten

### **Volume bariatrische ingrepen**

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (420 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.*

Sinds 2013 worden de indicatoren rondom bariatrische chirurgie uitgevraagd. 75 ziekenhuizen gaven aan geen bariatrische chirurgie te verrichten. In 2015 gaven negentien ziekenhuizen aan bariatrische chirurgie uit te voeren. Bariatrische chirurgie bij kinderen is in het Bravis Ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal) één keer voorgekomen. Gemiddeld verrichtten de ziekenhuizen 553 bariatrische ingrepen variërend van 78 tot 1.132 ingrepen per centrum. Het gemiddelde is gestegen van 539 bariatrische ingrepen in 2014 naar 553 in 2015. Het aantal ingrepen in het Waterlandziekenhuis (Purmerend) daalde sterk (2013; 161, 2014; 115, 2015; 78). Met deze aantallen voldeed dit ziekenhuis net aan de volumenorm van 100 bariatrische procedures over drie jaar. Volgens opgaaf van het ziekenhuis aan de inspectie zou het ziekenhuis per 1 januari 2015 gestopt zijn met het uitvoeren van bariatrische ingrepen. Niet elk ziekenhuis voerde alle soorten bariatrische ingrepen uit. Zo hadden zes ziekenhuizen in 2015 geen maagband operaties uitgevoerd en had één ziekenhuis in 2015 geen sleeve resectie uitgevoerd. Zie ook tabel 1.5.1 voor de kengetallen over het volume van bariatrische chirurgie.

Tabel 1.5.1  
Kengetallen volume bariatrische chirurgie (n=19)

Indicator	Gemiddelde aantal ingrepen (min.-max.)	Mediaan (n)
Totaal aantal patiënten >18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd	553 (78 – 1132)	467
Maagbanden (alle leeftijden)	2 (0 – 30)	1
Gastric bypasses (alle leeftijden)	424 (69 – 1011)	401
Sleeve resecties (alle leeftijden)	84 (0 – 454)	40

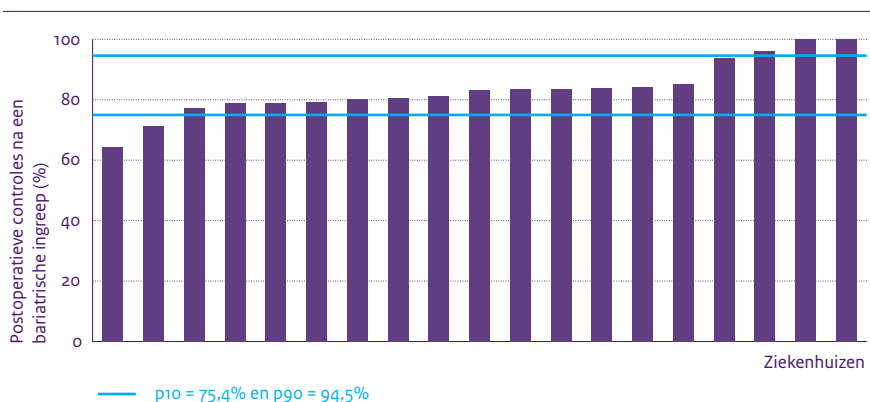
### Percentage postoperatieve controles

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis dubbele gegevens aan (339 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.

Gemiddeld heeft bij 82,5% van de patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan na 24 maanden een postoperatieve controle plaatsgevonden, variërend van 64,4% tot 100% per instelling (figuur 1.5.1 en tabel 1.5.2). Dit gemiddelde percentage is met 1,9% afgenomen ten opzichte van vorig jaar (84,4%). De spreiding is afgenomen ten opzichte van 2013. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) gaf aan dat in 2015 alle patiënten na een bariatrische ingreep na 24 maanden een postoperatieve controle hebben ondergaan. In het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) heeft bij 64,4% van de patiënten na een bariatrische ingreep na 24 maanden een postoperatieve controle plaatsgevonden. Het ziekenhuis geeft aan dat zij alle patiënten actief benadert voor *follow-up* en daarnaast een aantal keren per jaar terugkomstbijeenkomsten organiseert voor (ex)patiënten. Een deel van de patiënten kiest er zelf voor om geen *follow-up* afspraak bij de arts te hebben.

Figuur 1.5.1

Percentage postoperatieve controles na een bariatrische ingreep (n=18)



Tabel 1.5.2

Kengetallen postoperatieve controles na een bariatrische ingreep (n=18)

	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen 100% (n)
Percentage postoperatieve controles na een bariatrische ingreep	82,5 (64,4 – 100)	82,2	1

### **Aandachtspunten**

Morbide obesitas gaat gepaard met een hoog risico op ernstige gezondheidsproblemen. De risico's variëren van overbelasting en slijtage van gewrichten tot aan diabetes type II en hartproblemen. De chirurgische behandeling morbide obesitas met behulp van baraitrisch chirurgie (korte termijn) is maar een klein onderdeel van de aanpak.

In die zin komt het overeen met een grotere groep *lifestyle* problemen, zoals roken, alcoholverslaving etc., waarbij de specialistische zorg maar een klein deel van de oplossing kan geven. Zorgverleners moeten ook inzetten op het veranderen van het gedrag van de patiënt in het dagelijks leven (lange termijn). In de basisset heeft dat onderdeel nog geen plek gevonden. Daarvoor ligt ook de vraag welke interventie vanuit de inspectie passend is bij een dergelijk systematisch risico. Voor nu is het toezicht op bariatrische chirurgie -een belangrijke, maar late interventie- de enige vorm die dit heeft gekregen. Het houden van toezicht op bariatrische chirurgie (korte termijn) is eenvoudig te organiseren, maar in relatie tot de noodzakelijk gedragverandering voor een blijvend effect op de lange termijn is dit beperkt wat beperkt.

### ***Risico's binnen de bariatrie onder controle?***

Voor 2015 voldoen alle instellingen aan de minimumeisen voor de bariatrie. Vanaf 2016 (jaar van toetsing 2017) zijn de eisen verhoogd naar 200 ingrepen per jaar. Vier ziekenhuizen voldoen nog niet aan die eis. ZorgSaam, het IJsselmeerziekenhuis, de ziekenhuisgroep Twente en het Albert Schweitzer ziekenhuis voeren meer dan 100 en minder dan 200 ingrepen uit. Het Waterlandziekenhuis is gestopt met deze verrichting nadat duidelijk werd dat zij niet aan de eisen kon voldoen. Dit geeft vertrouwen dat het systeem voldoende sluitend is om die risico's te voorkomen.

Het is niet toegestaan om deze behandelingen uit te voeren bij kinderen, tenzij in een gecontroleerde setting. Het Bravisziekenhuis heeft als enige ziekenhuis aangegeven dit in 2015 toch één keer te hebben gedaan. Het wekt verbazing dat dit ziekenhuis dit niet zo opvallend vond dat zij hier een toelichting bij heeft gegeven. Zonder nadere verklaring is deze opgave onacceptabel. Het ontbreken van een toelichting wijst in ieder geval op onvoldoende bewustzijn van ernstige bevindingen. Een goede toelichting kan op dit punt belangrijke misverstanden wegnemen.

### ***Indicator Volume bariatrische ingrepen vervalt***

De indicator Volume bariatrische ingrepen wordt in 2016 voor het laatst uitgevraagd. De minimum volumennorm van 100 bariatrische procedures per jaar uit de richtlijn Morbide Obesitas wordt al twee jaar gehaald door elk ziekenhuis. Door het laten vervallen van deze indicator komen zes variabelen vrij voor de invulling van nieuwe indicatoren. De inspectie blijft, buiten de basisset om, aandacht houden voor de volumennorm van bariatrische procedures, met name omdat de volumennorm verhoogd is naar 200 ingrepen per jaar vanaf 2016.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het percentage postoperatieve controles is niet bekend of lager dan de p10 (in 2015: 75,4%)*

- Wie is eindverantwoordelijk voor de coördinatie van het proces en welke afspraken zijn er gemaakt over het aansturen van het proces?
- Wat doet het ziekenhuis om te achterhalen hoe de *follow-up* plaatsvindt in particuliere klinieken waar zij mee samenwerken?
- Wat gebeurt er wanneer bepaalde particuliere klinieken systematisch geen informatie geven over het *follow-up* percentage?

*Het percentage postoperatieve controles is 100% of boven de p90 (in 2015: 94,5 %)*

- Wie is eindverantwoordelijk voor de coördinatie van het proces en welke afspraken zijn er gemaakt over het aansturen van het proces?
- Wat doet het ziekenhuis om te achterhalen hoe de *follow-up* plaatsvindt in particuliere klinieken waar zij mee samenwerken?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten die zich systematisch onttrekken aan postoperatieve controles?
- Worden er eisen gesteld aan de *follow-up*? Zo ja, wat houden deze eisen in?

## 1.6 Cataractregistratie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.6.

### Indicator

- Cataractregistratie.

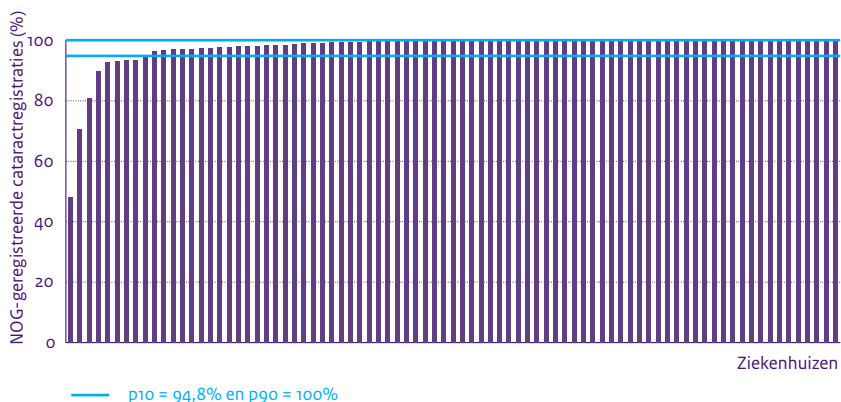
### Wat zijn de risico's?

Deelname aan de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) zegt iets over de bereidheid van de individuele specialist om zich met anderen te vergelijken. Het aanleveren van kwantitatieve informatie aan deze kwaliteitsregistratie leidt ertoe dat een specialist zijn handelen kan evalueren en verbeteren. De indicator geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten in ziekenhuizen zich conformeren aan wat de beroepsgroep aanbeveelt met betrekking tot kwaliteitsregistraties. Daarnaast geeft het de inspectie een beeld in hoeverre en hoe snel kwaliteitsregistraties geïmplementeerd worden binnen een ziekenhuis en in hoeverre het ziekenhuis het belang van kwaliteitsregistraties inziet.

### Resultaten

In 2015 hebben 81 ziekenhuizen gegevens over cataractoperaties ingevoerd in de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract van het NOG. Alleen het Oogziekenhuis (Rotterdam) gebruikt een eigen registratiesysteem voor het invoeren van cataractoperaties. Het gemiddelde percentage ingevoerde operaties was 97,7%, wat een stijging van 2,4 procentpunt is ten opzichte van 2014 (95,3%) (zie tabel 1.6.1). De spreiding tussen ziekenhuizen is afgenomen van 2014 (in 2014: 10,1%-100% tot in 2015: 48,1%-100%) (figuur 1.6.1). ZGT (Almelo en Hengelo) registreerde 48,1%. De instelling gaf geen toelichting bij de score.

Figuur 1.6.1  
Percentage NOG-geregistreerde cataractregistraties (n=81)





Tabel 1.6.1  
Kengetallen NOG-geregistreerde cataractregistraties (n=81)

Indicator	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen Met 100 % (n)
Percentage NOG-geregistreerde cataractregistraties	97.7 (48,1 – 100)	100	45

## Aandachtspunten

### *Grote aantallen en kleine risico's vragen een specifieke aanpak*

De inspectie besteedt aandacht aan cataractchirurgie, ondanks de constatering dat de individuele risico's voor patiënten extreem laag zijn. Een ooginfectie treed namelijk op bij ongeveer één op de duizend patiënten. Antibioticaprofylaxe kan dit risico verder verlagen met 80% volgens de richtlijn voor antibioticaprofylaxe<sup>[23]</sup>. In deze richtlijn is de cataract-resectie niet opgenomen voor antibioticaprofylaxe, omdat het uitgangrisico zo klein is. Volgens Gower et al. (2013)<sup>[24]</sup> was een groep van 100.000 onderzoekspatiënten noodzakelijk om de grootte van de risicoreductie in te schatten. Het artikel eindigt dan ook met de conclusie dat het onwaarschijnlijk is dat er meer bewijs zal komen, omdat de enorme inspanning om z'n grote groep bij elkaar te brengen niet snel zal worden herhaald. Dat het risico zo klein is, maakt het moeilijk om zonder goede registratie en grote discipline bij die registratie te zien of een oogarts of een instelling een probleem heeft. Dat is ook de reden waarom de inspectie voor dit soort risico's de registratiediscipline als indicator gebruikt en – nooit – deze uitkomst, tenzij als experiment in overleg met de wetenschappelijke vereniging. Doordat het aantal ingrepen zo groot is, betekent het wel dat 100-200 patiënten per jaar een ernstige ooginfectie krijgen na een cataractingreep. Dat is in dezelfde orde van grootte als de veel riskantere heupoperatie, waar 260 heroperaties gemeld werden, maar bij één tiende van het aantal ingrepen.

Het grote aantal geregistreerde patiënten biedt wel mogelijkheden voor andere indicatoren, vooral als het effecten betreft die de hele groep raken. Een voorbeeld daarvan is de indicator Visuswinst die vanaf 2017 in de basisset kwaliteitsindicatoren is opgenomen. De visuswinst na de ingreep is bij alle patiënten te meten. 1.000 patiënten per jaar maken een nauwkeurige schatting van het resultaat mogelijk. Daarbij bestaat overigens een ander risico. Het is bij een dergelijk aantal eenvoudig vast te stellen of een resultaat statistisch significant is. Dat wil zeggen dat de kans dat het resultaat op toeval berust klein is. Dit wil nog niet

[23] Perioperative antibiotics for prevention of acute endophthalmitis after cataract surgery; Emily W Gower, Kristina Lindsley, Afshan A Nanji, Ilya Leyngold, Peter J McDonnell First published: 15 July 2013, The Cochrane Library DOI: 10.1002/14651858.CD006364.pub2

[24] Perioperative antibiotics for prevention of acute endophthalmitis after cataract surgery; Emily W Gower, Kristina Lindsley, Afshan A Nanji, Ilya Leyngold, Peter J McDonnell First published: 15 July 2013, The Cochrane Library DOI: 10.1002/14651858.CD006364.pub2

zeggen dat een statistisch belangrijke (significante) indicatoruitslag ook betekenis heeft voor de patiëntenzorg. Daarvoor blijft onderzoek ter plaatse noodzakelijk.

#### ***Door het NOG genoemde risico's***

Tijdens de risico-inventarisatie heeft het NOG aandacht gevraagd voor het tekort aan sommige geneesmiddelen. Als voorbeeld werd genoemd dat corneabeschadiging op kon treden, omdat een specifieke virusremmer niet beschikbaar was.

#### ***Indicator Cataractregistratie vervalt***

De indicator Cataractregistratie is in 2015 voor het laatst uitgevraagd. Het gemiddelde percentage ingevoerde operaties was 97,7. Dit is bijna 100%, wat inhoudt dat de indicator zijn doel (bijna) heeft bereikt. Door het vervallen van deze indicator komt er ruimte in de basisset voor indicatoren die meer risicoreductie kunnen bereiken, zoals bijvoorbeeld de indicator Visuswinst.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het percentage opgenomen patiënten in de NOG-registratie is relatief laag (voor 2015: 94,8%)*

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij cataractoperaties?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

*Het percentage opgenomen patiënten in de NOG-registratie is relatief hoog (voor 2015: 100%)*

- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de NOG-registratie?
- Komen alle patiënten daadwerkelijk naar alle postoperatieve controles?

## 1.7 Registratie neurochirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.7.

### Indicator

- Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS).

### Wat zijn de risico's?

De QRNS is een kwaliteitsregistratie van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN). De kwaliteitregistratie is opgezet om inzicht in de kwaliteit van neurochirurgie te verkrijgen. In dit geval in de kwaliteit van neurochirurgische behandelingen bij hersentumoren en subarachnoïdale bloedingen. Door te registreren in de QRNS kan de specialist zich spiegelen aan andere specialisten en op basis van het verkregen inzicht zijn handelen evalueren en verbeteren. Daarnaast biedt deze kwaliteitregistratie een raad van bestuur informatie om zicht te krijgen op de kwaliteit van de aangeboden neurochirurgische zorg in het ziekenhuis. In voorkomende gevallen kan de raad van bestuur op basis van deze informatie maatregelen nemen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het beschikken over stuurinformatie en handelen op basis van de stuurinformatie zegt iets over de mate waarin een raad van bestuur 'in control' is.

Deze indicator geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten (en vakgroepen) in ziekenhuizen zich conformeren aan wat de beroepsgroep aanbeveelt met betrekking tot kwaliteitsregistraties. Daarnaast geeft het een beeld van de mate en snelheid waarmee kwaliteitsregistraties geïmplementeerd worden.

In 2016 heeft de NvN kwaliteitsnormen<sup>[25]</sup> voor neurochirurgie gepubliceerd. Deze norm is het uitgangspunt voor het toezicht op de complexe neurochirurgie.

### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (81 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.*

De indicator deelname aan QRNS wordt sinds 2014 uitgevraagd. Zestien ziekenhuizen gaven aan patiënten chirurgisch te behandelen in verband met een maligne glioom. Dit zijn drie ziekenhuizen minder dan in 2014, het Haga ziekenhuis (Den Haag) verwijst deze patiënten nu naar een ander ziekenhuis, het AMC (Amsterdam) heeft twee patiënten met een spoedindicatie behandeld, maar voert verder geen ingrepen uit en het Tweesteden ziekenhuis (Tilburg) leverde vorig jaar data aan van het St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg). De andere zestien ziekenhuizen leverden in 2015 informatie over de chirurgische behandeling van maligne glioom aan bij de QRNS. In totaal werden er in 2015 771 (2014: 1.111) chirurgische behandelingen van een maligne glioom uitgevoerd, variërend van 11 tot 133 behandelingen

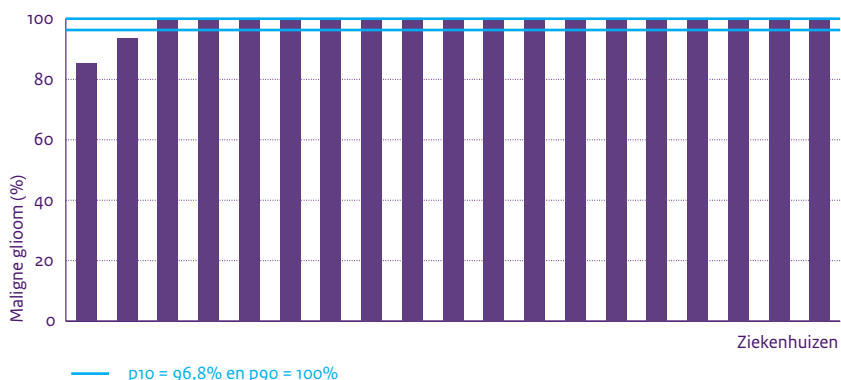
---

[25] [http://www.nvvn.org/wp-content/uploads/2016/03/TF\\_NVvN\\_kwaliteitsnormen.pdf](http://www.nvvn.org/wp-content/uploads/2016/03/TF_NVvN_kwaliteitsnormen.pdf)

per ziekenhuis (gemiddeld 48 behandelingen per ziekenhuis). Het totaal in 2014 is hoger, dit komt zeer waarschijnlijk doordat in 2014 door sommige ziekenhuizen alle gliomen werden geregistreerd, dus ook die van een andere graad dan graad 4. Overigens is het zo dat nu in QRNS niet ‘maligne gliomen’ geregistreerd worden maar Glioblastomen, dus alleen graad 4 gliomen.

Veertien ziekenhuizen registreerden 100% van de chirurgische behandelingen van maligne glioom in de QRNS (figuur 1.7.1). Twee ziekenhuizen registreerden niet volledig. Stichting Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo (Den Haag) registreerde 85,2% Isala (Zwolle) registreerde 93,5%. Beiden gaven geen toelichting.

Figuur 1.7.1  
Percentage chirurgische behandelingen van een maligne glioom, waarvan gegevens aangeleverd aan de QRNS (n=16)

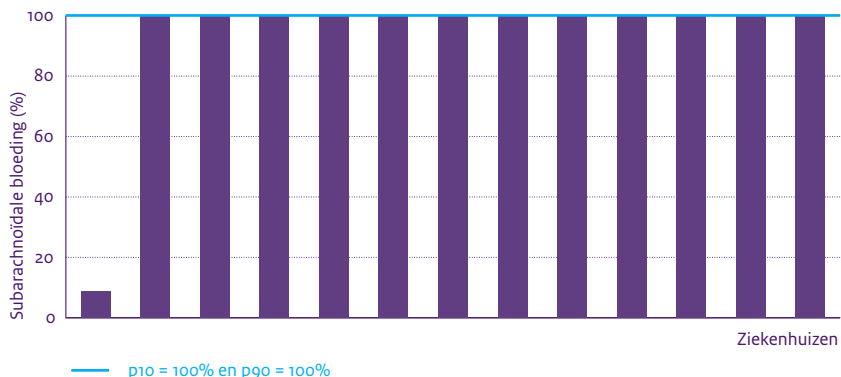


Zeventien ziekenhuizen gaven aan patiënten te behandelen in verband met een subarachnoidale bloeding. Hiervan gaven vijf ziekenhuizen aan geen informatie over de behandeling van subarachnoidale bloeding in 2014 aan de QRNS geleverd te hebben. Deze ziekenhuizen gaven allemaal aan niet te registeren, omdat er geen operatieve behandeling in het ziekenhuis zelf plaatsvond. 1.235 patiënten werden in 2015 in twaalf ziekenhuizen behandeld voor een subarachnoidale bloeding. Het aantal per ziekenhuis varieerde van twee tot 168 behandelingen (gemiddeld 103 behandelingen per ziekenhuis). Drie ziekenhuizen haalden de vastgestelde norm van 50 behandelingen van het ziektebeeld subarachnoidale bloeding niet: LUMC (Leiden) met 46 behandelingen en VUmc (Amsterdam) met twee behandelingen. Het VUmc lichtte toe dat deze patiënten om medische redenen en vanwege een zo kort mogelijke doorlooptijd voor behandeling bij de SEH zijn binnengekomen.

Van de twaalf ziekenhuizen die informatie aanleverden aan de QRNS registreerden elf ziekenhuizen 100% van de behandelingen in verband met een subarachnoidale bloeding (figuur 1.7.2). MUMC+ (Maastricht) registreerde 8,7%. In de toelichting is aangegeven dat ‘in QRNS alleen de door de neurochirurgie geopereerde patiënten worden geregistreerd’.

Figuur 1.7.2

Percentage behandelingen van een subarachnoïdale bloeding, waarvan gegevens aangeleverd aan de QRNS (n=12)



Tabel 1.7.1

Kengetallen registratie neurochirurgie

Indicator	Aantal ziekenhuizen (n)	Gemiddeld (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Percentage chirurgische behandelingen van een maligne glioom, waarvan gegevens aangeleverd in QRNS (n=16)	16	98,7 (85,2 – 100)	100	14
Percentage behandelingen van een subarachnoïdale bloeding, waarvan gegevens aangeleverd aan QRNS (n=12)	12	92,4 (8,7 – 100)	100	11

### Aandachtspunten

Een belangrijk onderdeel van de informatie die bij de inspectie wordt aangeleverd is de toelichting bij de aangeleverde gegevens van het ziekenhuis. Daarmee geeft het ziekenhuis inzicht in de eigen analyse.

Een van de voorwaarden voor het uitvoeren van hoog risico ingrepen is het voldoen aan de kwaliteitsnormen zoals volumennormen. De volumennormen zijn ingesteld om dat de kwaliteit toeneemt wanneer een complexe behandeling met regelmaat wordt uitgevoerd. Het Martini ziekenhuis (Groningen) geeft een goed voorbeeld van een functionele toelichting. *‘In 2015 zijn 23 maligne gliomen chirurgisch behandeld: 3 graad II, 1 graad III en 19 graad IV. De maligne gliomen graad III en IV zijn in QRNS geregistreerd. In het Martini Ziekenhuis zijn in 2015 102 craniotomie operaties uitgevoerd.’*

De in 2016 gepubliceerde norm is 50 craniotomieën per locatie. In dit geval laat het ziekenhuis zien zich bewust te zijn dat 23 ingrepen voor een maligne glioom niet automatisch voldoende is om aan de norm te voldoen en geeft de informatie die noodzakelijk is om die beoordeling te maken. De andere ziekenhuizen waar dit voor geldt, zouden er goed aan doen om dit voorbeeld te volgen. Zeven van de tien ziekenhuizen waar dit voor geldt, geven die toelichting niet en krijgen alsnog de vraag op welke wijze zij aan deze norm voldoen. Pas als die informatie beschikbaar is, kan de norm beoordeeld worden.

#### ***Bij alternatieve behandel mogelijkheden moet het risico vergeleken kunnen worden***

Er zijn ten minste twee verschillende behandel mogelijkheden voor een subarachnoidale bloeding (SAB). De bloeding kan chirurgisch behandeld worden en via een interventie door een interventieradioloog, de zogenaamde coiling. De twee behandelingen worden ook uitgevoerd door twee verschillende beroepsgroepen, de neurochirurgen en de radiologen. Het is voor patiënten belangrijk dat zij het vertrouwen kunnen hebben dat een levensbedreigende aandoening wordt behandeld op de wijze die het beste resultaat geeft, met het minste risico op ongewenste complicaties en dus een optimaal proces. Aangezien er meerdere alternatieven zijn is het wenselijk dat beide behandelvormen vergeleken kunnen worden. Op dit moment is er al wel een registratie voor de neurochirurgie, maar nog niet voor de interventieradiologie. Het MUMC+ (Maastricht) geeft wel inzicht in de verhouding, 102 behandelingen zijn uitgevoerd, maar alleen van de elf chirurgisch behandelde patiënten zijn gegevens in de QRNS ingevoerd. Er was voor 2017 een indicator ontwikkeld voor de snelheid van de behandeling bij deze bloeding. Die indicator is een jaar uitgesteld door de NVvN zodat ook de interventieradiologen hier over geconsulteerd kunnen worden. Het is jammer dat het daardoor een jaar langer duurt voordat informatie beschikbaar is, maar vooral ook goed dat voor twee behandelwijzen voor dezelfde aandoening identieke informatie beschikbaar komt.

De richtlijn heeft de twee behandel mogelijkheden wel vergeleken: *‘Patiënten met een geruptureerd aneurysma van de anterieure en posterieure circulatie in een goede klinische conditie, dienen bij voorkeur gecoild te worden indien chirurgie en coiling technisch gelijkwaardig uitvoerbaar zijn.’*

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het percentage ingrepen ingevoerd in de QRNS is relatief laag (voor 2015 voor maligne glioom: 96,8% en/of voor 2015 voor subarachnoidale bloeding: minder dan 100%)*

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij chirurgische behandelingen van maligne glioom en subarachnoidale bloeding?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

*Het percentage ingrepen ingevoerd in de QRNS is relatief hoog (voor 2015 voor maligne glioom gelijk aan 100% en/of voor 2015 voor subarachnoïdale bloeding gelijk aan 100%)*

- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de QRNS?
- Welke waarborg heeft het ziekenhuis dat de data van het aantal behandelde patiënten volledig wordt aangeleverd?

## 1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.8.

### Indicator

- Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg.

### Wat zijn de risico's?

Met de implementatie van technisch moeilijkere ingrepen (hoogcomplexe zorg, zoals de laparoscopische hysterectomie) is het belangrijk om risico's, implementatiegraad en kwaliteit te meten. Voor de kwaliteitsmeting geldt dat met het uitrollen van deze techniek er volgens de inspectie een specialisme overstijgend draagvlak en controlesysteem dient te bestaan<sup>[26]</sup>. Dit houdt in dat voor zowel chirurgen, gynaecologen, als urologen die de Minimaal Invasieve Chirurgie (MIC)-techniek toepassen, dezelfde basiscriteria voor kwaliteit zullen moeten gelden. Deze basiscriteria staan beschreven in de richtlijn 'functionerend MIC-gebruikersoverleg'<sup>[27]</sup>. Door de basiscriteria te gebruiken kan binnen het ziekenhuis geanticipeerd worden op nieuwe ontwikkelingen en kan de veiligheid voor de patiënt, bij het toepassen van deze technologie, vergroot worden. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de aanwezigheid van een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg binnen ziekenhuizen. Daarnaast krijgt de inspectie met deze indicator informatie in hoeverre en met welke snelheid ziekenhuizen in staat zijn om een MIC-gebruikersoverleg te implementeren.

### Resultaten

De indicator multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg wordt sinds 2014 uitgevraagd. In 85 ziekenhuizen wordt minimaal invasieve chirurgie uitgevoerd. In al deze ziekenhuizen functioneert in 2015 een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de definitie van de indicator.

### Aandachtspunten

#### *Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg vervalt*

Deze indicator is binnen twee jaar niet langer onderscheidend, zoals te verwachten is bij een structuurindicator. In de basisset van 2017 wordt deze indicator niet meer uitgevraagd bij ziekenhuizen. Instellingen moeten om de registratiesystemen in te richten of aan te passen tijdig geïnformeerd worden over de indicatoren die worden uitgevraagd. Om die reden zijn de indicatoren minimaal één jaar voor het registratiejaar bekend. Daarom worden indicatoren altijd minimaal twee jaar uitgevraagd. Dit is een risico van het vooraf vaststellen van een basisset. Het voordeel hiervan is dat ziekenhuizen kunnen anticiperen door een structuur (bij deze indicator het MIC-gebruikersoverleg)

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

[27] NVOG (2011). Richtlijn minimaal invasieve chirurgie 2011.



waarnaar gevraagd wordt al direct in te gaan voeren. De indicator wordt daardoor effectiever.

Voor de inspectie is een snelle realisatie van een (overleg)structuur een signaal van goed bestuur. Een van de signalen voor de inspectie daarvan is dat de instelling vragen over de indicator aan de inspectie stelt in de weken nadat de indicator is gepubliceerd. Een teken van problemen is het voor de inspectie als een ziekenhuis die vragen pas gaat stellen op het moment dat de data aangeleverd moet worden, ofwel één en driekwart jaar later.

### ***Maar minimaal invasieve chirurgie blijft interessant***

De indicator MIC-gebruikersgroep vervalt voor ziekenhuizen, maar blijft wel in de basisset medisch specialistische zorg, omdat de indicator wel nog door particuliere klinieken aangeleverd moet worden. De risico's wat betreft de minimaal invasieve chirurgie zijn in particuliere klinieken nog onvoldoende in beeld.

### ***Ook als bron van nieuwe risico's***

Het aantal minimaal invasief uitgevoerde operaties stijgt nog steeds. Ook grote ingrepen, zoals de slokdarmresecties, worden nu minimaal invasief uitgevoerd. De wetenschappelijke verenigingen benoemen in de risico-inventarisaties (ofwel het uitvragen van de individuele risicoprofielen) geen specifieke risico's met betrekking tot minimaal invasieve ingrepen. Wel is door wetenschappelijke verenigingen vaak melding gedaan van het starten van nieuwe behandelingen zonder vereiste kennis en vaardigheden. Bijvoorbeeld het uitvoeren van minimaal invasieve behandelingen onder doorlichting<sup>[28]</sup>. Het bedienen van de techniek lijkt in eerste instantie zeer eenvoudig en de drempel is laag om de techniek te gebruiken als de getrainde medewerker er niet is. In de realiteit wordt het risico op problemen groter en komen er meer problemen voor. De meldingen over de risico's gaan in eerste instantie over de randapparatuur, maar die zijn juist bij dit soort ingrepen een essentieel onderdeel van het proces. Als bij een laparoscopische ingreep de videotoren uitvalt is er wel een reëel risico op problemen, zoals bleek tijdens een OK observatie door de inspectie. Het is dan niet voldoende om getraind te zijn in de bediening. Ook het opvangen van storingen moet getraind worden. Momenteel wordt nagedacht over een nieuwe indicator over de implementatie van het Convenant Medische Technologie.

## **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

De inspectie stelt geen vragen over dit onderwerp op basis van de indicatoruitslag.

---

[28] Wanneer een röntgenfoto onvoldoende informatie geeft om een goede diagnose te stellen (bijvoorbeeld omdat het te onderzoeken orgaan in beweging is) kan doorlichting de oplossing bieden. Bij doorlichting wordt gebruik gemaakt van röntgenstralen en kan beweging (van een orgaan of contrastmiddel) worden bekeken. Bij doorlichting wordt vaak gebruik gemaakt van een contrastmiddel.

## 1.9 Deelname aan registratie DLSA (Dutch Lung Surgical Audit)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.9.

### Indicator

- Deelname aan registratie DLSA.  
*Zie ook de indicator longchirurgie in het hoofdstuk Oncologie.*

### Wat zijn de risico's?

Longchirurgische procedures worden in veel ziekenhuizen in Nederland uitgevoerd. Dit betreft in toenemende mate complexe zorgprocessen. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is het belangrijk inzicht te hebben in de factoren die leiden tot (on)gewenste uitkomsten van zorg. Dit is een doel van diverse landelijke registraties, waaronder de Dutch Lung Surgical Audit (DLSA). Door deel te nemen aan de registratie ontvangen ziekenhuizen periodieke rapportages op basis waarvan zij de kwaliteit van zorg kunnen vergelijken en verbeteren. Deze indicator maakt voor de inspectie inzichtelijk welke ziekenhuizen deelnemen aan de DLSA en welk deel van de longchirurgische ingrepen zij registreren in de DLSA. Daarnaast geeft deze indicator informatie over het aantal ziekenhuizen dat op basis van deze kwaliteitsregistratie in staat is verbeteringen door te voeren.

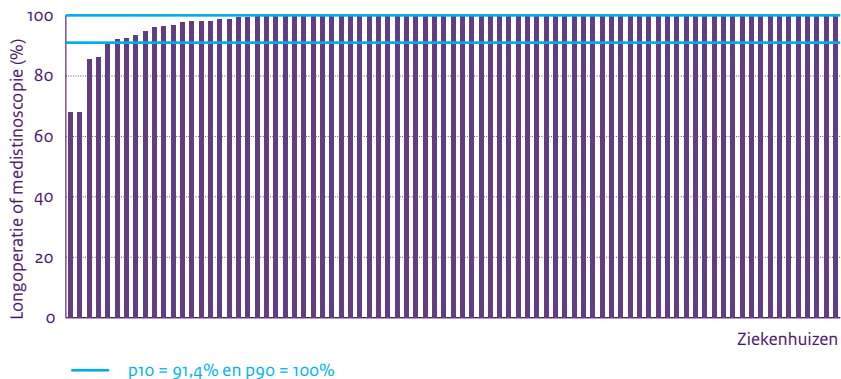
### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (74 patiënten) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.*

De indicator deelname aan registratie DLSA wordt sinds 2015 uitgevraagd. In 46 ziekenhuizen worden longchirurgische ingrepen uitgevoerd. Al deze ziekenhuizen hebben in het verslagjaar informatie over chirurgische ingrepen van longchirurgische pathologie aan de DLSA geleverd. In totaal werden er in het verslagjaar 4.552 patiënten die een longoperatie of mediastinoscopie ondergingen geregistreerd in de DLSA, variërend van 28 tot 488 patiënten per ziekenhuis. Gemiddeld was van 96,7% van deze patiënten de informatie in de registratie volledig, wat varieerde van 67,9% tot 100% per ziekenhuis. Bij 26 ziekenhuizen was de informatie in de registratie voor 100% van de patiënten volledig (figuur 1.9.1). De ziekenhuizen met de laagste score waren het LUMC (Leiden) (67,9%), het Martini Ziekenhuis (Groningen) (67,9%) en het Laurentius Ziekenhuis (Roermond) (85,7%). Enkel het Laurentius Ziekenhuis lichtte deze score toe: *'Mogelijks onvolledige registratie door ontbrekende gegevens in verwijsbrief/dossier indien patiënt van elders (Venlo) verwezen. deze gegevens zijn wellicht daar bekend, maar hier niet.'*

Figuur 1.9.1

Percentage patiënten die een longoperatie of medistinoscopie waarvan de informatie geregistreerd in de DLSA volledig is (n=47)



## Aandachtspunten

### *Verschillen in de weging van risico's leiden tot verschillende mogelijkheden voor registraties*

Zodra een gegeven in een database wordt opgenomen ontstaat het risico dat iemand anders, die daar geen recht toe heeft, toegang krijgt tot dat gegeven. Het risico op schending van de privacy bestaat. Om dat risico te beperken bestaat er wetgeving die de toegang beperkt. Tegelijkertijd is er een ander risico: dat een persoon die informatie nodig heeft om goede zorg te geven, als gevolg van de wetgeving deze informatie niet kan krijgen. Of, in dit geval, dat er niet geleerd kan worden van essentiële fouten. Beide risico's zijn zeer verschillend van aard. In het meest extreme geval wordt in de ene situatie een kwetsend gegeven bekend (dus schending van de privacy) en in het andere geval kan een patiënt overlijden waar dat voorkomen had kunnen worden als er eerder geleerd was. De eerste kwaliteitsregistraties waren voornamelijk monodisciplinair, in de zin dat zij beperkt bleven tot één behandelend team, meestal het chirurgische. In 2016 is de registratie die vraagt naar longchirurgische procedures uitgebreid naar radiotherapeuten en longartsen. Op de site van de registratie ([www.dica.nl](http://www.dica.nl)) staat het volgende: 'Kan ik gegevens inzien van andere specialismen/ ziekenhuizen die dezelfde patiënt behandeld en geregistreerd hebben? Nee, dat is niet mogelijk in verband met de privacywetgeving. U heeft dus alleen direct toegang tot de patiëntgegevens die binnen uw ziekenhuis zijn geregistreerd'. Dit houdt dus in dat specialisten informatie van elkaar niet kunnen inzien door de privacywetgeving. Het schenden van de privacywetgeving zou dus een groter risico zijn dan het niet kunnen inzien van informatie. De inspectie vindt het belangrijk dat er maximaal geleerd kan worden, waardoor informatie inzien en vergelijken belangrijk is. Het is niet aan een toezichthouder om een ander besluit te nemen en toegang tot informatie af te dwingen. Conflicterende belangen zullen altijd blijven bestaan en kunnen onder bepaalde omstandigheden ook leiden tot conflicterende regelgeving. Maar het is wel belangrijk dat een toezichthouder vraagt om een goede en zichtbare

afweging van belangen. Hier, enerzijds het belang van patiënten die bij een zorgverlener komen die maximaal heeft kunnen leren van de fouten die hij gemaakt heeft; anderzijds het belang van patiënten die het recht hebben op een goede bescherming van hun privacy.

### ***De inspectie als vangnet voor risico***

In 2015 werd het risico gesignaleerd dat patiënten met een bepaalde vorm van longkanker niet het juiste (dure) medicijn zouden kunnen krijgen. Patiënten die van mening waren dat zij ten onrechte het medicament niet hadden ontvangen konden de inspectie bellen. In feite maakt dat de toezichthouder de plaats waar beroep kan worden aangetekend, als er een risico is dat iemand een behandeling niet krijgt, waar hij/zij gezien de geldende standaard voor in aanmerking zou komen. Nu zijn de richtlijnen voor deze groep patiënten complex. Het is voor een toezichthouder moeilijk te beoordelen of een behandeling op inhoudelijke of financiële gronden niet is toegepast. Daarom werd een systeem georganiseerd waarbij een beller snel een *second opinion* zou krijgen. De patiënt zou dan met het oordeel terug kunnen gaan naar het betreffende ziekenhuis en het genomen besluit zou dan mogelijk herzien kunnen worden. Gelukkig bleek ook hier dat een risico een kans is dat iets zal optreden, geen zekerheid. De inspectie is in 2015 nooit gebeld om deze reden.

### ***Indicator Deelname aan registratie DLSA vervalt***

De indicator Deelname aan registratie DLSA wordt vanaf registratiejaar 2016 opgenomen in de multidisciplinair tot stand gekomen indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA. De indicator DLCA is in de basis opgenomen om de implementatie van gezamenlijke kwaliteitsregistraties en het gezamenlijk gebruik van data te stimuleren. Het doel van de DLCA is het bevorderen van de kwaliteit van de zorg bij longkankerpatiënten.

## **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het percentage opgenomen patiënten in de DLSA is relatief laag (voor 2015: minder dan 91,4%)*

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij longchirurgische ingrepen?
- 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 DLSA registratie?

## 1.10 Implementatie ZATT richtlijn

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.10.

### Indicatoren

- Registratie infecties voor indicatiestelling.
- Registratie apneu's voor indicatiestelling.

### Wat zijn de risico's?

De behandeling van ziekten van het adenoïd en de tonsillen heeft een lager medisch risico dan de meeste aandoeningen opgenomen in de basisset. De maatschappelijke en politieke aandacht en de daaruit voortvloeiende risico's maken het een belangrijk onderwerp voor een toezichthouder. De indicator bevraagt de ziekenhuizen op twee aspecten van de richtlijn 'Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de tweede lijn' (2007 en 2014). Met het uitvragen van deze indicator toetst de inspectie de mate van implementatie van een onderdeel van deze richtlijn.

### Resultaten

De indicatoren registratie infecties en apneu's voor indicatiestelling worden sinds 2015 uitgevraagd. 86 ziekenhuizen registreren het aantal infecties dat het kind heeft door-gemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling. Alleen Ziekenhuis Bernhoven (Uden) gaf aan dit niet te registreren en lichtte toe: *'Wordt altijd nagevraagd, maar niet standaard genoteerd.'* Alle 87 ziekenhuizen gaven aan te registreren of het kind wel of geen apneu's heeft voorafgaande aan de indicatiestelling.

### Aandachtspunten

Deze indicator is de eerste indicator aangeleverd door de Nederlandse Vereniging voor Keel Neus en Oor heelkunde (NVKNO). Het is al eerder (HRT 2010, blz. 106, Radiotherapie) gemeld dat indicatoren van verenigingen die voor het eerst deelnemen aan de basisset minder onderscheiden. Het vinden van onderscheidende indicatoren voor een vakgebied moet geleerd worden. Op dit moment is in ieder geval vast te stellen dat beiden indicatoren over de implementatie van de ZATT richtlijn niet differentiëren en dus ongeschikt zijn voor verdere toepassing in het toezicht. In de afgelopen twee jaar zijn er veel nieuwe wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen toegetreden. Dit zal waarschijnlijk terug te zien zijn in indicatoren. Het voorbeeld van de radiotherapie laat ook zien dat het enige jaren vraagt voordat er een goed onderscheidende set indicatoren wordt ontwikkeld. Een van de redenen dat elk vakgebied zijn eigen leerproces moet doormaken, is dat de indicatoren moeten worden afgestemd op de specifieke risico's van het vakgebied.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De inspectie stelt geen vragen over de implementatie van de ZATT richtlijn, omdat er geen sprake is van een opvallende uitslag.

## 1.11 Explantatie borstimplantaten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 1.11.

### Indicator

- Explantatie borstimplantaten.

### Wat zijn de risico's?

Er zijn twee belangrijke redenen om gebruik te maken van borstimplantaten, namelijk bij reconstructie van de borst na een operatie voor mammacarcinoom en om cosmetische redenen. De risico's verschillen sterk in deze groepen. Het risico op infectie en een daaropvolgende explantatie is het grootst bij een reconstructie na een mammacarcinoom (exclusie criterium bij deze indicator). Het aantal vrouwen dat een borstvergroting ondergaat is echter veel groter. Borstimplantaten worden om diverse redenen op vrij korte termijn na de operatie verwijderd. Een van de redenen is een infectie. Indien een borstimplantaat snel na de operatie wordt verwijderd, kan dit een indicatie zijn voor niet optimale zorgverlening. Met deze indicator krijgt de inspectie het aantal explantaties in beeld om daarmee de zorginstellingen te kunnen spiegelen en het gesprek aan te gaan over mogelijke verklaringen van uitzonderlijke cijfers.

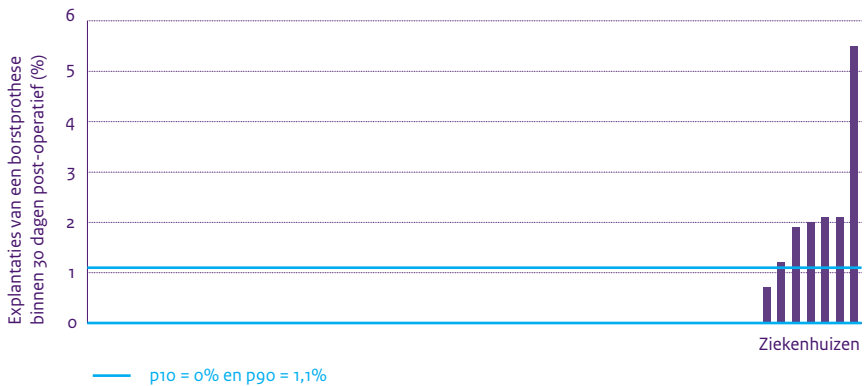
### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (23 geplaatste prothesen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.*

De indicator Explantatie borstimplantaten wordt sinds 2015 uitgevraagd. In 54 ziekenhuizen werden in 2015 borstimplantaten geïmplanteerd. Bij 53 ziekenhuizen was het aantal explantaties van een borstprothese binnen 30 dagen post-operatief na een borstvergroting met prothese voor cosmetische doeleinden bekend. In BovenIJ Ziekenhuis (Amsterdam) was dit aantal niet bekend. Dit ziekenhuis lichtte toe: 'Deze gegevens zijn beschikbaar met ingang van verslagjaar 2016.' In totaal werden er in ziekenhuizen in het verslagjaar 2.126 prothesen voor borstvergroting voor cosmetische doeleinden geplaatst, variërend van 0 tot 291 per ziekenhuis. Het gemiddeld aantal explantaties van een borstprothese binnen 30 dagen postoperatief na een borstvergroting met prothese(n) voor cosmetische doeleinden is 0,3%. In 2015 waren er geen ziekenhuizen met een opvallend hoog percentage. Zie figuur 1.11.1.

Figuur 1.11.1

Gemiddeld percentage explantaties van een borstprothese binnen 30 dagen post-operatief na een borstvergroting met prothese voor cosmetische doeleinden (n=53)



### Aandachtspunten

#### *Meer dan cosmetische ingrepen meegenomen, maar niet meegeteld*

De indicator voor het verwijderen van prothesen bij borstvergroting is geïntroduceerd in twee fasen. De eerste fase is beperkt tot prothesen die zijn geplaatst voor cosmetische doelstellingen. Niet alle ziekenhuizen hebben zich aan deze beperking gehouden. Zo is het moeilijk voor te stellen dat het AVL (Amsterdam) 291 borstvergrotingen uitvoert. Deze data moeten dan ook niet meegenomen worden bij de beoordeling. Gelukkig meldt het AVL dat ook in de toelichting. Weer een illustratie van het feit dat toelichtingen altijd gelezen moeten worden voordat een resultaat beoordeeld kan worden. In totaal zijn in alle Nederlandse ziekenhuizen zes explantaties uitgevoerd in 2015.

#### *De meest voorkomende reden voor explantatie in de literatuur<sup>[29]</sup> is een infectie*

Het infectiepercentage in een Amerikaanse follow-up studie was 2,1%. Een van de verklaringen voor dit grote verschil is de tijd waarbinnen de follow-up plaatsvond. 50% van de infecties treden op binnen 30 dagen, de mediane tijd was 41 dagen. 1% infecties is duidelijk meer dan waargenomen in de Nederlandse populatie. Voordat dit een reden voor vreugde is, moet wel vastgesteld worden of dit een daadwerkelijke vermindering is, of dat andere maatregelen genomen zijn om explantaties te verminderen of uit te stellen. Voórádt vastgesteld wordt dat de situatie in de Nederlandse ziekenhuizen beter is dan in de Amerikaanse moet vastgesteld zijn dat de uitgangspunten gelijk zijn. Deze kritische houding wordt gevoed doordat in het verleden dezelfde patronen zijn gezien bij de

[29] Plast Reconstr Surg. 2015 Nov;136(5):921-9. doi: 10.1097/PRS.0000000000001682. Breast Implant-Associated Infections: The Role of the National Surgical Quality Improvement Program and the Local Microbiome.

oogheelkunde indicator Achterkapselruptuur en de chirurgische indicator Galwegletsel. Als instellingen zelf complicaties moeten rapporteren zijn deze vaak lager dan verwacht, tenzij er een specifiek project in het ziekenhuis loopt om de complicaties op te sporen. In het verleden zijn daar eerder indicatoren voor uit de set verwijderd. Als echter blijkt dat dit een reële weergave van de werkelijkheid is, is dit een opvallend goed resultaat. Dit kan ook van belang zijn voor de discussie over de minimale eisen die aan cosmetische operaties worden gesteld. Als blijkt dat deze informatie klopt is het plaatsen van borstprothesen in Nederland, uitgevoerd door een plastisch chirurg, op een korte termijn, een buitengewoon veilig proces.

### **Registratie van borstimplantaten**

Op het moment dat deze indicator werd gedefinieerd ontbrak een registratie voor borstimplantaten. Op 10 april 2015 publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) op hun website het bericht '*Plastisch chirurgen en leveranciers starten registratie borstimplantaten*'<sup>[30]</sup>. In het bericht gaven ze aan dat met de lancering van het borstimplantatenregister de plastisch chirurgen in Nederland wereldwijd koploper zijn als het gaat om de landelijke registratie van borstimplantaten. Door het register is het mogelijk om gestructureerd toezicht te houden op de kwaliteit en veiligheid van zorg voor vrouwen met borstimplantaten. Een niet goed functionerende prothese is vroegtijdig te signaleren. Momenteel wordt gewerkt om te komen tot een volledig landelijk dekkend register. Minister Schippers werkt aan een wet die de registratie van implantaten verplicht<sup>[31]</sup>. In de basiswet van 2016 is de indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR) opgenomen.

## **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het aantal explantaties van een borstprothese binnen 30 dagen post-operatief na een borstvergroting met prothese voor cosmetische doeleinden is onbekend*

- Wat is het infectiepercentage in het ziekenhuis bij borstvergrotingen?
- Wordt het infectiepercentage één jaar gevolgd?
- Heeft het ziekenhuis een goede postoperatieve wondinfectie surveillance?
- Hoe is de *follow-up* geregeld in het ziekenhuis?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in de kwaliteit van borstvergroting (met prothesen voor cosmetische doeleinden)?

---

[30] [http://www.nvpc.nl/nieuws\\_detail.php?nieuws\\_id=235](http://www.nvpc.nl/nieuws_detail.php?nieuws_id=235) (geraadpleegd op 17 augustus 2016).

---

[31] <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2015/01/30/medisch-implantatenregister-van-start> (geraadpleegd op 17 augustus 2016).



*Het percentage explantaties van een borstprothese binnen 30 dagen post-operatief na een borstvergroting met prothese voor cosmetische doeleinden is relatief hoog (in 2015: hoger dan 1,1%)*

- Hoe verklaart het ziekenhuis het hoge percentage?
- Wat is het infectiepercentage in het ziekenhuis bij borstvergrotingen?
- Wordt het infectiepercentage één jaar gevolgd?
- Heeft het ziekenhuis een goede postoperatieve wondinfectie surveillance?
- Hoe is de *follow-up* geregeld in het ziekenhuis?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in de kwaliteit van borstvergrotingen (met protheses voor cosmetische doeleinden)?

## 2 Spoedprocessen

U vindt de omschrijving van spoedprocessen en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 2. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's in spoedprocessen?

Een spoedeisend proces verschilt van een electief proces doordat de patiëntvraag spoedeisend is. Dat wil zeggen dat alle risico's van het normale proces van toepassing zijn, plus de risico's van de timing. Handelingen moeten op het juiste moment worden uitgevoerd, en voordat de 'uiterste (spoed)termijn' is verstreken. Een klassiek voorbeeld daarvan is de trombolysie bij een herseninfarct. Daarbij moet de trombolysie effect hebben vóórdat de hersencellen afsterven. Soms kan een handeling ook te snel worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld als antibiotica bij een patiënt met een pneumonie wordt gegeven voordat de kweekdiagnostiek is gestart. Dat geldt voor zowel de behandelingen als de diagnostiek. Kenmerkend is dat het startmoment onvoorspelbaar is. Een instelling (met de juiste bemensing) moet dus op elk moment 'beschikbaar' zijn. Spoedprocessen waar het ziekenhuis een rol in speelt, moeten altijd door een keten van zorgverleners worden behandeld. Zorgverleners moeten effectief samenwerken, goed op elkaar aansluiten en de juiste informatie op het juiste moment overdragen. De overdracht is hier een groter risico dan normaal. Extra risico hierbij is dat huisarts, ambulance en ziekenhuis in verschillende omgevingen en onder andere richtlijnen werken. Coördinatie tussen de verschillende professionals moet goed zijn en vormt daarmee een risico. Tot slot is een spoedeisende gebeurtenis voor een patiënt een bedreigende en extreem spannende situatie. Dat kan zich op vele manieren uiten, waaronder agressie tegen hulpverleners.

### 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom spoedprocessen?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[32]</sup> elf risico's<sup>[33]</sup> genoemd die betrekking hebben op het spoedproces. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[34]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn **overdracht (tussen eerste en tweede lijn)**, **multidisciplinair behandelen van een complexe patiënt** en **agressie op de spoedeisende hulp**. De risico's die overdrachten met zich meenemen worden het vaakst door de verenigingen genoemd<sup>[35]</sup>. Zo beschrijven de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en de

---

[32] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[33] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

---

[34] Zie inleiding voor meer informatie

[35] Hieronder zijn ook enkele risico's meegenomen van elk type overdracht, dit om de samenhang te bevorderen. Er is geen apart hoofdstuk 'overdracht'.

Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) vooral de risico's bij interne overdrachten. De NVKNO gaf in het gesprek met de inspectie over de risicoprofielen aan dat gevaarlijke situaties kunnen ontstaan door een gebrekkige overdracht van patiënteninformatie (bijvoorbeeld bij wisseling van diensten of hoofdbehandelaarschap). De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) beschrijft vooral de risico's die op kunnen treden bij een gebrekkige informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn. Zij geeft aan dat parallel aan de toenemende complexiteit van de zorg en de verplaatsing van zorg naar de eerste lijn, de behoefte aan transmurale samenwerking toeneemt. Één van de aspecten waardoor de overdracht steeds complexer wordt is de steeds complexer wordende patiënt. De behandel mogelijkheden nemen toe, net als de specialisatie van de betrokken zorgverleners. Daardoor zijn er steeds meer zorgverleners betrokken bij één patiënt, waardoor er meer en vaker moet worden overgedragen.

Een risico dat de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) in hun risicoprofiel benoemd is de multidisciplinaire behandeling van complexe patiënten. Volgens de NVvN worden complexe patiënten steeds meer complex, waarvoor samenwerking met meerdere specialismen nodig is. Vooral in het spoedproces blijkt het multidisciplinair zien van een spoedpatiënt organisatorisch lastig.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) benoemt als risico in hun risicoprofiel suïcidaal gedrag. De NVvP benoemt als een van de risico's dat het voorkomt dat professionals op de SEH (dus in het spoedproces) onvoldoende kennis en vaardigheden hebben om patiënten met suïcidaal gedrag te behandelen.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Goede organisatie en samenwerking zijn altijd belangrijk in de zorg, maar zijn bij spoedeisende zorg van levensbelang. Spoedeisende zorg is eigenlijk goede zorg plus geweldige logistiek. In het HRT 2014 is daarom aandacht besteed aan de samenwerkingsproblemen in deze sector. Een heldere doelstelling en daarbij passende afspraken en indicatoren kunnen hier bijdragen aan risicoreductie.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Succesvolle indicatoren voor spoedeisende hulp meten bijna altijd de snelheid waarmee een deel van het proces wordt doorlopen. Die indicatoren dragen bij aan het verminderen van de risico's die samenhangen met timing en coördinatie, mits het onderwerp goed gekozen wordt. Een indicator die zowel diagnostiek als behandeling omvat kan bijdragen aan de verbetering van de coördinatie. Een voorbeeld van een indicator die dat zou kunnen doen is de indicator Interval tussen TIA en carotischirurgie. Vooralsnog maakt deze indicator vooral duidelijk dat samenwerking tussen een beschouwend vak en een snijdend vak een risico vormt. Zwak punt in het Nederlandse zorgsysteem is dat er erg weinig informatie beschikbaar is uit de eerste lijn. In die zin is het Zweedse systeem superieur. Zweden kent bijvoorbeeld een geïntegreerd informatiesysteem voor eerste en tweede lijn. Daarmee is het mogelijk om grotere stukken van het proces te timen. Daarbij moet de overdracht tussen de verschillende schakels geregeld zijn. Het risico van een slechte overdracht kan dan meegenomen worden in de indicator.

## 3 Intensive care

U vindt de omschrijving van intensive care en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 3. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's op de intensive care?

Op een intensive care worden een of meer vitale functies tijdelijk overgenomen of ondersteund door technologie. De patiënt wordt daarbij intensief bewaakt. De IC is een arbeidsintensieve omgeving waar 24 uur 7 dagen per week zorg wordt geleverd. De zorg moet dus worden overgedragen tussen diensten. Daarnaast is informatie noodzakelijk over de aandoening die de patiënt op de IC bracht. Die informatie moet (ook) overgedragen worden. Het grote aantal verschillende aandoeningen dat kan leiden tot een IC opname, gecombineerd met het een groot aantal verschillende problemen die op kunnen treden tijdens de opname en de mogelijke ernst van de aandoening maken multidisciplinaire samenwerking essentieel. De kwetsbaarheid van de patiënt, gecombineerd met meerdere invasieve technieken maakt dat het optreden van infecties een inherent risico is. Aan de andere kant worden veel risico's ondervangen door de hoge kwaliteit en opleiding van het personeel. Toch kan dat in bepaalde situaties risico's geven. Communicatie met andere afdelingen met minder faciliteiten of met minder opgeleid personeel kan risico's opleveren. Dat maakt dat het gebruik van medische technologie, samenwerking, informatie (overdracht), en infectiepreventie inherente risico's zijn op de intensive care. Isolatie en het overschatten van de eigen mogelijkheden van een individuele afdeling zijn altijd een risico voor een afdeling met binnen het ziekenhuis unieke vaardigheden. De publiekelijk uitgevoerde discussie over de noodzaak van samenwerking tussen IC's maakt duidelijk dat onderlinge consultatie tussen intensive cares niet vanzelfsprekend is. Die samenwerking tussen IC's is wel essentieel voor veilige zorg. Dat betekent dat bedreigingen voor die samenwerking een risico vormen voor de zorg.

### *Gebrek aan voortgang nieuwe IC richtlijn remt nog steeds indicatorontwikkeling*

Het aantal indicatoren voor de intensive care is met ingang van 2014 sterk teruggebracht. De reden hiervoor is eenvoudig. De aspecten van een IC waar een inspectie naar kijkt zijn vooral sterk gelieerd aan de heersende richtlijnen. Er is door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) een aantal stappen gezet in het ontwikkelen van nieuwe indicatoren passend bij de te verwachten nieuwe richtlijn. Een voorbeeld daarvan was het voorstel om voor 2015 de *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) score van een intensive care zichtbaar te maken voor een IC. De SOFA score geeft een indicatie van de mate en ernst van het orgaanfalen. De score geeft daarmee ook een indicatie over de mate waarin een patiënt past op een bepaald type intensive care. De voorgestelde indicator stuitte op groot bezwaar van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en werd in ieder geval uitgesteld tot het vaststellen van de richtlijn.

Ondertussen is ook publiek duidelijk dat er nog een scherpe controversie is over de keuzes in de richtlijn. Dit leidt tot vertraging in de keuze van nieuwe indicatoren.

Ondertussen heeft het Zorginstituut Nederland een nieuwe standaard uitgebracht die is vastgesteld. De reden om de bovenstaande tekst opnieuw (net als in HRT 2014) te publiceren is om aan te geven hoe belangrijk het is om voortgang te blijven maken met het ontwikkelen van up to date richtlijnen. Blokkades binnen deze ontwikkeling werken jaren door en hebben gevolgen ver buiten de groep die deelneemt aan het directe conflict. Ook dit maakt het wenselijk dat er omstandigheden zijn waaronder een richtlijn door een partij met doorzettingsmacht moet worden vastgesteld. Falende voortgang bij richtlijnontwikkeling geeft risico's.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom de intensive care?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[36]</sup> negen risico's genoemd die betrekking hebben op de intensive care. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[37]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn **overdracht (door onvoldoende gekoppelde systemen), (inzet van) medische technologie en missen of negeren van alarmen bij bewaking vitale parameters**.

Net als bij het operatieve proces en bij spoedprocessen wordt in de risicoprofielen van de wetenschappelijke verenigingen rondom de intensive care met stip op één het risico 'overdracht' genoemd. Van de negen risico's genoemd door de verenigingen, gaan er vier over de overdracht. Deze risico's worden gedeeltelijk veroorzaakt door het risico '(inzet van) medische technologie'. Volgens de NVIC leiden veelvuldige overdrachten tot een frequent risico dat beperkt kan worden door excellente statusvoering. Op de IC wordt in veel ziekenhuizen gewerkt met een eigen Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), het zogenoemde 'Patiënten Data Management Systeem (PDMS)'. Het is niet altijd mogelijk om als arts of verpleegkundige, werkzaam op een andere afdeling, in het PDMS te kijken. Hierdoor kan informatie gemist worden. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) noemt in hun risicoprofiel dat hierdoor informatie verloren gaat, vooral informatie rondom de voorgeschiedenis, diagnostiek en de behandeling. Het foutieve of suboptimaal gebruik van apparatuur kan leiden tot verlengde IC opname en/of overlijden. Als het reguliere EPD gekoppeld is met het PDMS, dan is er volgens de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysica (NVKF) onvoldoende aandacht voor validatie van gekoppelde systemen wat op zichzelf een risico is. De Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) benoemt het niet overdragen van essentiële informatie als risico en geeft aan dat vooral de kwetsbare/vitaal bedreigde patiënten hierdoor 'at risk' zijn. Zij hebben bijvoorbeeld in eerder overleg met de inspectie aandacht gevraagd voor het ontbreken van de mogelijkheid om consultinformatie van de microbioloog vast te leggen in het EPD. Dit sluit aan bij het risico dat de NVKF in hun risicoprofiel benoemt 'het missen of negeren van alarmen bij

---

[36] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[37] Zie inleiding voor meer informatie

bewaking van vitale parameters'. In het gesprek met de inspectie over risicoprofielen gaf de NVKF aan dat het voor kan komen dat alarmen gemist worden en dat alarmmoeheid kan optreden als er te veel alarmen zijn, deze niet aansluiten bij de klinische toestand van de patiënt, of er regelmatig vals alarm is.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Doordat de intensive care een inherent risicovolle omgeving is, zijn er al veel systemen ingericht voor risicobeheersing. Multidisciplinaire samenwerking wordt bevorderd door een goed MDO. Die zijn inmiddels voor alle IC's ingericht. Goede introductie en gebruik van medische technologie, bijvoorbeeld door het goed invullen van het covenant medische technologie reduceert het risico.

Door de complexiteit van de problematiek is het niet altijd duidelijk wanneer risico's onverantwoord groot worden. Daarvoor is goede feedback noodzakelijk. Actieve deelname aan NICE moet een IC waarschuwen voor specifieke risico's. De nieuwe kwaliteitsstandaard voor de IC stelt eisen aan de regionale samenwerking en kan isolatie en zelfoverschatting voorkomen.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

In het verleden zijn de volgende groepen indicatoren met succes gebruikt voor de IC:

- 1 Indicatoren die vragen naar voorzieningen, formatie, of deelname aan kwaliteitsregistraties. Deze zijn aantrekkelijk omdat een IC kapitaal en informatie intensief is;
- 2 Indicatoren die grenzen van de eigen mogelijkheden aangeven: beademingsuren bij kinderen, gemiddelde beademingsduur bij IC's met potentieel onvoldoende faciliteiten. Gemiddelde zorgzwaarte bij opname op de IC;
- 3 Indicatoren voor het tijdig signaleren en behandelen van problemen, zoals sepsis, delirium, pneumonie;
- 4 Indicatoren voor de kwaliteit van de beheersing van patiëntenprocessen, zoals de glucosespiegel.

## 3.1 Beademingsuren

### Indicator

- Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling.

### Wat zijn de risico's?

Patiënten die zijn opgenomen op een IC vormen een kwetsbare groep. Zij worden opgenomen op de IC, omdat de vitale functies verstoord of ernstig bedreigd zijn. Vaak is beademing noodzakelijk. Een patiënt moet worden opgenomen op een IC-afdeling die past bij de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de patiënt, met 24x7 beschikbaarheid van diagnostiek en voldoende specifiek opgeleide artsen en verpleegkundigen om deze zorg te kunnen leveren. Kinderen vormen een bijzondere groep in de totale groep patiënten die wordt opgenomen op de IC. In de IC richtlijn<sup>[38]</sup> is de afspraak dat kinderen niet worden opgenomen op een IC voor volwassenen, tenzij dit noodzakelijk is voor overbrugging tot overplaatsing naar de kinder-IC mogelijk is. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de mate waarin dit beleid gevolgd wordt.

### Resultaten

94 ziekenhuizen leverden gegevens aan, waarvan 38 ziekenhuizen aangaven kinderen (<18 jaar) te beademen op een IC voor volwassenen. Al deze 38 ziekenhuizen beschikten over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC. In de toelichting gaven de meeste ziekenhuizen aan dat het beademen van kinderen (<18 jaar) enkel ter overbrugging was tijdens het overplaatsen van deze kinderen naar de kinder-IC. Zie ook tabel 3.1.

Tabel 3.1  
Kengetallen beademingsuren per patiënt onder de 18 jaar op een IC-afdeling (n=38)

	<72 uur: aantal patiënten	<72 uur: totaal beademings- uren	72-120 uur: aantal patiënten	72-120 uur: totaal aantal beademings- uren	>120 uur: aantal patiënten	>120 uur: totaal aantal beademings- uren
Gemiddelde (n) (min.-max.)	3 (0-18)	22 (0-106)	0 (0-4)	12 (0-269)	0 (0-3)	114 (0-1181)
Totaal (n)	127	853	8	450	11	4.343

[38] NVA (2006). Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland

## Aandachtspunten

### *Gebrek aan voortgang nieuwe IC richtlijn remt nog steeds indicatorontwikkeling*

Het aantal indicatoren voor de intensive care is met ingang van 2014 sterk teruggebracht. De reden hiervoor is eenvoudig. De aspecten van een IC waar een inspectie naar kijkt zijn vooral sterk gelieerd aan de heersende richtlijnen. Er is door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) een aantal stappen gezet in het ontwikkelen van nieuwe indicatoren passend bij de te verwachten nieuwe richtlijn. Een voorbeeld daarvan was het voorstel om voor 2015 de *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) score van een intensive care zichtbaar te maken voor een IC. De SOFA score geeft een indicatie van de mate en ernst van het orgaanfalen. De score geeft daarmee ook een indicatie over de mate waarin een patiënt past op een bepaald type intensive care. De voorgestelde indicator stuitte op groot bezwaar van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en werd in ieder geval uitgesteld tot het vaststellen van de richtlijn. Inmiddels is ook publiek duidelijk dat er nog een scherpe controversie is over de keuzes in de richtlijn. Dat leidt in ieder geval tot vertraging in de keuze van nieuwe indicatoren.

Inmiddels heeft het Zorginstituut Nederland een nieuwe richtlijn uitgebracht die binnenkort wordt vastgesteld. De reden om de bovenstaande tekst opnieuw (net als in HRT 2014) te publiceren is om aan te geven hoe belangrijk het is om voortgang te blijven maken met het ontwikkelen van up to date richtlijnen. Blokkades binnen deze ontwikkeling werken jaren door en hebben gevolgen ver buiten de groep die deelneemt aan het directe conflict. Ook dit maakt het wenselijk dat er omstandigheden zijn waaronder een richtlijn door een partij met doorzettingsmacht moet worden vastgesteld.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis beademt veel kinderen en heeft veel beademingsuren bij kinderen op de volwassen intensive care*

- 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)?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met welk ander ziekenhuis over beleid bij kinderen?



## 3.2 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie van de NICE

### Indicator

- Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE

### Wat zijn de risico's?

Deze kwaliteitsindicator is een uitwerking van de aanbeveling in de richtlijn 'Organisatie en werkwijze intensive care afdelingen voor volwassenen in Nederland'. In deze richtlijn adviseert de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) alle niveaus IC-afdelingen een brede set kwaliteitsindicatoren te registreren en te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Door gebruik te maken van de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) kunnen ziekenhuizen hieraan voldoen en kunnen zij hun kwaliteit verbeteren aan de hand van de terugkoppeling van de stichting NICE. Het doel van de indicator is voor de inspectie om ziekenhuizen te stimuleren deel te nemen aan de NICE registratie.

### Resultaten

In 2015 leverden 87 IC-afdelingen van ziekenhuizen data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd. Voor de 87 IC-afdelingen betrof dit ten minste de data voor de Minimale Data Set (MDS) en voor 73 IC-afdelingen betrof dit data voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren. 65 IC-afdelingen registreerden complicaties in NICE. De 22 IC-afdelingen die complicaties niet registreerden in de NICE lichtten veelal toe dat complicaties in een eigen registratiesysteem, waaronder het EPD, geregistreerd werden. Enkel het Spijkennis Medisch Centrum gaf aan geen data aan te leveren aan de NICE en lichtte dit niet toe.

### Aandachtspunten

#### ***Centraal aanleveren complicaties niet verplicht. Aanleveren van de kwaliteitsindicatoren op het moment van publiceren van deze tekst verplicht***

Voor de inspectie is het essentieel dat complicaties gesignaleerd en geanalyseerd worden. Een registratie is daarvoor een essentiële voorwaarde. Het is niet in een norm vastgelegd dat de instelling data over die complicaties (zolang het geen calamiteiten zijn) moet delen met registraties buiten het ziekenhuis. Het is aan de andere kant wel essentieel om van die complicatie te leren. Één van de voorwaarden voor leren is om de complicaties in een juiste context te plaatsen. Het is al moeilijk genoeg om patronen te herkennen in individuele casussen, ook al is er wel data vanuit andere instellingen beschikbaar om deze mee te vergelijken. Een geïsoleerde registratie, bijgehouden in het eigen EPD of Patiënt Data Management Systeem (PDMS) is echter niet verboden. De nieuwe richtlijn geeft deze aanbeveling: *'Iedere IC-afdeling werkt aan een zo goed mogelijke veiligheidscultuur en probeert het aantal fouten zoveel mogelijk te beperken. Iedere IC-afdeling dient fouten bij te houden en te melden. Iedere IC-afdeling dient een verbeterplan te maken en uit te voeren om in een continu proces het aantal fouten terug te brengen. Het kwaliteitssysteem van een IC en de systemen voor het melden van incidenten en calamiteiten zijn onderdeel van het kwaliteitssysteem van het gehele ziekenhuis.'*

Daarbij hoeft het systeem dus alleen ingebed te zijn in het systeem van het ziekenhuis. Over de kwaliteitsindicatoren van de NICE is minder keuzevrijheid: *'Alle Nederlandse IC-afdelingen registreren de minimale data set in NICE aangevuld met eventuele andere door de beroepsverenigingen benoemde indicatoren.'* Na implementatie, te verwachten begin 2017, moet deze indicator dan ook op 100% staan. Dit betekent dat de veertien ziekenhuizen die dat nu niet doen in actie zullen moeten komen. Daarbij geldt hoe eerder hoe beter. Wachten tot 2017 is niet gewenst.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*De IC-afdeling leverde in 2015 geen data voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren*

- Hoe heeft de IC-afdeling zicht op de eigen kwaliteit van zorg?
- Hoe benchmarkt de IC-afdeling met andere IC's?
- Op welke wijze kan het ziekenhuis garanderen dat zij *in control* is op intensive care zorg?

*De IC-afdeling registreerde in 2015 geen complicaties in de NICE*

- Hoe heeft de IC-afdeling zicht op complicaties?
- Hoe benchmarkt de IC-afdeling met andere IC's?
- Op welke wijze kan het ziekenhuis garanderen dat zij *in control* is op intensive care zorg?

*De IC-afdeling leverde in 2015 geen data voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren en registreerde geen complicaties in de NICE*

- Hoe voorkomt de IC-afdeling isolatie?

## 4 Polikliniek

U vindt de omschrijving van polikliniek en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 4. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's op de polikliniek?

Tijdens een polikliniekbezoek wordt in een kort tijdsbestek een zorgvraag behandeld, waarna de patiënt het ziekenhuis verlaat. De inherente risico's daarvan zijn:

- onvoldoende informatieoverdracht voorafgaande aan het polikliniekbezoek;
- onvoldoende tijd tijdens het bezoek om de informatie over de patiënt te verzamelen en te verwerken;
- onvoldoende interactie met de patiënt zodat beide partijen aan het eind geen duidelijk beeld hebben van de te volgen lijn;
- onvoldoende overdracht van informatie naar de verwijzer, de thuissituatie en andere behandelaars van de patiënt na het polikliniekbezoek;
- onvoldoende zicht op uitkomsten omdat een bezoek altijd maar een klein deel van de behandeling vormt;
- onvoldoende zicht op de groep die een afspraak afzegt of niet komt (zorgmijders).

Daarbij is er geen zicht van collega's op de handelingen tijdens het consult, waardoor geen systematische kwaliteitsbewaking mogelijk is. Vakgroepen hebben weinig of geen zicht op de populaties waar de polikliniek zorg aan verleend (zie indicator Sterfte na eerste (poliklinisch) consult). Voor zover bekend worden er weinig of geen audits uitgevoerd op de polikliniek. Brede proces richtlijnen zoals medicatieveiligheid zetten poliklinische processen in een aparte richtlijn die later zal verschijnen dan de klinische richtlijn.

Er zijn vrijwel geen indicatoren voor het proces op de polikliniek.

### 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel over de polikliniek?

Enkel de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) hebben risico's<sup>[39]</sup> benoemd in hun risicoprofielen die betrekking hebben op de polikliniek.

De NVDV gaf in het gesprek met de inspectie over risicoprofielen aan dat door de hoge bijdrage veel patiënten hun controles in het begin van het jaar afzeggen, of niet verschijnen. Volgens de NVDV zouden circa 10% van de afspraken op de polikliniek worden afgezegd, of

---

[39] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

komt de patiënt niet opdagen bij de afspraak. Mogelijke gevolgen hiervan zijn dat patiënten niet de optimale zorg (inhoudelijk) krijgen en dat de tijd niet gebruikt kan worden voor andere patiënten (organisatorisch).

De NOV benoemt als risico 'tijdsdruk op de polikliniek'. Door toenemende registratie- en administratieve lasten op de polikliniek is er minder tijd voor patiënt-arts contact. Dit kan leiden tot problemen met de indicatiestelling en met de communicatie tussen patiënt en arts. Dit risico heeft ook betrekking op het algemeen kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Een poliklinisch bezoek is zeer informatie-intensief, terwijl er betrekkelijk weinig ondersteuning is voor de polikliniek (zie o.a. de Indicator Elektronisch Voorschrijfsysteem). De risico's worden enigszins gereduceerd door de selectie van de groep patiënten die op de polikliniek komen. Kwetsbare patiënten worden eerder opgenomen, waardoor meer gelegenheid voor analyse is. De enorme verschuiving van kliniek naar dagverpleging en polikliniek maken dit een riskante strategie voor de toekomst. Betere informatievoorziening zoals medicatieverificatie voor de polikliniek kan risico's reduceren. Dit inbouwen in het reguliere polikliniek consult vraagt weer extra tijd. Dit kan leiden tot een consult waarbij 'het scherm' permanent tussen arts en patiënt staat. Specifieke aandacht in faciliteiten voor informatievoorziening op de polikliniek is dan ook wenselijk. Naast deze ontwikkeling is een verschuiving van poliklinische zorg naar zorg in de eerste lijn zichtbaar. Deze ontwikkelingen vallen buiten het werkgebied van de basisset ziekenhuizen. De NVALT geeft overigens aan dat dit ook risico's voor patiënten kan inhouden in de afstemming tussen eerste en tweede lijn.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Er zijn twee soorten indicatoren geschikt om risico's op de polikliniek te reduceren:

- Indicatoren die de aanwezigheid van informatie toetsen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de informatievoorziening, zoals bijvoorbeeld de Indicator EVS;
- Indicatoren die meer inzicht geven in welke populatie op de polikliniek gezien wordt kunnen bijdragen aan het selecteren van de juiste groepen. Ze kunnen ook inzicht geven in de vraag wat een specialist weet van zijn populatie. Te denken valt aan functionele uitkomst (kwaliteit van leven), herhaalfactoren (hoe vaak moet iemand terug komen na het eerste consult). Zonder middelen om de gegevens te interpreteren zijn deze uitkomsten erg frustrerend voor zorgverleners.

## 5 Diagnostiek

U vindt de omschrijving van diagnostiek en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 5. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij diagnostiek?

Er zijn twee wijzen om naar diagnostiek te kijken.

Het eerste perspectief is het intellectuele proces waarbij een hoogopgeleide professional waarnemingen doet en op basis van die waarnemingen conclusies trekt over de problemen van de patiënt. Het is het oudste medische en verpleegkundig proces en wellicht het meest intellectueel uitdagend. Risico's zijn (natuurlijk) foute waarnemingen (inclusief nooit uitgevoerde testen), foute conclusies/diagnosen en verkeerde gevolgtrekkingen uit de diagnosen. De diagnose staat aan het begin van al het handelen en een verkeerde diagnose kan leiden tot een verkeerde behandeling. Af en toe komen er volkomen nieuwe diagnostische middelen ter beschikking die de aard van de diagnostiek sterk kunnen veranderen. Het meest recent is dat de DNA analyse, maar eerder waren dat de echo, MRI, CT, etc. Deze nieuwe middelen moeten ingepast worden in het diagnostisch proces. Het andere perspectief is de diagnostiek als (zeer) complex logistiek proces. Daarbij moet een aanvrager op basis van een diagnostisch plan aanvragen uitsturen, materiaal verzamelen dat, juist gelabeld, moet worden geanalyseerd door een andere specialist. Dat moet vervolgens op de juiste plaats komen om het besluit te nemen en vervolgens door de juiste persoon op het juiste moment betrokken worden in de besluitvorming. Dit proces is risicovol door zijn complexiteit en door de verschillende 'culturen' waarin de processtappen worden uitgevoerd. Deze culturen variëren van de hectiek van een spoedeisende hulp tot een vrijwel volledig gemechaniseerd en geautomatiseerd chemisch lab.

De intellectuele uitdaging en het risico mogen blijken uit het feit dat diagnostiek de tweede oorzaak is van vermijdbare sterfte<sup>[40]</sup>. Tegelijkertijd zijn er vrijwel geen projecten ingericht voor het verhogen van de kwaliteit van de diagnostiek en geen specifieke indicatoren. Het diagnostisch proces is aanmerkelijk riskanter dan het medicatieproces en verder vormen diagnostische fouten in de vorm van voorschrijffouten de basis van veel risico's ook in het medicatieproces.

De derde groep risico's zijn de risico's van het individuele onderzoek. Veel onderzoeken kunnen belastend zijn (zoals puncties), maar hoeven niet altijd een risico te hebben. Er is

---

[40] [http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/monitor\\_zorggerelateerde\\_schade\\_2011\\_2012.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/monitor_zorggerelateerde_schade_2011_2012.pdf)

een groep onderzoeken die wel een duidelijk risico hebben. Voorbeelden daarvan zijn de ERCP, andere scopieën en de CT scan bij kinderen.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom de diagnostiek?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[41]</sup> 30 risico's<sup>[42]</sup> genoemd die betrekking hebben op de diagnostiek. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[43]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn **falen of ontbreken van diagnostiek (door verkeerd gebruik medische technologie), onder- en/of overbehandeling, samenwerking met laboratoria** en daarbij aansluitend **patiëntverwisseling/monsterverwisseling**.

De Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) benoemt in het risicoprofiel 'het falen of ontbreken van diagnostiek' waardoor er kans kan ontstaan op foutieve behandeling en/of over- en onderbehandeling. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) benoemt in hun risicoprofiel dat patiënten schade oplopen als direct gevolg van onnodige diagnostiek, of als gevolg van vervolgonderzoek/behandeling.

### *Goede procedures zijn belangrijk, gezien de complexe samenwerkingsrelaties*

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC) benoemt in hun risicoprofiel dat het falen of ontbreken van diagnostiek voor een groot deel samenhangt met de samenwerking met laboratoria. In het gesprek met de inspectie over het risicoprofiel lichtte de NVKC toe dat klinisch chemische laboratoria per dag vaak grote aantallen (honderden tot duizenden) bloedmonsters en andere lichaamsmaterialen verwerken. Onjuiste of onvolledige identificatie van de patiënt bij afname of ontvangst van materiaal, onjuiste labeling van buizen etc. kunnen leiden tot verwisseling van laboratoriumuitslagen van patiënten. Deze fouten zijn vaak het gevolg van het niet juist naleven van de voorgeschreven procedures en de gevolgen kunnen variëren van gering tot zeer ernstig. De ernst van de gevolgen is vooral afhankelijk van de reactie van de behandelaar op de laboratoriumuitslagen. Aanvragers worden daarom altijd geadviseerd kritisch te zijn op onverwacht sterk afwijkende bevindingen die niet overeenstemmen met het klinisch beeld. Ook geeft de NVKC aan in hun risicoprofiel dat de tijdigheid van laboratoriumresultaten een risico kan zijn en dat de kans op gezondheidsschade aanwezig is door onjuiste uitvoering van onderzoeken door een niet geaccrediteerd laboratorium.

### *De juiste uitslag op de juiste plaats op het juiste moment met de juiste nadruk*

Ook de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP) benoemt een risico wat hiermee samenhangt: 'door inzender niet opgemerkte bevinding in pathologie uitslag, vooral bij gewijzigde uitslag/aanvullend bericht.' Volgens de NVVP zou er gebrek zijn aan een uniform protocol waarin staat wanneer de patholoog niet kan volstaan met het verzenden van het verslag, maar waarbij

---

[41] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen.

[42] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd.

[43] Zie inleiding voor meer informatie.

deze ook de inzender moet bellen of mailen. Daarnaast ontbreekt er vaak een ziekenhuisbreed alert systeem waarin dergelijke gevallen aan de inzender kenbaar worden gemaakt.

### ***Diagnostiek als intellectueel proces***

#### *De juiste conclusie op basis van de juiste kennis*

Onder- en/of overbehandeling is een risico dat door meerdere verenigingen wordt genoemd. De Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysica (NVKF) benoemt een andere oorzaak van het falen of ontbreken van diagnostiek. In het gesprek met de inspectie over het risicoprofiel lichtte de NVKF toe dat beeldinformatie technisch gezien veel eenvoudiger toegankelijk is geworden. Thoraxfoto's kunnen tijdens diensten ingezien worden op een iPad. Hoe goed deze schermen nu ook zijn, zij zijn niet ontworpen voor het type afwijkingen waar (soms) onderscheid tussen moet worden gemaakt. Dat kan tot fouten leiden. Daarnaast kan diagnostische informatie eenvoudiger verspreid worden. Dat vraagt extra waakzaamheid ten aanzien van de privacy.

#### *De juiste gevolgen verbonden aan de diagnose*

Een ander veelgenoemd risico is onder- en/of overbehandeling als gevolg van diagnostische fouten. De Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) benoemt onder/overbehandeling bij spinale instrumentatie' als risico. De NVvN lichtte in het gesprek met de inspectie over risicoprofielen toe dat er een grote praktijkvariatie is die onverklaarbaar is. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) noemt als risico 'somatische en psychiatrische onderbehandeling'. Een gemiste diagnose en behandeling kunnen complicaties, verhoogde morbiditeit en mortaliteit tot gevolg hebben. Volgens de NVvP zou dit vooral komen door 1) onvoldoende kennis en vaardigheden van professionals en te beperkte menskracht; 2) te laat inschakelen van psychiater en CPV; 3) onvoldoende samenwerking; en 4) gebrek aan ketenzorg nodig voor vervolg- en nabehandeling.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Het diagnostisch proces kan net als het operatief proces, de interventies en het medicatie proces veiliger gemaakt worden door systematisering. Veel van de risicobeheersingmaatregelen genoemd door de diagnostische vakken vallen in deze categorie. Daaronder vallen betere beheersing van de monsters, betere procedures voor het onder de aandacht brengen van belangrijke uitslagen en het op een goede wijze doorgeven van onverwachte bevindingen.

Risicobeheersing van het intellectuele proces is deels zo oud als de geneeskunde.

Feedbackmechanismen als de obductie en de necrologiebespreking om de kwaliteit van het diagnostisch redeneren te toetsen is daar een voorbeeld van. Recenter zijn daar de (multi-disciplinaire) patiëntenbesprekingen bijgekomen. Richtlijnen zijn ook een voorbeeld van de wijze waarop nieuwe diagnostische kennis beschikbaar gemaakt wordt voor de praktijk. Risicobeheersing van het individuele onderzoek heeft een nauwe verwantschap met de risicobeheersing van het operatief proces. Voorbeelden daarvan zijn de time-out bij een scopie of een diagnostische catheterisatie. Sommige risico's zijn cumulatief, vooral de risico's die gerelateerd zijn aan straling. Daarbij is een zorgvuldige afweging van de balans

tussen opbrengst en risico van belang. Beperking van het risico van het individuele onderzoek gebeurt bijvoorbeeld door het invoeren van dosisreferentieniveaus.

#### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

In de loop van 2016 en 2017 worden specifieke bijeenkomsten gehouden om nieuwe indicatoren te formuleren gezien de hoge prioriteit voor risicobeheersing binnen de diagnostiek.

De drie basisrisico's hebben ieder een verschillende benadering:

- 1 Diagnostiek als (multidisciplinair) intellectueel proces:
  - Infrastructuur;
    - Structuurindicatoren die vragen naar de voorwaarden voor overleg zijn in het verleden veel gebruikt ('MDO' indicatoren). Hierbij is de uitdaging te waarborgen dat de overleggen ook daadwerkelijk functioneren en niet bijdragen aan de 'overleg' druk op het proces;
    - Evaluatiebesprekingen zoals audits en necrologiebesprekingen;
  - Kwaliteit van de diagnostische besluitvorming.
- 2 Tot dusverre nog niet voorzien diagnostisch proces:
  - Infrastructuur 'het juiste proces';
    - Zijn de juiste waarborgen aanwezig voor een veilig proces. Voorbeelden hiervan zijn (waren) de time-out bij scopieën;
    - Is het laboratorium(proces) op de juiste wijze gecertificeerd?;
    - Is een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd?;
  - Tijdigheid van diagnostiek;
    - Vaak in combinatie van een op de diagnostiek gebaseerde handeling; Voorbeelden daarvan zijn:
      - *Door to needle time* bij CVA (inclusief stolling en differentiatie bloeding en infarct);
      - Carotisenarteriectomie na een TIA. De doorlooptijd van het neurologisch onderzoek en de preoperatieve voorbereiding.
- 3 Waarborgen voor de kwaliteit van een individueel onderzoek:
  - Structurele risicobeheersing;
    - Protocollen voor stralingsbelasting bij kinderen en dosis referentieniveaus;
    - Kwaliteitsregistraties bij hoogrisico - onderzoeken (ERCP).



## 6 Interventies

U vindt de omschrijving van interventies en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 6. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

In het algemeen spraakgebruik zijn interventies en ingrepen identiek. In het medische domein en in de basisset zijn interventies invasieve ingrepen die via een natuurlijke opening of via een kleine snede op afstand via een katheter worden uitgevoerd en die onder sedatie of lokale anesthesie worden uitgevoerd. Minimaal invasieve ingrepen die onder begeleiding van een anesthesioloog op een operatiekamer worden uitgevoerd vallen onder het operatief proces.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij interventies?

Veel van de risico's van een interventie komen overeen met de risico's in het operatief proces. Dat is waarschijnlijk de reden dat onderdelen van de richtlijn operatief proces ook worden gebruikt voor interventies.

Tijdens een interventie gebruikt een specialist een technisch hulpmiddel, een katheter of scoop om toegang te krijgen tot een plek in het lichaam, vaak een holle ruimte of vat. De patiënt wordt daardoor minder belast dan bij een vergelijkbare 'open' procedure het geval zou zijn. Als het goed is zijn er daardoor ook minder risico's. Hiervoor is specialistische kennis en ervaring nodig. De medische technologie moet veilig gebruikt kunnen worden. Er is risico op infecties, al dan niet doordat de scoop onvoldoende gereinigd kan worden. Interventies kunnen worden uitgevoerd onder doorlichting, in dat geval zijn er de – cumulatieve – risico's van de blootstelling aan straling.

De interventie is meestal ten minste oncomfortabel, maar kan ook pijnlijk zijn. Daarom wordt vaak sedatie toegepast. Deze moet voldoende veilig zijn. De patiënt moet bewaakt worden tijdens de interventie en tijdens de periode dat effecten van de sedatie op kunnen treden.

### 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom interventies?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[44]</sup> veertien risico's<sup>[45]</sup> genoemd die betrekking hebben op het thema interventies. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde

---

[44] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

---

[45] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

risicoprofielen<sup>[46]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. Het risico dat overkoepelend terugkomt in de risicoprofielen is **(verkeerd) gebruik van (nieuwe) medische technologie**.

Het risico over het verkeerd gebruiken van (nieuwe) medische technologie is al eerder genoemd in het hoofdstuk operatief proces, intensive care en diagnostiek. Risico's rondom het verkeerd gebruik van nieuwe medische technologie worden gesignaleerd en benoemd in de risicoprofielen van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysica (NVKF), de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). Het invoeren van een nieuwe interventie hangt samen met de invoering van een nieuwe techniek. Zo gaf de NVKNO in het gesprek met de inspectie over risicoprofielen aan dat een gebrek aan ervaring met een nieuwe techniek kan leiden tot gevaren voor de patiëntveiligheid.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Veel risico's in het operatief proces zijn gereduceerd door het strikt toepassen van een goede procesgang. Interventies die de laatste jaren gemeengoed zijn geworden op operatiekamers worden ook gebruikt bij scopieën en katheterisaties. Een goede time out is daar een voorbeeld van.

Er is veel aandacht voor infectiepreventie en bijvoorbeeld wasprocedures voor invasieve apparatuur. Ook hier geldt dat zorgvuldige procedures belangrijk zijn. Omdat kruisinfecties relatief zeldzaam zijn, is het delen van informatie over incidenten belangrijk. Zorgvuldige introductie en implementatie van nieuwe technologie volgens het Convenant Medische Technologie zijn belangrijk om risico's van nieuwe technologie te reduceren.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

- Alle typen indicatoren die ook in gebruik zijn binnen het operatieve proces. Voorbeelden zijn:
  - Time out bij MDL ingrepen;
  - Interventieradiologie;
  - Volume indicatoren voor risicovolle ingrepen;
  - Kwaliteitsregistraties.
- Indicatoren over de inzet van sedationisten.
- Het is waarschijnlijk niet zinvol om surveillance indicatoren te gebruiken, gezien de kleine risico's op infecties.

---

[46] Zie inleiding voor meer informatie

## 7 Medicatieproces

U vindt de omschrijving van het medicatieproces en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 7. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's in het medicatieproces?

In het medicatieproces kiest een zorgverlener een of meer medicamenten passend bij de zorgbehoefte van de patiënt (voorschrijven). Bij deze keuze houdt hij, naast de zorgvraag rekening met patiënteigenschappen (zoals nier- en leverfunctie en allergieën). Verder kijkt hij naar de andere medicatie die de patiënt gebruikt, of gebruikt heeft. Daarvoor moet informatie bij de patiënt verzameld worden (medicatieverificatie) van voorgaande zorgverleners (medicatieoverdracht). Een voorschrijver gebruikt een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Dat systeem geeft hem waarschuwingen als het voorschrift niet samengaat met gebruikte medicatie. Voor sommige groepen zoals kinderen gelden andere grenzen voor signalen. Alleen als daar goede software voor wordt gebruikt is dit veilig. Dat voorschrift (recept) wordt door een apotheek aan de patiënt of aan de verpleegafdeling afgeleverd. Het recept wordt verwerkt en vervolgens wordt de medicatie op de verpleegafdeling uitgedeeld aan de patiënt. Daarna moet het medicament worden ingenomen door de patiënt. Dit hele proces wordt gedocumenteerd. Na beëindiging van de opname moet de informatie over de gebruikte medicatie-informatie worden overgedragen aan de opvolgende zorgverlener.

Er is een verschil in medicatieproces tussen de polikliniek, de afdeling en tijdens een acute opname. Elk van deze stappen kent zijn eigen risico's. Voorschrijffouten hebben de meeste gevolgen omdat zij elke keer als het medicament gebruikt wordt terugkomen.

Patiënten die veel gezondheidsproblemen hebben en daarvoor veel medicatie gebruiken (polyfarmacie) lopen meer risico. Het medicatieproces kent extra risico's omdat er op meerdere plaatsen wordt voorgeschreven, door verschillende zorgprofessionals. Per handeling is dit proces minder riskant dan het operatief proces, maar door het grote aantal betrokkenen en de wisselende omstandigheden is er veel meer kans op cumulatieve fouten. Ook pediatrie patiënten lopen meer risico vanwege de noodzakelijke doseringsaanpassingen. Doseringfouten behoren tot de grootste groep meldingen in het Veilig Incident Melden systeem.

Een voorgeschreven medicament moet beschikbaar zijn als het noodzakelijk is voor de behandeling. Als er problemen zijn met de bevoorrading of de bekostiging geeft dat risico's. Sommige medicamenten zijn zeer ingrijpend (cytostatica en antistolling) en zijn daarom riskant.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom het medicatieproces?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[47]</sup> 30 risico's<sup>[48]</sup> genoemd die betrekking hebben op het medicatieproces. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[49]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn **onvolledige of niet tijdige medicatieoverdracht (tussen eerste en tweede lijn), polyfarmacie, medicatiefouten, antistollingsgebruik en het niet verkrijgen van geneesmiddelen (door o.a. financiering)**. Samen met de thema's kwetsbare ouderen en diagnostiek worden de meeste risico's door de verenigingen genoemd in het medicatieproces.

De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA) noemt als één van de risico's de onvolledige of niet tijdige medicatieoverdracht. In het gesprek met de inspectie over risicoprofielen gaf de NVZA aan dat dit risico van toepassing is op alle patiënten, maar dat het risico hoger wordt bij patiënten met polyfarmacie, bij oudere patiënten en bij allochtone patiënten. Ook gaf de NVZA aan dat uit onderzoek blijkt dat een tijdige medicatieoverdracht momenteel niet overal goed geregeld is, waarbij een beperkende factor vaak de ICT is.

Een ander risico dat veelvuldig aan bod komt in de risicoprofielen is polyfarmacie<sup>[50]</sup>. NVZA benoemt over het risico polyfarmacie dat het onduidelijk is of alle gebruikte geneesmiddelen (nog) goed zijn voor die patiënt. Er is gebrek aan kennis bij medisch specialisten over de geneesmiddelen die door andere artsen worden voorgeschreven, waardoor medicijnen mogelijk niet goed samengaan. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) noemt multimorbiditeit en polyfarmacie als belangrijk risico. De NVKG geeft aan dat 14-20% van de ouderen kwetsbaar is en dat er ongeveer 1,5 miljoen ouderen zijn met multimorbiditeit in Nederland<sup>[51]</sup>. Door deze ouderen worden vaak verschillende medicamenten tegelijkertijd gebruikt. Volgens de NVKG zijn oorzaken van het risico dat er veel verschillende disciplines betrokken zijn, waar tussen onvoldoende afstemming is, er geen regie is, er niet altijd een adequate overdracht is en dat richtlijnen elkaar tegenspreken. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) benoemt ook het risico 'polyfarmacie en medicatieveiligheid' en gaf in gesprek met de inspectie over de risicoprofielen aan dat polyfarmacie toeneemt door vergrijzing en strengere streefwaarde. Daarnaast zou polyfarmacie kunnen leiden tot complicaties zoals hypotensie, nierinsufficiëntie en bloedingen.

De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) benoemt 'medicatiefouten' als risico in hun risicoprofiel. Zij gaven in het gesprek met de inspectie over risicoprofielen aan dat, ten

---

[47] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[48] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

[49] Zie inleiding voor meer informatie

---

[50] Polyfarmacie is gedefinieerd als het gebruik van 5 of meer geneesmiddelen. Polyfarmacie komt veel voor bij ouderen die meerdere aandoeningen hebben en dus meerdere geneesmiddelen tegelijk nodig hebben. Doordat er zoveel middelen tegelijk gebruikt worden, is de kans op interacties en bijwerkingen groter.

[51] Rapport Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen; Richtlijn Polyfarmacie

gevolge van een afwezige koppeling tussen apotheekstelsel en EPD, medicatiefouten en ongewilde interacties vaak niet aan het licht komen. Niettemin heeft de uroloog de verantwoordelijkheid voor alle medicatie van de patiënt, dus ook voor die medicatie waarvan hij niet voorschrijver is.

De Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) benoemt 'medicatiefouten' als risico in hun risicoprofiel. Volgens de NVKNO kunnen fouten bij het voorschrijven van medicatie leiden tot ernstige morbiditeit en ineffectieve behandeling.

Over het gebruik van antistollingsmiddelen gaf de NVZA in gesprek met de inspectie aan dat de dosering in de kliniek vaak niet duidelijk in het EPD staat; deze is veelal nog op papier. Naast dosering is vooral de stopdatum niet duidelijk. Volgens de NVU worden antistollingsmiddelen steeds frequenter gebruikt, met name door ouderen. Er is een wisselend beleid met betrekking tot het wel of niet stoppen van antistolling voor een urologische ingreep. Een resultaat hiervan kan zijn dat er meer nabloedingen en heropnames komen. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) gaf in gesprek met de inspectie aan dat de informatie over medicatie niet altijd optimaal is.

Het niet verkrijgen van geneesmiddelen (door financiering) is een ander risico wat door veel verenigingen genoemd wordt. Zo gaf de Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) aan dat de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van medicatie onder druk staat. De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) gaf in gesprek met de inspectie als voorbeeld dat Dermatica niet meer verkrijgbaar is. Ook de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) benoemt dit risico. Volgens de NVK komt het steeds vaker voor dat de juiste medicatie voor pediatrische patiënten niet meer beschikbaar is.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Voor dit onderdeel worden in 2016 en 2017 werkgroepen ingericht om deze risico te verminderen. Omdat het medicatieproces een complex proces is met veel deelnemers, is de eerste stap in de risicoreductie het inrichten van een helder, voorspelbaar proces met duidelijke taken en verantwoordelijkheden. De inspectie heeft in het verleden specifieke onderdelen aandacht gegeven. Voorbeelden daarvan zijn het gebruik van een EVS, medicatieverificatie en de overdracht.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren**

- Structuur:
  - Benodigde infrastructuur (bijvoorbeeld het hebben van een EVS), gezien het grote aantal verschillende situaties waarbinnen voorgeschreven wordt;
  - Specifieke voorzieningen.
- Proces:
  - Veilige werkmethoden, zoals medicatieverificatie en overdracht.

## 7.1 Elektronisch voorschrijven

### Indicator

- Elektronisch voorschrijven.

### Wat zijn de risico's?

De indicator elektronisch voorschrijven vraagt naar de mate waarin vijf klinische afdelingen en vijf poliklinieken elektronisch voorschrijven zoals bedoeld in de richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen. Indien op het moment van voorschrijven geen medicatiebewaking kan worden uitgevoerd ontstaat er een kans op medicatiefouten, hetgeen een groot risico is voor de patiënt. Medicatiefouten zijn door verschillende wetenschappelijke verenigingen benoemd als grootste risico in het risicoprofiel. Het doel van deze indicator is om na te gaan of het ziekenhuis werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn 'Elektronisch voorschrijven'. Tevens geeft de indicator inzicht in de snelheid van implementatie in het ziekenhuis.

### Resultaten

Deze indicator wordt sinds 2015 uitgevraagd. Alle klinische afdelingen cardiologie, interne geneeskunde, kinderafdeling, orthopedie en urologie binnen ziekenhuizen maakten gebruik van elektronische voorschrijven of schreven gedeeltelijk elektronisch voor (tabel 7.1.1). Uit tabel 7.1.2 blijkt dat het op de poliklinieken van dezelfde specialismen voorkomt dat er niet elektronisch voorgeschreven wordt.

Tabel 7.1.1  
Elektronisch voorschrijven op klinische afdelingen

Specialisme	Aantal ziekenhuizen (n) die elektronisch voorschrijven	Aantal ziekenhuizen (n) die gedeeltelijk elektronisch voorschrijven	Aantal ziekenhuizen (n) die niet elektronisch voorschrijven
Cardiologie (n=87)	81	6	0
Interne geneeskunde (n=89)	81	8	0
Kinderafdeling (n=88)	81	7	0
Orthopedie (n=89)	83	6	0
Urologie (n=88)	82	6	0

Tabel 7.1.2  
Elektronisch voorschrijven in de polikliniek

Specialisme	Aantal ziekenhuizen (n) die elektronisch voorschrijven	Aantal ziekenhuizen (n) die gedeeltelijk elektronisch voorschrijven	Aantal ziekenhuizen (n) die niet elektronisch voorschrijven
Cardiologie (n=87)	65	12	10
Interne geneeskunde (n=89)	64	13	12
Kinderafdeling (n=85)	62	9	14
Orthopedie (n=89)	65	12	12
Urologie (n=88)	64	12	12

### Aandachtspunten

#### *Elektronisch voorschrijven bestaat uit veel onderdelen*

Het begrip ‘elektronisch voorschrijven’ is verwarrend. Ja, een voorschrijver schrijft elektronische recepten voor. Dat vermindert fouten door onleesbaar handschrift en onbegrijpelijke teksten. Achter de schermen van het systeem gebeurt echter meer. Het systeem kan toetsen of de dosering klopt, of het voorschrift past bij andere medicatie die de patiënt gebruikt en of de medicatie past bij andere ziekten van de patiënt. Hiervoor is informatie over de patiënt, zijn/haar medicatiegebruik en de effecten van de ziekte en medicatie op de mens noodzakelijk.

Het systeem waarschuwt de voorschrijver als het voorschrift niet klopt met de gegevens over de patiënt, de ziekte of de medicatie. De zorg wordt daardoor veiliger. Er zijn ook risico's, waarvan sommige risico's goed bekend zijn. Als er geen goed medicatieoverzicht in het systeem zit, kunnen waarschuwingen ontbreken. Als een patiënt middelen gebruikt die wel effecten hebben, maar die hij niet als geneesmiddel herkent, kan het systeem daar niet voor waarschuwen. Een bekend voorbeeld daarvan zijn sommige soorten kruidenthee.

#### *Kinderen vormen een apart risico*

Tijdens de bespreking van deze resultaten vroeg de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) aandacht voor de hoge score incidentmeldingen bij elektronisch voorschrijven bij opgenomen kinderen. Voor kinderen moeten doseringsvoorschriften op maat gemaakt worden. Dat vraagt een andere berekening van de dosis en de bewaking moet andere normaalwaarden gebruiken. Een ziekenhuis moet daar een aparte module voor kopen (voor zover die al voldoet) of deze zelf bouwen. Er zijn maar weinig ziekenhuizen die hier een goed systeem voor hebben, waardoor een kinderarts niet de juiste waarschuwingen krijgt. Het zijn er of veel te veel of veel te weinig.

Blind vertrouwen op het systeem is riskant en zelf wanneer goed opgelet wordt is er kans op fouten in het voorschrijven van bijvoorbeeld de tijden waarop medicatie moet worden toegediend.

De resultaten zijn ook met andere wetenschappelijke verenigingen besproken. Zij zien allen hetzelfde risico. Na het invoeren van elektronisch voorschrijven heeft de behandelaar minder aandacht voor de medicatie die de patiënt gebruikt (het actueel medicatie overzicht) en minder aandacht voor zaken waarvan de voorschrijver denkt dat het systeem ervoor bewaakt. Dat is logisch, als iemand het druk heeft spendeert hij of zij minder tijd aan iets wat een ander (in dit geval het systeem) ook al doet. Daarom moet er aandacht blijven voor schijnveiligheid bij het gebruik van een EVS.

#### ***Cytostatica vaak buiten het systeem***

Cytostatica zijn voorbeelden van hoogrisico medicamenten. Zij hebben vele effecten op het lichaam en zijn bedoeld om een deel van het lichaam (de tumor) te doden. Het valt op dat veel ziekenhuizen toelichten dat deze medicamenten niet zijn opgenomen in het elektronisch voorschrijfsysteem. Dit klopt ook met de bevindingen van de inspectie, die onder andere naar voren kwamen tijdens een onderzoek naar de behandeling van kinderen met kanker. Zolang dit risico bekend is en alle behandelende artsen er voldoende rekening mee houden, is dit waarschijnlijk geen probleem. Het valt wel op dat ziekenhuizen niet altijd melden dat cytostatica buiten het systeem vallen. Hopelijk melden zij dat wel aan hun eigen personeel.

#### ***Overdracht nog niet op orde***

Een van de criteria voor het beoordelen of er elektronisch wordt voorgeschreven was het goed overdragen van de informatie naar de volgende schakel. Het Gelre ziekenhuis meldt dat dit nog niet voldoende is geregeld. Die vermelding verdient een compliment. Tijdens onderzoek door de inspectie blijkt dat dit het zwakste punt is in de schakel. Overdragende partijen vermelden vaak de indicatie niet op het elektronische recept, ook als zij dat wettelijk verplicht zijn en de nierfunctie wordt ook vaak niet goed overgedragen aan de apotheek. Het feit dat zij die informatie vaak zelf ook niet krijgen is hierbij geen excuus.

#### ***De polikliniek: dezelfde en een paar eigen problemen***

Alles wat gezegd is over het elektronisch voorschrijven in het algemeen geldt ook voor het elektronisch voorschrijven op de polikliniek, mogelijk met uitzondering van de cytostatica, als deze alleen klinisch worden voorgeschreven. Tijdens een bezoek aan de polikliniek is er minder tijd voor interactie tussen arts en patiënt. Er is geen/niet altijd een medicatieverificatiegeprek met de patiënt, dus is er minder zekerheid dat het actueel medicatieoverzicht klopt, inclusief allergieën en (contra)indicaties. Veel ziekenhuizen melden dat zij in 2016 overgaan op elektronisch voorschrijven. Een goede risicoanalyse, rekening houdend met de bijzondere omstandigheden op een polikliniek is daarbij een essentiële voorwaarde.



## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis schrijft medicatie niet voor middels een EVS op een poliklinische afdeling (elk ziekenhuis schrijft klinisch medicatie voor middels een EVS)*

- Wat voor medicatieveiligheidsbeleid hanteert het ziekenhuis?
- Hoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat een poliklinische afdeling beschikt over een actueel medicatie overzicht (AMO) voordat medicatie wordt voorgeschreven?
- Hoe zorgt het ziekenhuis dat voorschrijvers bij het voorschrijven bewaken op interacties en contra-indicaties?
- Wanneer is het ziekenhuis voornemens om een EVS op de polikliniek te implementeren?
- Worden risico's voorafgaand aan de implementatie van het EVS op de polikliniek geïnventariseerd?

*Het ziekenhuis schrijft medicatie gedeeltelijk voor middels een EVS op een klinische/poliklinische afdeling*

- Hoe wordt geborgd dat een voorschrijver die elektronisch voorschrijft op de hoogte is van medicatie die eerder middels papieren recepten is voorgeschreven?
- Wanneer is het ziekenhuis voornemens om een EVS ziekenhuisbreed te implementeren?
- Worden risico's voorafgaand aan de implementatie van het EVS geïnventariseerd?

*Het ziekenhuis schrijft medicatie klinisch en/of poliklinisch voor middels een EVS*

- Hoe wordt het EVS up to date gehouden?
- Wanneer worden bewakingssignalen geïmplementeerd?

## 7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

### Indicatoren

- Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd.
- Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd.
- Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd.
- Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd.

### Wat zijn de risico's?

Zowel jongeren als ouderen zijn kwetsbaar wanneer het gaat om medicatiegebruik. Om te voorkomen dat deze kwetsbare patiënten onnodig schade oplopen door het verkeerd gebruik van medicatie, is het nodig om bij opname en ontslag medicatieverificatie toe te passen. Als het medicatiegebruik niet geverifieerd is met de patiënt, kan er een verschil ontstaan tussen wat de patiënt daadwerkelijk gebruikt en de informatie in het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Het daadwerkelijke gebruik kan sterk verschillen van de voorgeschreven medicatie<sup>[52]</sup>. De therapietrouw varieert per type medicatie en per aandoening. Er zijn verschillende manieren om het risico te meten. Ongeveer 10% van de patiënten haalt de voorgeschreven medicatie nooit op, 10-15% stopt, mogelijk op eigen initiatief. In een metastudie wordt geschat dat 40% van de patiënten 'therapieontrouw<sup>[53]</sup>' is. Een risico kan bijvoorbeeld zijn dat iemand tijdens de opname voor het eerst de volledige voorgeschreven medicatie krijgt, terwijl de patiënt daarvoor altijd een veel lagere dosis nam.

Door een verificatiegesprek van de medicatie bij opname wordt het bij opname bekend wat voor medicijnen een patiënt gebruikt, en in welke hoeveelheid. Dit is belangrijk om medicatiefouten te voorkomen. Het doel van het verificatiegesprek bij ontslag is om te waarborgen dat de patiënt na ontslag de juiste medicatie krijgt. Medicatie is vaak gewijzigd tijdens de opname. Een voorbeeld daarvan is dat de patiënt ingesteld wordt op een nieuw middel, terwijl er thuis nog medicatie is met dezelfde werking, maar een ander uiterlijk. Doel van het gesprek is dan om bijvoorbeeld te voorkomen dat de patiënt dubbele medicatie inneemt.

Het doel van de indicator is om medicatieverificatiegesprekken te stimuleren en om inzichtelijk te maken voor welk deel van de patiënten de medicatieverificatie is uitgevoerd bij opname en ontslag. Het doel van het hele proces is het bevorderen van de medicatieveiligheid.

---

[52] <http://www.therapietrouwmonitor.nl/therapietrouw>

[53] Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM. Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken – resultaten van studies uitgevoerd in Nederland sinds 1990. Utrecht: NIVEL, 2004.

## Resultaten

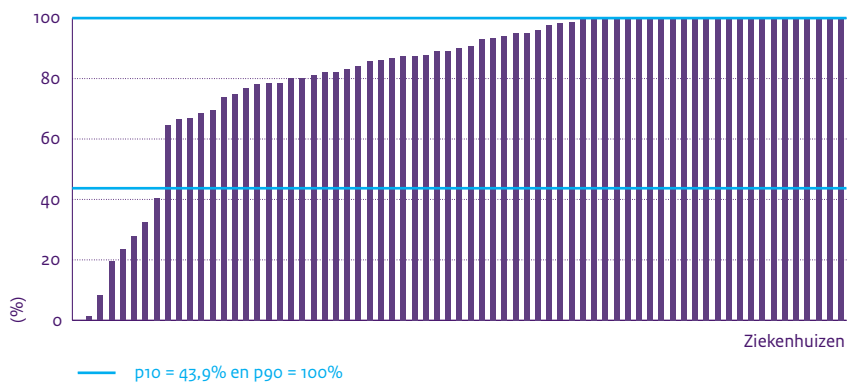
De indicatoren over medicatieverificatie bij kwetsbare groepen worden sinds 2015 uitgevraagd.

### *Medicatieverificatie bij kinderen bij opname*

In zestien ziekenhuizen was het onbekend bij welk percentage van de kinderen bij opname de medicatie geverifieerd was. In 74 ziekenhuizen was dit percentage wel bekend en varieerde het tussen de 0 (één ziekenhuis) en 100% (achttien ziekenhuizen). Gemiddeld wordt bij 80% van de kinderen bij opname de medicatie geverifieerd. Zie ook figuur 7.2.1.

Figuur 7.2.1

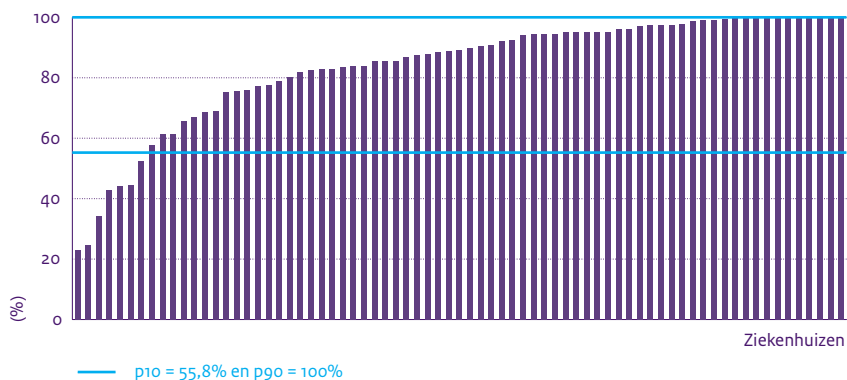
Percentage kinderen waarbij bij opname de medicatie geverifieerd is (n=74)



### *Medicatieverificatie bij ouderen bij opname*

Van de 94 ziekenhuizen was het in zes ziekenhuizen onbekend of de medicatie geverifieerd was bij opname van ouderen. Het percentage van de 88 ziekenhuizen waar dit percentage wel bekend was, varieerde van 23,1% tot 100% (dertien ziekenhuizen). Gemiddeld wordt bij 83,5% van de ouderen bij opname de medicatie geverifieerd. Zie ook figuur 7.2.2.

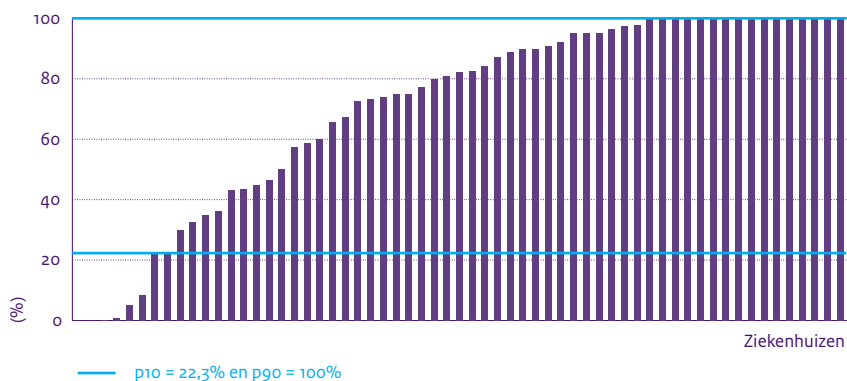
Figuur 7.2.2  
**Percentage ouderen waarbij bij opname de medicatie is geverifieerd (n=88)**



### *Medicatieverificatie bij kinderen bij ontslag*

Het aantal kinderen waarvan de medicatie bij ontslag is geverifieerd is onbekend in 27 ziekenhuizen. In 62 ziekenhuizen was dit aantal wel bekend en kon het percentage kinderen waarvan de medicatie bij ontslag geverifieerd was berekend worden. Bij gemiddeld 71% van de kinderen wordt de medicatie geverifieerd bij ontslag, variërend van 0% tot 100% per ziekenhuis. Zie ook figuur 7.2.3.

Figuur 7.2.3  
**Percentage kinderen waarbij bij ontslag de medicatie geverifieerd is (n=62)**

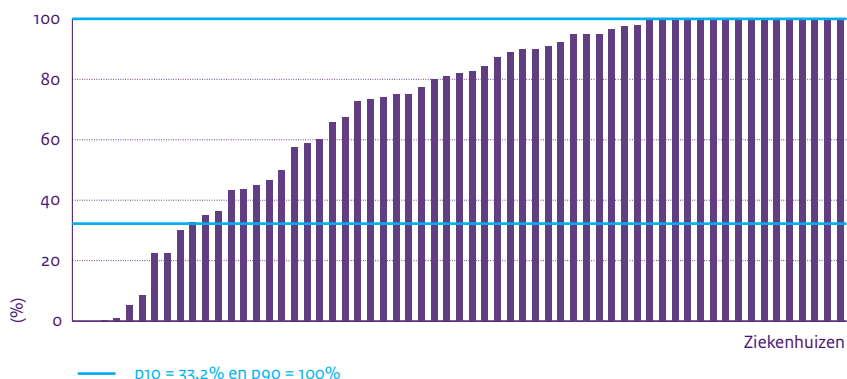


### **Medicatieverificatie bij ouderen bij ontslag**

Het aantal ouderen waarvan de medicatie bij ontslag is geverifieerd is onbekend in twintig ziekenhuizen. In 74 ziekenhuizen was dit aantal wel bekend en kon het percentage ouderen waarvan de medicatie bij ontslag geverifieerd was berekend worden. Bij gemiddeld 68,5% van de ouderen wordt de medicatie geverifieerd bij ontslag, variërend van 0% tot 100% per ziekenhuis. Zie ook figuur 7.2.4.

Een van de problemen bij het berekenen van deze indicator volgens enkele ziekenhuizen is dat het niet eenvoudig is om te bepalen hoeveel patiënten zonder medicatie ontslagen worden. In dat geval is een medicatieverificatie gesprek niet noodzakelijk.

Figuur 7.2.4  
Percentage ouderen waarbij bij ontslag de medicatie geverifieerd is (n=74)



### **Aandachtspunten**

#### ***Meer aandacht voor opname dan voor ontslag***

Het algemene patroon bij overdrachtsprocessen is dat er meer aandacht wordt besteed aan de aankomende patiënt dan aan de vertrekkende. Dat patroon is niet beperkt tot de ziekenhuizen, maar is breed te zien in inspectieonderzoek. De resultaten van deze indicatoren passen hier bij. Uit elk inspectieonderzoek over de overdracht komt hetzelfde patroon naar voren. Dat maakt de kans erg groot dat dit een valide resultaat is. Het risico wat hierdoor ontstaat wordt enigszins beperkt door compenserende maatregelen van opvolgende zorgverleners. Ontvangende zorgverleners weten dat de overdracht vaak matig is en kunnen maatregelen nemen om gegevens op een andere manier te verkrijgen. Het is wel enorm inefficiënt en foutgevoelig. Dit is niet mogelijk als de patiënt zonder aankondiging wordt ontslagen, dan is deze wijze van werken echt riskant.

### ***Medicatieverificatie nog niet volledig ingevoerd***

Medicatieverificatie is een nieuwe indicator, maar geen nieuw project. Het onderwerp is een van de onderdelen van het VMS project, wat gestart is op 1 januari 2008. De resultaten van de indicator zijn dus het eindresultaat van acht jaar implementatie. Verschillende ziekenhuizen hebben in hun toelichting aangegeven welke plannen zij hebben voor 2016. Als die ook daadwerkelijk worden uitgevoerd zou dat moeten leiden tot een aanzienlijke verbetering.

### ***Medicatieverificatie permanent noodzakelijk***

Hoewel ziekenhuizen bij toezichtbezoeken aangeven dat het opschonen van het actueel medicatieoverzicht een belangrijk doel is van de medicatieverificatie, is dat niet het enige doel. Dat kan anders opgevat worden. Het is zeker niet de bedoeling dat medicatieoverzichten tot in de verre toekomst handmatig worden ingevoerd. De patiënt heeft unieke informatie over het gebruik van de eigen medicatie. Daarnaast gebruikt iemand mogelijk medicatie zonder recept of kruiden die invloed hebben op het effect of de afbraak van medicatie. Om een veel gehoord misverstand te weerspreken: medicatieverificatie is geen tijdelijk hulpmiddel dat overmatig wordt zodra de kwaliteit van de overdracht verbetert.

### ***Alle kwetsbare groepen hebben medicatieverificatie nodig***

Medicatiefouten zijn gevaarlijker bij kwetsbare ouderen en kinderen dan bij 'gezonde' volwassenen. Deze groepen hebben minder reserves om fouten op te vangen. Daarnaast gebruiken kwetsbare patiënten vaker en meer medicamenten dan de 'normale' volwassen patiënt. Maar dat wil niet zeggen dat patiënten onder de 70 nooit kwetsbaar zijn of riskante medicamenten gebruiken. Het is goed om met duidelijk herkenbare kwetsbare groepen te beginnen, maar andere groepen zouden snel moeten volgen.

## **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het percentage patiënten waarbij bij opname een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief laag (voor 2015: bij kinderen bij minder dan 43,9% en bij ouderen bij minder dan 55,8%)*

- Hoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat een voorschrijver bij het voorschrijven over een actueel medicatie overzicht?
  - Bij electieve opnamen?
  - Bij spoedopnamen?
- Wat zijn de criteria voor het voeren van een medicatieverificatiegesprek bij opname?

*Het percentage patiënten waarbij bij opname een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief hoog (voor 2015: bij kinderen bij 100% en bij ouderen bij 100%)*

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Wie voert de medicatieverificatiegesprekken uit?

*Het percentage patiënten waarbij bij ontslag een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief laag (voor 2015: bij kinderen bij minder dan 22,3% en bij ouderen bij minder dan 33,2%)*

- Hoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat een volgende schakel (huisarts, verpleegtehuis) binnen 24 uur kan beschikken over een actueel medicatie overzicht?
- Wat zijn de criteria voor het voeren van een medicatieverificatiegesprek bij ontslag?
- Krijgt het ziekenhuis feedback van de volgende schakel over het overdragen van medicatie informatie?

*Het percentage patiënten waarbij bij ontslag een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief hoog (voor 2015: bij kinderen bij 100% en bij ouderen bij 100%)*

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Wie voert de medicatieverificatiegesprekken uit?
- Krijgt het ziekenhuis feedback van de volgende schakel over het overdragen van medicatie informatie?

## 8 (Verpleegkundige) zorg

U vindt de omschrijving van verpleegkundige zorg en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 8. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij verpleegkundige zorg?

De titel van dit hoofdstuk suggereert dat het hier zorg betreft die uitsluitend door verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten wordt geleverd. Verpleegkundige zorg omvat echter veel meer dan het onderwerp van dit hoofdstuk. De beroepsprofielen van de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist stellen dat het doel van verplegen/verpleegkundige zorg *'het bevorderen van gezondheid, herstel, groei en ontwikkeling en het voorkomen van ziekte, aandoening of beperking'* is. Wanneer mensen ziek of gehandicapt worden is daarnaast het doel van verplegen *'lijden en pijn te minimaliseren en mensen in staat te stellen hun ziekte, handicap, de behandeling en de gevolgen daarvan te begrijpen en daarmee om te gaan'*<sup>[54]</sup>.

Veel van de taken die hierbij horen worden besproken in andere hoofdstukken van de basisset.

De titel van dit hoofdstuk is gebaseerd op de oorspronkelijk in het hoofdstuk opgenomen indicatoren. Een betere titel zou 'zorg' zijn, omdat de opgenomen onderwerpen ook zorg omvatten die geleverd wordt door medisch specialisten en diëtisten. In het kader van de basisset betekent 'zorg' het zodanig ondersteunen van de patiënt dat deze in staat is de diagnostische en therapeutische medische handelingen te doorstaan en om na het einde van de handelingen de patiënt weer zo snel mogelijk in staat te stellen zo goed mogelijk te functioneren.

In een volgende editie van de basisset zal de titel van het hoofdstuk worden aangepast. Taak van de zorg (in deze zin) is dus alles te doen wat noodzakelijk is om de draagkracht van een patiënt te behouden en te vergroten. Een typisch voorbeeld is de ondervoeding. Het herstel van de patiënt na een ingreep wordt bedreigd door eiwitgebrek. Er kan geen nieuw weefsel worden gevormd omdat een bouwstof ontbreekt. Na probleemanalyse kan een van de interventies zijn het ondersteunen van de eiwitintake door het aanbieden van extra eiwit via de voeding.

Basis risico's voor deze zorg zijn dan het niet ondersteunen/ bevorderen van een of meer van de essentiële functies voor het behoud van draagkracht. Dat is dan (niet limitatief) het behoud van de lichamelijke integriteit (voorbeeld decubitus), voldoende voeding en water (risico ondervoeding), het tijdig signaleren van problemen met de vitale functies, adem-

---

[54] J. Lambregts & A. Grotendorst (red.), *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2012



haling, circulatie, ernstige infecties (risico sepsis), het lijden minimaliseren (risico onnodige pijn), het functioneren centraal zenuwstelsel (risico delirium) en onwenselijke pijn (risico bijvoorbeeld pneumonie bij pijn in de buik). De patiënt onvoldoende voor (kunnen) bereiden leidt tot een (onverwacht) lange opnameduur. Onvoldoende signaleren dat de patiënt nog niet gereed is voor functioneren thuis leidt tot een ongewenste heropname.

Bij dit alles is balans noodzakelijk. Te veel beschermend optreden leidt tot ongewenste vrijheidspenkende interventies. Bij pijnbestrijding dient onder sommige omstandigheden bedacht te worden dat pijn ook als signaal kan dienen.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom de verpleegkundige zorg?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[55]</sup> dertien risico's<sup>[56]</sup> genoemd die betrekking hebben op de verpleegkundige zorg. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn **delier, ontstaan, niet genezend en recidief ulcus, pijn en vrijheidsbeperkende interventies**.

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) benoemt delier als een risico. In gesprek met de inspectie over risicoprofielen gaf de NVKG aan dat herkenning en vooral erkenning van ernst, ondanks grote verbeteringen, nog steeds een aandachtspunt is.

V&VN Wondexpertise benoemt als risico 'ontstaan ulcus'. Volgens V&VN Wondexpertise is er geen/onvoldoende voorlichting, ontbreekt kennis bij zorgverleners en patiënten, is er een toename van het aantal ouderen met diabetes mellitus, is er een grote groep personen niet op de hoogte van het hebben van diabetes mellitus en ontbreekt het geven van leefstijladvies.

V&VN Pijnverpleegkundigen noemt als risico 'acute pijn: organisatie in ziekenhuizen'. In gesprek met de inspectie lichte zij toe dat dit nog niet altijd bij alle patiënten als prioriteit wordt gezien, daarnaast wordt er ook relatief weinig geld voor uitgetrokken om dit goed te regelen. Een ander risico dat door V&VN Pijnverpleegkundigen werd genoemd is de behandeling van chronische pijn. Volgens V&VN Pijnverpleegkundigen is dit een groot risico want bijna 1 op de 5 van de volwassen Nederlanders heeft chronische pijn, dus in theorie bijna 20% van de volledige volwassen ziekenhuispopulatie.

V&VN werkgroep Vrijheidsbeperkende interventies (VBI) benoemt enkel risico's specifiek over vrijheidsbeperkende interventies. Een belangrijk risico is het risico op letsel en dood bij het toepassen van VBI. Volgens deze werkgroep kan het onjuist toepassen van buik-, pols- en enkelbanden leiden tot ongemak, (ernstig) letsel en de dood. De kans op onjuiste toepassing kan komende jaren toenemen, doordat in toenemende mate andere interventies worden toegepast, waardoor verpleegkundigen minder vaak een fixatieband gebruiken.

---

[55] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

---

[56] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

### **3 Op welke wijze zouden deze risico's gereduceerd kunnen worden?**

- Goede bepaling van de factoren essentieel voor de balans (zoals beschreven in 'wat zijn de basisrisico's');
- Tijdig signaleren van belastende factoren (screening);
- Goede interventies op basis van de signalering;
- Ondersteunen en bevorderen van een of meer van de essentiële functies voor het behoud van draagkracht, zodat verstoring van de balans niet ontstaat.

### **4 Welk soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

- Structuur:
  - Vooral infrastructuur (protocol, specifiek team) voor het behandelen van signalen van de specifieke risico's.
- Proces:
  - 'Balansdiagnostiek', indicatoren voor zorgzwaarte, (bijvoorbeeld de TEXAS en de risicoscores bij diabetische ulcera);
  - Screeningsindicatoren, voor het introduceren van signaleringsinstrumenten.
- Uitkomst:
  - Vooral het succes van de beheersingsinstrumenten voor de gescreende risico's (delirium diagnostiek en bewaking, de interventies tegen ondervoeding en screening en de behandeling van pijn).

## 8.1 Wondzorg

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 8.1.

### Indicatoren

- Wondexpertisecentrum.
- Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texas classificatie.

### Wat zijn de risico's?

Kennis en ervaring ten aanzien van wondzorg is verspreid over meerdere (para)medische specialisaties. Wondbehandeling is daardoor versnipperd en vaak ook inefficiënt<sup>[57]</sup>. Dit is de reden dat onderlinge communicatie in de zorgketen over wondbehandeling een punt van aandacht blijft. In snelle opvolging van zorgverleners worden verschillende therapieën met verscheidene doelstellingen voor eenzelfde cliënt voorgeschreven. Dit kan leiden tot zowel uitstel van de meest effectieve behandeling als achteruitgang van de situatie wat kan leiden tot opname in een ziekenhuis of een verpleeghuis. Patiënten blijken vaak langer dan nodig geconfronteerd te worden met het lijden aan een (chronische) wond, evenals de gerelateerde pijnklachten en de resulterende beperkingen in hun dagelijkse leven. Frequentie consultatie, toezicht en begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen, evenals 'laagdrempelig' voorkomen van een recidief, zijn factoren die patiënten en hun wondgenezing ten goede komen<sup>[58]</sup>. In Nederland is er een opkomst van wondexpertisecentra met als kerntaken evidence based wondzorg, coördinatie in de keten en het verspreiden van expertise. Voor een goede behandeling van wonden is het belangrijk dat iedere regio beschikt over een wondexpertisecentrum.

De patiënt heeft recht op goede wondzorg, waarbij een efficiënte aanpak dient te leiden tot een snelle wondgenezing, onafhankelijk van waar de patiënt zich bevindt. Met deze indicator krijgt de inspectie inzicht in de locaties en het aantal wondexpertisecentra. Daarnaast wil de inspectie met deze indicator bevorderen dat elke patiënt met diabetes en een voetwond verantwoorde multidisciplinaire zorg ontvangt.

Een concreet voorbeeld van patiënten die wondzorg behoeven zijn patiënten met een diabetische voetwond. Bij 3% van de patiënten met diabetes ontstaat een voetulcus. Meer dan 15% van deze patiënten heeft vroeg of laat te maken met een amputatie van (een deel van) de voet, het onderbeen of het bovenbeen<sup>[59,60]</sup>. Bij het ontstaan van een diabetische voetwond spelen vele factoren een rol. Inschatting van de mate van weefselperfusie is

---

[57] [http://www.wcs.nl/fileadmin/user\\_upload/Documenten/PDF/V\\_VN\\_bestanden/Indicatorenset\\_WEC\\_2012.pdf](http://www.wcs.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/V_VN_bestanden/Indicatorenset_WEC_2012.pdf) WCS, Indicatorenset wondexpertisecentrum Nederland, V&VN wondconsulenten, sept 2012.

[58] Ruckley C.V. Evidence-based management of patients with leg ulcers. 1997 J Wound Care 6(9): 442-4.

---

[59] Muller IS, Grauw WJ de, Gerwen WH van, et al. Foot ulceration and lower limb amputation in type 2 diabetic patients in Dutch primary health care. Diabetes Care 2002;25:570-4.

[60] Houtum WH van, Rauwerda JA, Ruwaard D, et al. Reduction in diabetes-related lower-extremity amputations in The Netherlands: 1991-2000. Diabetes Care 2004;27:1042-6.

essentieel; bij ernstige ischemie zal genezing niet optreden, matige ischemie gaat gepaard met vertraagde wondgenezing en een slechtere prognose bij infectie. De inspectie vindt het daarom belangrijk dat een ziekenhuis dit systematisch onderzoekt bij de evaluatie van de behandeling. Eenduidige classificatie is een voorwaarde voor een succesvolle landelijke registratie en voor verder gebruik van indicatoren. Internationaal bestaan er verschillende classificatiesystemen. De Wagner en Texas classificatie zijn de meest bekende. De Texas classificatie is internationaal gevalideerd en wordt daarom in de basisset als standaard gebruikt.

## Resultaten

### *Wondexpertisecentrum*

94 ziekenhuizen hebben de indicator over het wondexpertisecentrum ingevuld. Zoals te zien in figuur 8.1.1 gaven 88 ziekenhuizen aan te beschikken over een wondexpertisecentrum dat voldoet aan de daarvoor gestelde eisen<sup>[61]</sup>.

Figuur 8.1.1  
Beschikbaarheid wondexpertisecentrum (n=94)



### *Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texas classificatie*

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde gegevens zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.

89 ziekenhuizen gaven aan diabetische voetwonden te behandelen en al deze ziekenhuizen registreerden het aantal patiënten met diabetische voetwonden. 84 ziekenhuizen registreerden diabetische voetwonden volgens de Texas classificatie (figuur 8.1.2). De vijf ziekenhuizen die niet conform de Texas classificatie registreerden gebruikten andere systemen, waaronder Wagner, SIMMS en PEDIS. Rivas Zorggroep gaf aan in 2016 te gaan registreren volgens de Texas classificatie.

Figuur 8.1.2  
Gebruik Texas classificatiesysteem voor het classificeren van diabetische voetwonden (n=89)



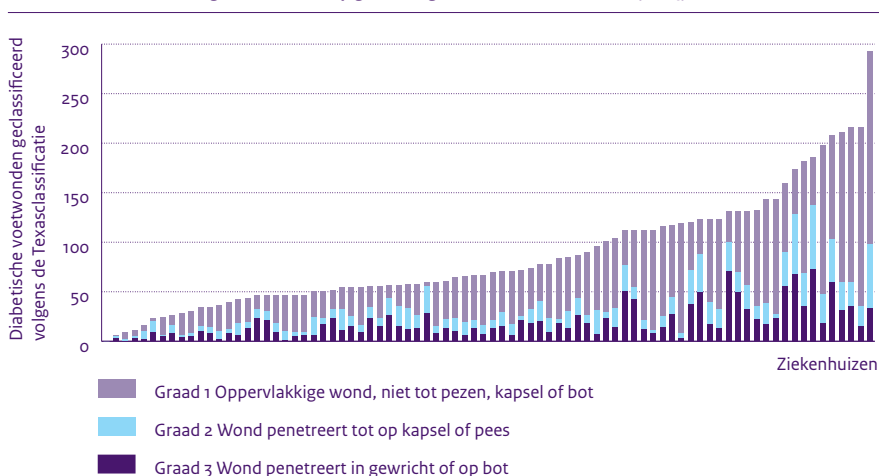
[61] Voor eisen zie: inspectie, Kwaliteitsindicatoren Basisset ziekenhuizen 2014. Zie p.47.

Het laatste deel van de indicator toont de uitkomsten van de Texas classificatie. Van de 84 ziekenhuizen waar diabetische voetwonden volgens de Texas classificatie werden geregistreerd, hebben 82 ziekenhuizen de indicator ingevuld. De twee ziekenhuizen die de indicator niet hebben ingevuld waren het UMCG (Groningen) en het UMC Utrecht. Het UMC Utrecht gaf aan dat het nog niet mogelijk was om de gevraagde gegevens uit het elektronische patiëntendossier te halen, omdat hier nog geen centrale registratie aanwezig is. In Texas graad 1 (oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot) zijn gemiddeld 52 (spreiding: 0 - 195) patiënten per ziekenhuis geïnclassificeerd, in graad 2 (wond penetreert tot op kapsel of pees) gemiddeld 15,7 (spreiding: 0-65) en in graad 3 (wond penetreert in gewricht of op bot) gemiddeld 19 (spreiding: 0-73) patiënten. Gemiddeld werd 60% van de patiënten graad 1 geïnclassificeerd, 18% graad 2 en 22% graad 3. Zie ook tabel 8.1.1 en figuur 8.1.3.

Tabel 8.1.1  
Overzicht Texas wonden

	Gemiddeld aantal patiënten per ziekenhuis (n=89)	Spreiding tussen ziekenhuizen
Texas Graad 1 (oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot)	52	0 – 195
Texas Graad 2 (wond penetreert tot op kapsel of pees)	15,7	0 – 65
Texas Graad 3 (wond penetreert in gewricht of op bot)	19	0 - 73

Figuur 8.1.3  
Diabetische voetwonden geïnclassificeerd op graad volgens de Texas classificatie (n=84)



85 ziekenhuizen gaven aan in 2015 bij de behandeling van patiënten met een diabetische voetwond het wondexpertisecentrum in te schakelen (figuur 8.1.4). Onder de vier ziekenhuizen die niet het wondexpertisecentrum inschakelen waren drie ziekenhuizen waar geen wondexpertisecentrum beschikbaar is.

Figuur 8.1.4  
Inschakelen wondexpertisecentrum bij behandeling van diabetische voetwonden (n=89)



## Aandachtspunten

### *Indicator Wondexpertisecentrum vervalt*

De indicator Wondexpertisecentrum is in 2015 voor het laatst uitgevraagd. De inspectie heeft deze indicator destijds in de basisset opgenomen met als doel om inzicht te krijgen in het bestaan van wondexpertisecentra. Van de 94 ziekenhuizen zijn er 88 ziekenhuizen die beschikken over een wondexpertisecentrum. De inspectie heeft hiermee voldoende inzicht gekregen in het bestaan van wondexpertisecentra. Deze indicator gaat uit de basisset, zodat ruimte gecreëerd wordt voor nieuwe indicatoren.

### *Wat is het risico bij wondzorg?*

De afmeting van het risico is de kans een voet te verliezen door een wond die niet te genezen is. Bij een patiënt met een ernstige graad 3 voetwond is dit risico hoger. Dan is een amputatie een essentiële behandeling die ernstiger voorkomt. Dat is een van de redenen waarom vanaf het begin is ingezet op een uniforme classificatie van de uitgangssituatie. Wondverpleegkundigen wilden een indicator die hen in staat zou stellen de kwaliteit van hun werk zichtbaar te maken. V&VN Wondexpertise was tot de conclusie gekomen dat het amputatiepercentage bij patiënten met graad 2 (gemiddeld) een goede indicatie gaf van de kwaliteit van hun (multidisciplinaire) werk. Voor chirurgen en internisten lag dat anders, die waren van mening dat een amputatie geen uitkomst was, maar een (onder bepaalde omstandigheden) noodzakelijke behandeling. Los van de vraag of het altijd wenselijk is om tot consensus te komen over een indicator, laat deze discussie zien dat verschillende behandelaars een andere interpretatie kunnen geven aan dezelfde indicator. Voor de inspectie is dat een van de signalen dat er risico's zijn in een gebied.

### *Groot verschil in de ernst van de wonden verwezen naar de verschillende ziekenhuizen*

De indeling in ernst van de wonden heeft niet tot doel de kwaliteit van de zorg te toetsen vóórdat iemand behandeld wordt in een wondexpertisecentrum. Toch is de verdeling van de ernst van de wonden een reden voor vragen aan de beroepsgroep. Voetwonden graad 3 leiden meestal tot amputatie. In de periode voor de behandeling zijn ze pijnlijk (al is dit bij neuropathie niet het geval) en invaliderend. Het moet zeker zijn dat de zorg in de ene regio

niet leidt tot veel meer zeer ernstige voetwonden. De vragen gaan in dat geval niet over de eigen zorg, maar over welk inzicht dit verschil geeft in de uitkomsten van de zorg vóórdat de patiënt verwezen is. Deze vragen moeten ook gaan over het verwijspatroon. Een belangrijk deel van deze zorg wordt in de eerste lijn geleverd.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis beschikt niet over een wondexpertisecentrum en heeft hier geen toegang toe*

- Welke afspraken zijn er in de regio voor het doorverwijzen van patiënten naar een wondexpertisecentrum?

*Het ziekenhuis maakt geen gebruik van het Texas classificatiesysteem voor het classificeren van diabetische voetwonden*

- Welke systeem gebruikt het ziekenhuis voor het classificeren van diabetische voetwonden?
- Welke richtlijnen worden gevolgd voor het opstellen van het beleid rond preventie en wondzorg?
- Doet het ziekenhuis aan benchmarking? Hoe scoort het ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen?

*Het ziekenhuis maakt wel gebruik van het Texas classificatiesysteem, maar heeft in 2015 geen data aangeleverd*

- Wat was de reden dat het ziekenhuis geen data heeft aangeleverd/ kon aanleveren?
- Indien deze reden te maken heeft met de implementatie van de registratie in het elektronisch dossier: is deze implementatie inmiddels afgerond?
  - Zo niet:
    - Hoe waarborgt het ziekenhuis dat ze zelf wel inzicht hebben in de data en hierop kunnen sturen?

## 8.2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, paragraaf 8.2.

### Indicatoren

- Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen.
- Behandeling van ondervoeding.
- Screening op ondervoeding op de polikliniek.

### Wat zijn de risico's?

De eerste indicator richt zich op de screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen. Ondervoeding valt niet altijd direct op. Het screenen op ondervoeding bij opname is om die reden van belang voor de kwaliteit van de behandeling. Ondanks dat er in afgelopen jaren veel aandacht is besteed aan ondervoeding, loopt de incidentie bij ziekenhuisopname nauwelijks terug. Een reden hiervoor is dat het ondervoedingsprobleem al bestaat voor de opname. Daarnaast neemt de opnameduur in ziekenhuizen af, waardoor er tijdens de opname steeds minder tijd is voor de behandeling van ondervoeding. Verschuiving van ondervoedingszorg van de kliniek naar de polikliniek lijkt daarom een logische stap. De indicator behandeling van ondervoeding inventariseert bij ondervoede patiënten welk percentage van de vastgestelde eiwitbehoefte op de vierde opnamedag wordt gehaald. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is eerst een goede screening (op het risico) op ondervoeding nodig.

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) het daadwerkelijk uitvoeren van screening 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 bij de vragen toegepast.

### Resultaten

#### *Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen*

De indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen is door 89 ziekenhuizen ingevuld, de overige ziekenhuizen behandelden geen kinderen. 73 ziekenhuizen maakten voor de screening gebruik van het instrument STRONGkids. De zestien andere ziekenhuizen gebruikten andere instrumenten zoals: groeidiagrammen/curves, SNAQ, SDS, ONDEROB en de Growth Analyser. Zie ook figuur 8.2.1.

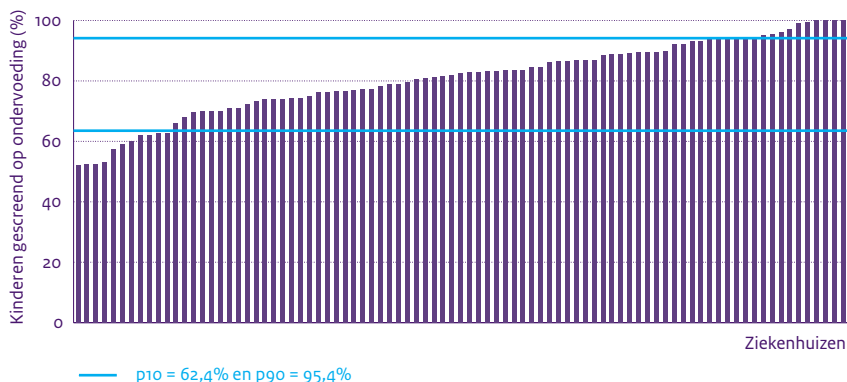


Figuur 8.2.1  
**Screeningsmethode bij kinderen (n=89)**



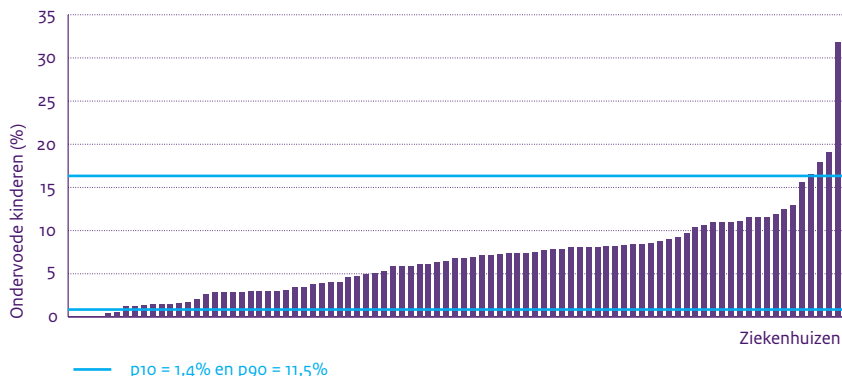
Zoals te zien in figuur 8.2.2 zijn in 2015 gemiddeld 78,8% (in 2013: 73,4%) van de kinderen opgenomen in de kliniek gescreend op ondervoeding. De verschillen in percentages tussen de ziekenhuizen namen licht af ten opzichte van 2013, maar waren nog steeds groot: er was een spreiding van 34% tot 100%. Het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) screende kinderen het minst op ondervoeding (34%), en gaf hierop geen toelichting. Vier ziekenhuizen gaven aan alle opgenomen kinderen op ondervoeding gescreend te hebben. Voor het aanleveren van de data gebruikten vijf ziekenhuizen een steekproef.

Figuur 8.2.2  
**Percentage kinderen gescreend op ondervoeding (n=87)**



In 2015 werd gemiddeld 6,7% van de gescreende kinderen bij opname geclassificeerd als acuut ondervoed. In 2014 lag dit gemiddelde op 7%. OLVG (Amsterdam) is een uitschieter, hier werd het hoogste percentage (31,8%) acuut ondervoede kinderen in de kliniek opgespoord. Dit ziekenhuis screende 52,6% van de kinderen, maakte geen gebruik van een steekproef en gaf geen toelichting op het hoge percentage acuut ondervoede kinderen. Zie figuur 8.2.3.

Figuur 8.2.3  
**Percentage ondervoede kinderen (n=87)**

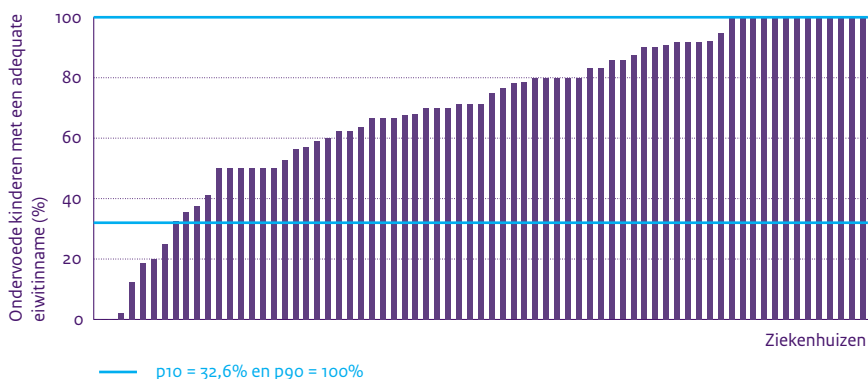


#### ***Behandeling van ondervoeding – kinderen***

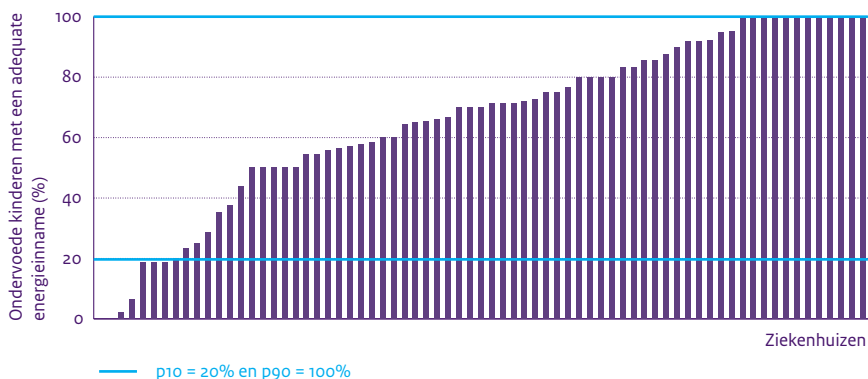
88 ziekenhuizen leverden gegevens aan. Vijf ziekenhuizen gaven aan dat het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de 4e dag niet bekend is. De meeste van deze ziekenhuizen gaven aan dat het nog niet mogelijk was om deze gegevens uit het informatiesysteem te halen. 75 ziekenhuizen gebruikten een continue meting om de eiwit- en energie-inname van kinderen te registreren. Dit zijn 27 ziekenhuizen meer dan in 2014.

Het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwit en energie inname op opnamedag 4 loopt net als in 2014 uiteen van 0% tot en met 100%, doordat lage aantallen kinderen geïncludeerd worden in de indicator. Dat maakt het moeilijk de data goed te interpreteren. Het gemiddelde percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitopname op dag 4 van de opname is gelijk gebleven met 69,4% in 2015 (69,2% in 2014) en het gemiddelde percentage ondervoede kinderen met een adequate energieopname op dag 4 van de opname is gelijk gebleven met 65,7% in 2015 (65,8% in 2014). Zie ook figuren 8.2.4 en 8.2.5.

Figuur 8.2.4  
**Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitname op dag 4 van de opname (n=71)**



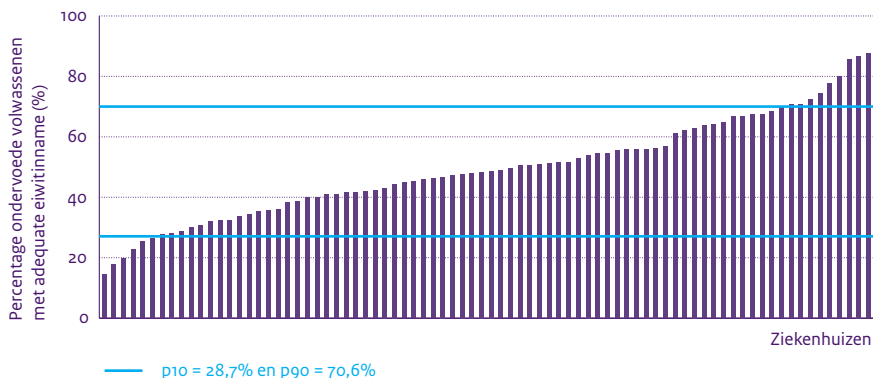
Figuur 8.2.5  
**Percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op dag 4 van de opname (n=71)**



### **Behandeling van ondervoeding – volwassenen**

Bij negen ziekenhuizen is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname op de vierde opnamedag niet bekend. 80 ziekenhuizen gaven aan dat er een continue meting was uitgevoerd (dit is een verdubbeling ten opzichte van 2014, toen voerden 43 ziekenhuizen een continue meting uit). Het percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitname op opnamedag 4 is iets afgenomen in 2015: 49,4% (in 2014 bedroeg dit 51,3%). De spreiding tussen ziekenhuizen is groot: het percentage varieert van 7,6% tot 87%. Het aantal patiënten waarover data bekend is, is sterk toegenomen, van 31.749 in 2014 naar 49.726 in 2015, een toename van 57%. Zie ook figuur 8.2.6.

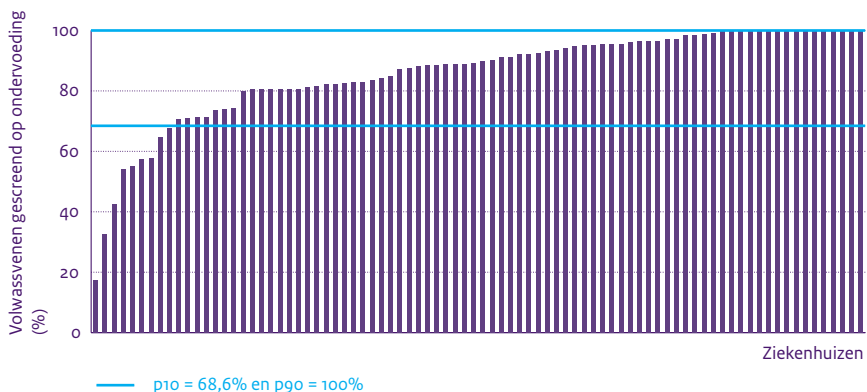
Figuur 8.2.6  
**Percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitname op dag 4 van de opname (n=80)**



#### **Screening op ondervoeding op de polikliniek – volwassenen**

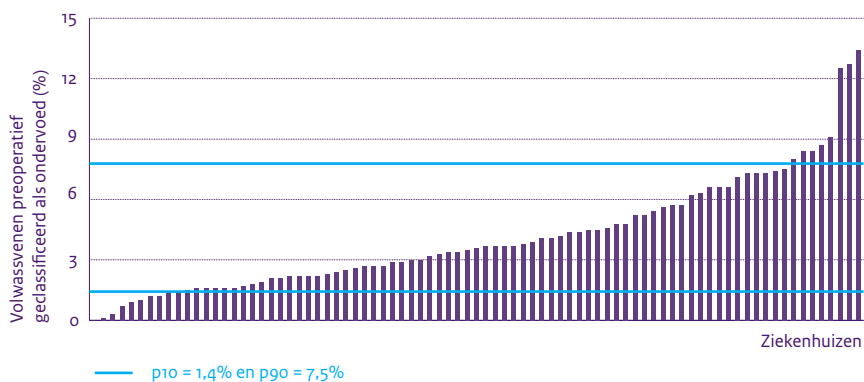
94 ziekenhuizen leverden gegevens aan. Hiervan gaven tien ziekenhuizen aan dat het percentage patiënten niet bekend is dat tijdens de pre-operatieve screening in het verslagjaar gescreend is op ondervoeding. Negen ziekenhuizen gebruikten een andere screeningsmethode dan uit de richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding. In drie ziekenhuizen waren geen schriftelijke afspraken gemaakt over het 'behandelbeleid op de Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek' als de screening de uitslag 'ondervoed' heeft. Gemiddeld werd 85,8% van de volwassenen gescreend op ondervoeding, wat 2,9% meer is dan in 2014. De spreiding tussen de ziekenhuizen is groot: 17,3%-100%. Zie ook figuur 8.2.7

Figuur 8.2.7  
**Percentage volwassenen gescreend op ondervoeding op de polikliniek (n=84)**



Gemiddeld werd 4,1% van de patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek geassocieerd als ‘ondervoed’. Dit percentage is gelijk gebleven ten opzichte van 2014. Drie uitschieters waren het TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) waar dit percentage op 12,5 lag, Erasmus MC (Rotterdam) waar dit percentage op 12,7 lag en UMCG (Groningen) waar dit percentage op 13,4 lag (figuur 8.2.8).

Figuur 8.2.8  
**Percentage volwassenen preoperatief poliklinisch geassocieerd als ondervoed (n=83)**



Tabel 8.2.1

**Kengetallen ondervoeding**

	<b>Gemiddelde % (min. – max.)</b>	<b>Mediaan (%)</b>	<b>Ziekenhuizen met 100% (n)</b>
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	80,8 (52,2 – 100)	82,5	4
Percentage volwassenen gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek	85,8 (17,3 – 100)	89,5	15
Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	6,7 (0 – 31,8)	6,8	0
Percentage volwassenen op de polikliniek geclassificeerd als ondervoed	4,1 (0 – 13,4)	3,6	0
Ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname	69,4 (0 – 100)	71,4	13
Ondervoede kinderen met een adequate energie-inname	65,7 (0 – 100)	70	12
Ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname	49,4 (14,5 – 87,6)	48,6	0

**Aandachtspunten*****Voldoende eiwit intake bereiken is niet eenvoudig***

Een opvallend positieve ontwikkeling dit jaar zijn de veel uitgebreidere toelichtingen op de uitslagen. Het resultaat van het Erasmus MC van 17,7% is opvallend laag, maar wel beter dan de 7,6% van het jaar ervoor. De daarbij horende toelichting van het ziekenhuis maakt in ieder geval duidelijk dat het ziekenhuis zelf heeft gezien dat de resultaten opvallen in negatieve zin en geeft duidelijk aan welke maatregelen zijn genomen. Ook laat het ziekenhuis duidelijk zien waarom 100% onhaalbaar is. Sommige patiënten hebben zoveel problemen dat voldoende eiwit en energie binnen krijgen een grote uitdaging is.

***De effecten van een continue meting***

Een enorm verschil bestaat tussen de uitslagen van de indicator Ondervoeding bij volwassenen van 2014 en 2015. In 2015 is het verschil in indicatoruitvraag tussen de oude methode van vier meetdagen en de nieuwe methode van continue meting direct zichtbaar. In één jaar is het aantal patiënten dat is opgenomen in de indicator met 57% gestegen. Daarnaast schrijven meerdere ziekenhuizen in de toelichting dat zij op korte termijn overgaan op een continue meting.

In 2015 konden ziekenhuizen die alleen steekproeven namen hun data niet meer invoeren. Dat was expliciet gemeld in de basisset van 2015. Toch zijn er meerdere ziekenhuizen die in de toelichting meldden dat zij opgegeven hadden dat ze een continue meting hadden gedaan, omdat zij anders geen gegevens in konden voeren van hun steekproeven. De motivatie daarbij is dat zij transparantie belangrijker vonden. Dat maakt ook duidelijk waar het misverstand zit. De vraag hierbij is: heeft het ziekenhuis het voedingsbeleid onder controle? Dat is met vier meetdagen bijna niet te toetsen. Daarvoor is het aantal patiënten te klein gebleken. Het antwoord op de vraag of het ziekenhuis voldoende inzicht heeft in de eigen kwaliteit, is dan ook 'nee'. Het verdwijnen van de 100% score is een voorbeeld van de stelling van de inspectie dat een echte 100% score niet bestaat. Zodra het ziekenhuis voldoende gegevens heeft verzameld – hier door middel van een continue meting – is de score duidelijk lager dan 100%.

#### ***Geen kinderafdeling, geen screening op ondervoeding?***

Het Slotervaartziekenhuis screent het laagste aantal kinderen. Het ziekenhuis heeft eind 2015 zijn kinderafdeling gesloten. In het Parool was eerder gemeld dat veel personeel vertrokken was van de kinderafdeling. Dit laat twee van de functies van een indicator zien. De eerste is signaleren dat een belangrijke (waarschijnlijk stressvolle) verandering in de zorg leidt tot een lagere kwaliteit van zorg. De tweede is het agenderen van problemen. Hier is het probleem: hoe is de kwaliteit van zorg voor kinderen te waarborgen als er geen kinderafdeling is in het ziekenhuis. Als er op andere afdelingen kinderen worden opgenomen (als er geen kinderafdeling is) moeten zij goede zorg ontvangen. Dit vraagt extra aandacht van de raad van bestuur. Het feit dat een groot ziekenhuis in Amsterdam het hoogste aantal ondervoede kinderen heeft gevonden, geeft aan dat screening in Amsterdam niet overbodig is.

## **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

#### ***Fase 1 (ontwikkelen van infrastructuur) of fase 2 (screening)***

*Het percentage patiënten (patiënten op de polikliniek en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (voor 2015: op de polikliniek minder dan 68,6%, kinderen minder dan 32,6%) of de screening is afwezig (het ziekenhuis is 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 het risico op delirium?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Op welke wijze wordt een patiënt geholpen bij het voorbereiden van de ingreep (zie aandachtspunt 2)?

*Het percentage patiënten (patiënten op de polikliniek en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (voor 2015: op de polikliniek gelijk aan 100%, kinderen meer dan 95,4%)*

- Is het totaal opgegeven aantal patiënten in de noemer in verhouding met de grootte van het ziekenhuis?
  - Zo nee:
    - Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - 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 (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld, is relatief laag (voor 2015: volwassenen minder dan 28,7%, kinderen eiwit minder dan 32,6%, energie minder dan 20%) 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 2015: volwassenen meer dan 70,6%, kinderen gelijk aan 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?



## 8.3 Delirium

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 8.3.

### Indicatoren

- Risico op delirium.
- Screening op en observatie van delirium.

### Wat zijn de risico's?

Deze indicator is voor de inspectie een belangrijke maat voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. De indicator die zich richt op de eerste fase, de beschikbaarheid van een infrastructuur is in 2014 uit de set gehaald, omdat alle ziekenhuizen in 2013 beschikten over een ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol. In de tweede fase gaat het over het daadwerkelijk uitvoeren van screenings van patiënten (aantal afdelingen, hoeveel patiënten, etc.). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt. De vierde fase (op dit moment geen indicatorvraag in de basisset) is het toepassen van de screening voor adequate preventie van delirium. Met de indicatoren in dit hoofdstuk krijgt de inspectie inzicht in de mate waarin ziekenhuizen grip hebben op de problematiek rondom delirium. Deze verdeling in fasen wordt ook bij de vragen toegepast.

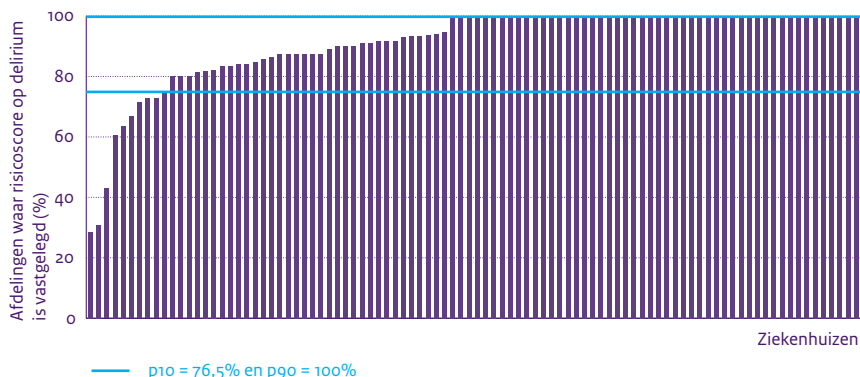
### Resultaten

#### *Risico op delirium*

Alle 94 ziekenhuizen die gegevens aanleverden gaven aan dat de afdelingen, waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium, bekend zijn. In 50 ziekenhuizen werd op 100% van de afdelingen bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder een risicoscore op delirium vastgelegd. Het gemiddelde percentage afdelingen waarbij structureel de risicoscore op delirium is vastgelegd was 91,1% (in 2014 lag dit percentage op 88,8%) met een grote spreiding van 28,6% tot 100% (figuur 8.3.1). Stichting Medisch Centrum Haaglanden en BronovoNebo (Den Haag) scoorden met 28,6% het laagst. Zij gaven als toelichting dat dit gegevens zijn van een half jaar, gezien de overgang naar één elektronisch patiëntendossier. Het Scheper Ziekenhuis (Emmen) scoort 30,8% en geeft geen verdere toelichting. ZorgSaam Ziekenhuis (Terneuzen) scoort 42,9% en geeft daarbij de volgende toelichting: *“Sinds 11 juni 2015 vindt een continue registratie plaats. Na een korte periode met aanloopp Problemen, is vanaf 1 oktober 2015 een verbetering in de resultaten zichtbaar. De vermelde cijfers hebben derhalve betrekking op het 4e kwartaal 2015. Dit resultaat is nog niet op het niveau van vóór de continue meting. Van de 7 afdelingen, zijn er 3 afdelingen die een resultaat halen >80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder waar bij opname een risicoscore is vastgelegd, 3 afdelingen halen een resultaat tussen 70-80% en 1 afdeling <70%. We verwachten een verdere verbetering van het resultaat in 2016.”*

Figuur 8.3.1

Percentage afdelingen waar een risicoscore op delirium is vastgelegd bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder (n=94)

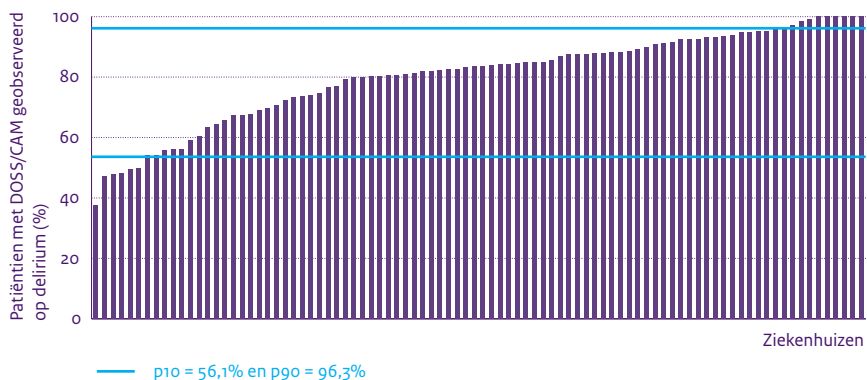


### Screening op en observatie van delirium

93 ziekenhuizen leverden gegevens voor deze indicator aan. Het Oogziekenhuis (Rotterdam) en Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) gaven aan dat het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium niet bekend is, omdat de registratie nog niet optimaal was. Sint Maartenskliniek (locatie Boxmeer) heeft verwezen naar de beantwoording door Maasziekenhuis Pantein (Beugen), waarin ook de patiënten van Sint Maartenskliniek geïncludeerd zijn. Gemiddeld werd 80,3% (in 2014 lag dit gemiddelde op 78,5%) van de patiënten met een verhoogd risico op delirium, tenminste eenmaal beoordeeld met DOSS (Delirium Observatie Screenings Schaal) of CAM (Confusion Assessment Method) op de aanwezigheid van delirium. De spreiding tussen ziekenhuizen lag tussen de 37,5% en 100% (figuur 8.3.2). Zes ziekenhuizen scoorden 100%.

Figuur 8.3.2

Percentage patiënten met DOSS/CAM geobserveerd op delirium (n=93)



## Aandachtspunten

### *Indicator Risico op delirium vervalt*

De indicator Risico op delirium wordt in 2016 voor het laatst uitgevraagd. In 2014 lag het gemiddelde percentage van afdelingen waarbij structureel de risicoscore op delirium is vastgelegd op 88,8%, in 2015 was dit 91,1%. Hiermee is het doel van deze indicator bereikt. Door het vervallen van deze indicator komt er ruimte voor het invullen van nieuwe indicatoren, of voor het doorontwikkelen van huidige indicatoren met een uitbreiding van het aantal variabelen. De indicator Screening op en observatie van delirium blijft nog behouden voor de ziekenhuizen.

### *Het risico van risicoprofielen*

De indicator vraagt naar het percentage patiënten dat geobserveerd is op het optreden van risico wanneer is vastgesteld dat het risico op een delirium groot is. Daarvoor moeten in ieder geval patiënten ouder dan 70 jaar gescreend worden, maar er is een grote groep jongere patiënten die om andere redenen risico loopt. De toelichting van het Slingeland ziekenhuis laat goed zien wat het risico van automatisering is: *‘In de teller en noemer zijn geen patiënten opgenomen waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld, omdat de digitale scorelijst delier alleen wordt getoond (dan alleen is er de mogelijkheid tot invullen) in het EVD wanneer de patiënt 70 jaar of ouder is. Het is niet mogelijk deze scorelijst te activeren. etc’* Gelukkig zijn zij zich van het risico bewust en is er een reparatieprocedure ingevoerd om deze groep alsnog te bewaken. Een dergelijk gevolg (door de automatisering wordt het moeilijker om patiënten jonger dan 70 te bewaken op delirium), zou in een prospectieve risicoanalyse van een systeem opgenomen moeten worden. Zeker als het gaat om een systematische bewaking van een risicopatiënt, is het niet vast kunnen leggen in het elektronisch dossier een risico.

### *Enorme range in aantallen patiënten*

Inmiddels is de continue meting van het aantal patiënten dat bewaakt wordt met een DOSS/CAM sterk toegenomen. Dat komt ook tot uiting in de uitersten in aantallen waarover ziekenhuizen rapporteren. Het minimum is het VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg locatie Venlo, waar twaalf patiënten zijn opgenomen over vier dagen. Het maximum is het Zuyderland MC (voorheen Atrium MC en Orbis MC) dat 13.126 patiënten betreft. Op die manier gemeten geeft de 69,8% van het Zuyderland MC meer informatie dan de 100% van het VieCuri.

### *Hoe veel ruimte is er voor eigen beleid?*

Het uitgangsbepaald in Nederland bij richtlijnen<sup>[62]</sup> is volg na/pas toe of leg uit. De richtlijn over delirium bij volwassenen stelt het volgende: *‘Uitgangsvraag: Met welke instrumenten kan een delier het beste gediagnosticeerd worden?’*

---

[62] <http://www.nvkg.nl/uploads/ff/w3/ffw328izjfwlVF-ToaQ5S8w/Richtlijn-Delir-Volwassenen-en-ouderen-2014.pdf>

### ***Aanbevelingen***

- Gebruik de DOSS voor screenen op een delier door verpleegkundigen;
- Bevestig als arts de diagnose delier met de geldende DSM criteria mogelijk door gebruik te maken van de CAM;
- Vervolg als verpleegkundige het beloop van een delier met de DOSS.

Het Rivierenland (Tiel) geeft geen data en doet dat met de volgende toelichting: *‘Er is bekend dat er getrieerd wordt voor delier. Dat wordt hersteld en het beleid wordt in het EPD doorvertaald.’* Deze toelichting maakt onvoldoende inzichtelijk waarom een ziekenhuis zich meent te kunnen onttrekken aan het in de richtlijn vastgelegde beleid. Als het ziekenhuis meent dat een ander beleid gewenst is zal zij zich moeten wenden tot de commissie die de richtlijn heeft opgesteld. Het landelijk vastgestelde beleid is voor de inspectie leidend.

## **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)***

Dit is volledig bereikt, ofwel alle ziekenhuizen hebben de benodigde infrastructuur ontwikkeld.

### ***Het ziekenhuis is in fase 2 (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 2015: minder dan 76,5%)*

- 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 en pijn?

*Het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief hoog (voor 2015: 100%)*

- Is het totaal aantal afdelingen/patiënten in de noemer in verhouding tot de grootte van het ziekenhuis?
  - Zo nee:
    - Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - 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 2015: minder dan 56,1%)*

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Wat is het beleid voor het volgen van een patiënt met verhoogd risico op delirium of met de 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 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 2015: meer dan 96,3%)*

- In hoeverre 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)?
- In hoeverre 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 een delirium voor het inrichten van een preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de implementatie achterblijft?

## 8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 8.4.

### Indicatoren

- Ziekenhuisbrede pijnmeting.

#### Wat zijn de risico's?

Tijdig signaleren en behandelen van pijn is een belangrijk deel van het zorgproces. Pijn kan een teken zijn van complicaties en het kan zelfs ook aanleiding geven tot complicaties. Bij verschillende aandoeningen in de oncologie of bij ziekten van het bewegingsapparaat is niet zozeer chronische pijn als wel intermitterende pijn het belangrijkste symptoom. Pijnmeting rond de operatie is al een aantal jaar een indicator voor de kwaliteit van zorg. Omdat ook patiënten die niet geopereerd zijn pijn kunnen hebben en dit invloed heeft op hun welbevinden en herstel, is de indicator pijnmeting ontwikkeld. Door pijn te meten kan het ziekenhuis deze effectiever bestrijden.

Met deze indicator probeert de inspectie inzicht te krijgen in de aandacht die een ziekenhuis besteedt aan, en het belang een ziekenhuis hecht aan het achterhalen van pijn bij patiënten en de behandeling daarvan.

### Resultaten

#### Ziekenhuisbrede pijnmeting

94 ziekenhuizen leverden gegevens voor deze indicator aan. 88 ziekenhuizen beschikten over een ziekenhuisbreed protocol voor de detectie en behandeling van pijn dat (onder centrale regie) gebruikt wordt door de relevante niet postoperatieve afdelingen. De ziekenhuizen die niet over een ziekenhuisbreed protocol beschikten gaven aan dat deze nog in ontwikkeling is en dat ze voor verschillende patiëntengroepen wel werken met ziekenhuisbrede pijnprotocollen.

91 ziekenhuizen beschikten over een pijnservice die ook voor niet-postoperatieve patiënten wordt geraadpleegd. Sint Maartenskliniek (Nijmegen) lichtte toe dat een pijnservice in ontwikkeling is. Alexander Monro Borstkankerziekenhuis (Bilthoven) gaf aan dat de indicator niet van toepassing is op het ziekenhuis. Het Oogziekenhuis (Rotterdam) gaf de volgende toelichting: *'Bij alle klinische niet-operatieve patiënten wordt pijnmeting volgens het pijnprotocol uitgevoerd. Als er aanleiding voor is, wordt er in overleg met de anesthesioloog aanvullende pijnmedicatie voorgeschreven. In Het Oogziekenhuis hebben patiënten geen dermate hevige pijn dat een aparte pijnservice nodig is.'*

91 ziekenhuizen hebben een ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin pijnscores worden vastgelegd. Naast het Alexander Monro Borstkanker Ziekenhuis geven twee ziekenhuizen (Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) en Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch)) aan (nog) niet te beschikken over een klinisch EPD. De indicator zal bij Jeroen Bosch Ziekenhuis medio 2016 geïmplementeerd worden over een afgesproken tijdsperiode.

### **Aandachtspunten**

Postoperatieve pijnmetingen zijn in Nederlandse ziekenhuizen ingevoerd in de periode 2000-2005. De eerste indicatoren die daarbij ingezet werden vroegen naar de infrastructuur (protocol, pijnservice en registratie van pijnmeting). Later verschoof de aandacht van de infrastructuur naar de pijnmeting zelf. Pijnmetingen zijn destijds ingevoerd omdat pijn te vaak gemist werd bij patiënten. Patiënten bleken veel vaker pijn te hebben dan verwacht en vaker behandeling nodig te hebben. Zorgverleners bleken niet goed in het inschatten of patiënten pijn hadden. Dat lag niet alleen aan hen, patiënten hadden ook niet altijd door dat pijn schadelijk was voor herstel en dus beter gemeld kon worden. De doorbraak van pijnmetingen was een van de eerste successen van de samenwerking tussen de anesthesiologen en de inspectie in de basisset. Hierdoor werd overigens ook duidelijk dat ziekenhuizen en verpleegkundigen een grote rol spelen en dat zij actief betrokken moeten worden bij de samenwerking. Postoperatieve pijn is organisatorisch eenvoudiger te bewaken dan niet postoperatieve pijn. Er is een duidelijk moment (de operatie) waarop de pijn ontstaat en er is een (inmiddels sterk) gestandaardiseerde screening.

Pijn kan ook een probleem zijn als er geen ingreep wordt uitgevoerd. Verder is er geen reden om aan te nemen dat 'niet postoperatieve pijn' eenvoudiger te signaleren is dan postoperatieve pijn. Echter bestaan er wel verschillen tussen 'niet postoperatieve pijn' en postoperatieve pijn. De aard van de pijn is anders. De pijn ontstaat anders, want er is geen acuut moment, is vaker chronisch en het beleid is anders georganiseerd. Er is geen specifiek specialisme verantwoordelijk voor het pijnbeleid. Het gevolg is in ieder geval dat de objectivering van het signaleren en behandelen van niet operatieve pijn tien jaar achterloopt op operatieve pijn. Het wordt tijd voor een inhaalslag.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

#### ***Het ziekenhuis is in fase 1: beschikbaar hebben van een infrastructuur***

*Het ziekenhuis beschikt niet over een ziekenhuisbreed protocol voor de detectie en behandeling van pijn dat (onder centrale regie) gebruikt wordt door de relevantie niet-postoperatieve afdelingen*

- Wat voor pijnbeleid hanteert het ziekenhuis op postoperatieve afdelingen?
- Is er een ziekenhuisprotocol voor de detectie en behandeling van pijn bij postoperatieve patiënten?
- Is, en zo ja, wanneer is het ziekenhuis voornemens om een ziekenhuisbreed protocol op te stellen voor de detectie en behandeling van pijn dat ook niet-postoperatieve afdelingen betreft?
- Zijn er afspraken over het afnemen (en vastleggen) van pijnscores?
- Zijn er afspraken over wie de pijnscores evalueert en opschaalt indien nodig?

*Het ziekenhuis beschikt niet over een pijnservice die ook voor niet-postoperatieve patiënten geraadpleegd kan worden*

- Beschikt het ziekenhuis wel over een pijnservice die voor postoperatieve patiënten geraadpleegd kan worden?
- Is het ziekenhuis voornemens om een pijnservice die ook voor niet-postoperatieve patiënten geraadpleegd kan worden te implementeren?
- Hoe worden niet-postoperatieve patiënten met pijn geïdentificeerd?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid en tot welke verbeteracties heeft dat geleid?

*Het ziekenhuis beschikt niet over een ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin pijnscores worden vastgelegd*

- Wat zijn de afspraken over het afnemen (en vastleggen) van pijnscores? Worden deze digitaal geregistreerd?
- Hoe stuurt het ziekenhuis op pijnscores?
- In welke mate beschikt het ziekenhuis over een registratiesysteem/EPD waarin andere verpleegkundige indicatoren kunnen worden vastgelegd (zoals DOSS, SNAQ)?

*Het ziekenhuis beschikt over een ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin pijnscores worden vastgelegd, maar dit is geen digitaal systeem waaruit op een geaggregeerd niveau stuurinformatie gehaald kan worden (buiten scope indicator)*

- Hoe stuurt het ziekenhuis op pijnscores? Wordt de PDCA cyclus doorlopen om de kwaliteit van de pijnbehandeling te verbeteren?



## 9 Oncologie

U vindt de omschrijving van oncologie en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 9. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's in de oncologie?

Bij oncologie (kanker) groeien cellen in het lichaam zonder de remmen die daar normaal op van toepassing zijn. Cellen groeien daarbij in het omringende weefsel (kwaadaardige tumor). Cellen kunnen uitzaaien en nieuwe tumoren vormen. Tumoren worden meestal beschreven op basis van het weefsel van waaruit de cellen zijn ontspoord. Inmiddels komt er steeds meer aandacht voor de mutaties in het DNA dat heeft geleid tot de ontsporing. Dit zal naar alle waarschijnlijkheid leiden tot een ander beeld wat de ziekte is, een andere indeling en andere behandelingen.

Een tumor groeit en verspreidt zich. Dat maakt een goede omschrijving van de tumor in plaats (TNM) en tijd noodzakelijk. Dit compliceert de behandeling (de behandeling van borstkanker bij een kleine lokale tumor is totaal anders en minder riskant dan van een ver uitgezaaide grote tumor). Dat wil zeggen dat de factor tijd belangrijk is voor het risico en dat er veel kleine specifieke groepen zijn. Dat maakt behandelingen duur en bij het verder ontwikkelen van specifieke behandelmethoden en specifieke groepen ziekten duurder. Daarmee is toegang tot behandelingen structureel risicovol.

Het risico van kanker wordt grofweg bepaald door de plek waar de tumoren zijn: hoe essentiëler het omringende weefsel, hoe riskanter. Daarnaast door het gedrag van de tumor, hoe agressiever het groeit hoe riskanter. Tot slot zijn er de risico's van het effect op het totale lichaam. Omdat de te bestrijden ziekte bestaat uit ontspoord eigen weefsel, bestaat de behandeling uit het efficiënter doden van de ontspoorde cellen en niet van het doden van cellen van het eigen omringende weefsel. Dat maakt een oncologische behandeling inherent risicovol.

Omdat elke behandeling het normale weefsel op een andere manier belast zijn er bijna altijd meerdere typen behandelingen nodig, elk met zijn eigen rendement risicoverhouding (ofwel de verhouding tussen opbrengst en schade). Hieruit volgen een aantal basisrisico's. In de eerste plaats het goed inschatten van de draagkracht van (het lichaam van) de patiënt. In de tweede plaats het goed inschatten van de effecten van de optelsom van behandelingen.

Elk van de typen behandelingen heeft zijn eigen specialisatie. Samenwerking tussen specialisten (waaronder ook niet medische specialisten) geeft altijd risico's. Elk type diagnostiek heeft zijn eigen specialisme. Samenwerking tussen verschillende typen

specialismen geeft aanvullende risico's. Door de toenemende kennis is toenemende specialisatie noodzakelijk.

Door de toenemende kennis en de toenemende eisen aan voorzieningen kan er snel een verschil ontstaan in de kwaliteit van zorg tussen instellingen.

Oncologie heeft door de combinatie van al deze factoren een hoog basisrisico.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom de oncologie?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[63]</sup> vijftien risico's<sup>[64]</sup> genoemd die betrekking hebben op de oncologie. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[65]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn **concentratie van zorg** en **dure geneesmiddelen**.

De Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysica (NVKF), de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) en V&VN Oncologie benoemen allen risico's rondom de concentratie van de zorg. De NVKF en de NVRO benoemen het risico 'waarborgen concentratie zorg in de radiotherapie'. In gesprek met de inspectie over risicoprofielen gaf de NVKF aan dat door toenemende technologische complexiteit van behandelingen, de borging van de kwaliteit in het geding komt wanneer complexe zaken niet op reguliere basis worden uitgevoerd. NVRO gaf aan dat er een risico is op ontbreken van adequate kennis en continuïteit van patiëntenzorg, doordat er in de afgelopen jaren een groot aantal dependances zijn ontstaan, waardoor bemensing en dus ook kennis verspreid wordt. V&VN Oncologie benoemt de regionale vorming van netwerken als risico in hun risicoprofiel. In gesprek met de inspectie gaf zij aan dat dit vraagt om inzet van professionals om te komen tot regionale afstemming rondom zorgpaden over de belangen van de eigen centra heen. Indien dit niet goed ingeregeld wordt dan wel er onvoldoende afstemming is, lopen patiënten het risico op vertraging in de benodigde zorg, verlies aan informatie bij overdracht en onduidelijkheid over het aanspreekpunt in de keten.

Het niet verkrijgen van geneesmiddelen (door financiering) is al eerder besproken in het hoofdstuk Medicatieproces. Ook V&VN Oncologie signaleert een risico door dure geneesmiddelen (met name bij oncologie). In gesprek met de inspectie gaf zij aan dat de financiering van nieuwe middelen (targeted en immunotherapie) onder druk staat.

*Naast deze specifieke risico's zijn ook bijna alle risico's genoemd in het operatief proces, het verpleegkundig proces, de interventies en bij kwetsbare groepen ook van toepassing voor de oncologie.*

---

[63] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[64] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

[65] Zie inleiding voor meer informatie

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Door het grote aantal ziekten en daarmee samenhangende risico's is toezicht op de inhoud van elke individuele behandeling moeilijk. Primair richt het toezicht zich op de verbetering van de randvoorwaarden voor de zorg:

- Een patiënt wordt opgevangen op een plaats met voldoende voorzieningen, kennis, ervaring en training om goede zorg te leveren. Hiervoor zijn vanaf 2011 op brede schaal minimumnormen ingevoerd;
- De zorgverlener heeft voldoende informatie over de eigen zorgverlening om het eigen handelen bij te sturen. Hij gebruikt die informatie over de eigen zorg ook;
- De zorg wordt geleverd aan de hand van goede richtlijnen, die ook voldoende concreet zijn. Waar onderdelen minimumnormen omschrijven moeten deze handhaafbaar zijn;
- Er is een goede multidisciplinaire samenwerking die ook geëvalueerd wordt. Er is een totaalbeeld van de patiënt die behandeld wordt.
- De patiënt heeft een aanspreekpunt (en ervaart dit ook zo);

Dat wil zeggen dat het totaal moet voldoen aan de eisen van één lerende organisatie, ook als er meerdere organisaties bij betrokken zijn.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Alle vier bovenstaande groepen zijn in het verleden gevolgd met meerdere indicatoren. Zie hiervoor ook de onderstaande aandachtspunten. Indicatoren voor minimumnormen voor onder andere volume en voorzieningen, deelname aan kwaliteitsregistraties en voor het volgen van richtlijnen worden hiervoor gebruikt. Door het toegenomen belang van samenwerking voor de oncologie wordt gezocht naar betere indicatoren voor samenwerking. Structuurindicatoren voor een multidisciplinair overleg (MDO) zijn een eerste stap, maar zijn niet voldoende. Indicatoren voor samenwerking en samen leren zijn én moeilijker te vinden én moeilijker te ontwikkelen door een groter aantal betrokkenen. Het gevaar van pro-forma voldoen aan de indicator is ook groter. Een multidisciplinair overleg zonder goede gemeenschappelijke besluitvorming is beperkt nuttig.

### **Algemene aandachtspunten voor de oncologie**

Aan dit hoofdstuk zijn enkele algemene aandachtspunten toegevoegd. Deze zijn ook in grote mate van toepassing op het hoofdstuk Volume en op ingrepen beschreven in andere hoofdstukken waar een volumenorm op van toepassing is.

#### ***Opvolgen volumennormen komt in een stabiele fase***

Vanaf de start van de basisset heeft de inspectie in samenwerking met de betrokken verenigingen aandacht besteed aan minimumnormen voor aantallen uitgevoerde ingrepen. De redenen daarvoor waren eenvoudig. Hoogrisico ingrepen worden veiliger als ze worden uitgevoerd door operatieve teams met meer ervaring. Het resultaat wordt beter, er zijn minder complicaties en de ingrepen worden zeer waarschijnlijk goedkoper. Alleen als de aantallen groter zijn kan er snel genoeg geleerd worden. Tien jaar geleden waren er nog meer dan vijftien ziekenhuizen die één pancreasresectie per jaar uitvoerden. De mortaliteit in deze groep lag rond de 20%, maar ook dan duurt het lang voordat een significant verschil ten opzichte van een groter ziekenhuis met 2% mortaliteit kan worden aangetoond. Deels kwam dat door de inherente onzekerheid binnen de statistiek, maar deels kwam dat ook omdat over een dergelijke lange tijd zorgfactoren veranderden en daarom over de tijd niet goed vergelijkbaar waren. Inmiddels zijn minimumnormen een standaard onderdeel geworden van het beheersen van risico's binnen de oncologie. Minimumnormen worden altijd gehandhaafd door de inspectie, maar op enkele uitzonderingen na is het niet meer noodzakelijk om het volume van ingrepen via een indicator uit te vragen.

Die uitzonderingen zijn:

- 1 Nieuwe minimumnormen in een specialisme dat nog niet eerder minimumnormen heeft geformuleerd. Voorbeeld: de neurochirurgie.
- 2 Op specifiek verzoek van een wetenschappelijke vereniging, bijvoorbeeld omdat het naar beoordeling van de inspectie complex was om de norm vast te stellen. Voorbeeld: normen voor kinderchirurgie.
- 3 Normen voor hoogrisico ingrepen waar meerdere ziekenhuizen niet aan voldoen en die meer dan drie jaar geleden zijn vastgesteld. Voorbeelden hiervan staan genoemd in het hoofdstuk over maagcarcinoom.

#### ***Normen worden altijd per team/locatie bekeken***

De kwaliteit van een ingreep wordt bepaald door de kwaliteit van het complete proces. Daarbij is de chirurg een belangrijke factor, maar de andere leden van het team spelen ook een belangrijke rol. Onder andere om al grote administratieve last te voorkomen worden de normen niet uitgevraagd op teamniveau, maar op het niveau van de locatie waar de ingreep plaatsvindt. Patiënten uit verschillende instellingen worden steeds vaker op één locatie geopereerd. In de afgelopen jaren kwam het herhaaldelijk voor dat instellingen die ingrepen niet meer uitvoerden en de data rapporteerden van instellingen met wie zij samenwerkten. Dit blijkt een hardnekkig fenomeen. Instellingen die dit doen geven als verklaring dat huisartsen en patiënten niet meer verwijzen naar instellingen als er een o staat bij het aantal uitgevoerde ingrepen. Ook zouden zorgverzekeraars soms alleen ziekenhuizen contracteren die de ingrepen ook daadwerkelijk uitvoeren. Vaak wordt daarbij de DICA of

een andere registratieondersteuner aangehaald als autoriteit om een dubbele registratie te rechtvaardigen. Om misverstanden te voorkomen: de inspectie houdt toezicht op daadwerkelijk uitgevoerde zorg, niet op fictieve opgaven.

Als een instelling om welke reden dan ook volumegegevens meldt gelden de volgende regels:

- 1 Elke ingreep kan maar één keer worden aangegeven bij de inspectie.
- 2 De ingreep wordt aangegeven door de instelling waar de ingreep is uitgevoerd, op de locatie waar de ingreep is uitgevoerd.
- 3 De door de wetenschappelijke vereniging gepubliceerde definitie is leidend, de geldende versie moet op het laatst gepubliceerd zijn vóór de start van het registratiejaar, met een implementatiedatum vóór de start van het registratiejaar. Enige (nu theoretische) uitzondering is de situatie waarbij een hoog risico ingreep in zeer kleine aantallen (minder dan twintig per locatie) wordt uitgevoerd en waarbij de vereniging meer dan twee jaar niet in staat bleek om een norm te formuleren. In dat geval is de toezicht-definitie van een norm leidend.
- 4 Als een instelling twijfelt over de inclusiecriteria voor een ingreep (bijvoorbeeld: valt een maagsectie onder een maag of een slokdarm operatie?), dan is het oordeel van de betreffende wetenschappelijke vereniging bepalend. Dat oordeel moet dan wel vermeld worden in de toelichting bij de indicator.
- 5 Gezien het kleine aantal ingrepen waar het hierover gaat en het hoge risico: de indicatorregistratie volgt de definitie van de wetenschappelijke vereniging. Eventuele afgeleide DBC, DOT of DICA registraties zijn voor dit doel (en alleen voor dit doel) irrelevant, tenzij opgenomen in de definitie van de betrokken vereniging.
- 6 Overige argumenten (zoals bijvoorbeeld ‘we laten hiermee zien hoe goed de samenwerking is, we kunnen in de registratie niet zien in welke instelling de ingreep is uitgevoerd, we gaan binnenkort fuseren’) zijn irrelevant.
- 7 De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) heeft bepaald dat in een samenwerkingsverband van een algemeen ziekenhuis en een academisch ziekenhuis een klein aantal ingrepen mag worden uitgevoerd in een academisch ziekenhuis. De bovenstaande voorwaarden gelden daarbij onverkort. Het Flevoziekenhuis en het AMC waarvoor deze uitzondering door de NVvH is vastgesteld voor de behandeling van borstkankerpatiënten, voldoen hiermee dus niet. Zij geven beiden het complete aantal zonder toelichting waar de ingreep is uitgevoerd. Zij voldoen daarmee niet aan regel 1 en 2.

***Monodisciplinaire kwaliteitsregistraties zijn voldoende geïmplementeerd binnen de oncologie***

Zeldzame hoogrisico verrichtingen zijn bij uitstek zorgvormen die bewaakt moeten worden door een goede kwaliteitsregistratie. Hierbij heerst een hardnekkig misverstand. Een toezichthouder als de inspectie zou uiteindelijk zijn complete toezicht gaan baseren op uitkomsten van zorg. In de praktijk is dat onhaalbaar en ongewenst. Zorgverleners (moeten) leren van uitkomsten. Dat proces is een van de kwaliteitscriteria waar de inspectie naar kijkt. Een zorgverlener zou veel eerder dan een toezichthouder moeten zien dat de eigen resultaten teleurstellen. Daarvoor zijn goede kwaliteitsregistraties noodzakelijk. Een

algemene toezichthouder kan niet bij elke individuele behandeling (er zijn naar schatting 15.000 verschillende per ziekenhuis) een individueel resultaat beoordelen. Een kwaliteitsregistratie voor al die producten is ook ondoenlijk. Vooralsnog is het beleid van de inspectie rond de kwaliteitsregistraties eenvoudig. Als een ingreep of behandeling riskant genoeg is om genormeerd te worden met een minimum volume dat het aantal instellingen beperkt, dan kan dit een van de redenen zijn dat een kwaliteitsregistratie gewenst is om tot een op kwaliteit gebaseerd keuzeproses te komen van de locaties waar de ingrepen worden uitgevoerd. De indicatoren voor het gebruik van een kwaliteitsregistratie zijn de afgelopen jaren beperkt gebleven tot de volledigheid van aanlevering. Als informatie van alle patiënten aangeleverd wordt aan de kwaliteitsregistratie kan de registratieorganisatie zelf zorg dragen voor de kwaliteit van de ontvangen informatie. Een kwaliteitsregistratie kan immers niet de kwaliteit bewaken van patiënteninformatie die niet in de registratie is opgenomen. Deze indicatoren kunnen dan ook bijvoorbeeld nóóit direct uit de DICA registratie worden overgenomen. Gezien de impact van indicatoren voor het gebruik van kwaliteitsregistraties gelden de volgende uitgangspunten:

- 1 Er zullen geen nieuwe indicatoren voor monodisciplinaire kwaliteitsregistraties binnen de oncologie worden opgenomen.
  - a Tenzij wordt voldaan aan de uitzonderingscriteria voor het opnemen van nieuwe minimumnormen in de basisset.
- 2 Multidisciplinaire registraties worden alleen opgenomen als het een registratie betreft die de patiënt volgt en waarbij alle relevante medische disciplines samenwerken binnen de registratie. Die samenwerking moet zichtbaar zijn door het bijvoorbeeld gezamenlijk formuleren van kwaliteitsdoelen of het gezamenlijk uitvoeren van analyses van multidisciplinair behandelde patiënten.

***Coördinatie van complexe processen blijft een belangrijk aandachtspunt.  
Nieuwe indicatoren zijn moeilijker te maken***

Veel kankerpatiënten hebben een behandeling nodig die bestaat uit meerdere behandelingen die elkaar aanvullen. De patiënt mag daarbij niet te zwaar belast worden. Een arts moet dus weten wat een patiënt aan kan en weten hoe belastend een behandeling is. Een specialist kan vaak de belasting van zijn eigen behandeling redelijk inschatten, maar combinaties van behandelingen zijn moeilijker te beoordelen. Een draaglastmeting voor de patiënt is inmiddels breed ingevoerd, maar is vooral bedoeld voor de indicatie voor psychosociale hulp. Inzicht in de kwetsbaarheid van een patiënt is ook belangrijk. Dit was de reden voor de invoering van de indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie. Een MDO is belangrijk voor het coördineren van oncologische zorg. De structuurindicatoren voor samenwerking, zoals het MDO, hebben hun doel bereikt en zijn in 2015 gestopt. Bijna iedereen heeft een MDO. Het hebben van een MDO is alleen geen garantie voor goede samenwerking. Indicatoren voor goede samenwerking zijn moeilijker te ontwikkelen dan indicatoren voor volume of registraties. Afstemming tussen twee partijen vraagt ook meer tijd dan een indicator die maar één partij raakt. Wetenschappelijke publicaties gaan vaak over jongere patiënten dan normaal behandeld in een Nederlands ziekenhuis. Daarom zijn indicatoren zelden of nooit uit wetenschappelijke publicaties af te leiden. Dit betekent dat er in de komende jaren minder indicatoren voor de oncologische zorg zullen zijn, omdat

het langer duurt om ze te ontwikkelen en omdat er weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is. Dit betekent ook dat het risico groter is dat een indicator niet direct geschikt is voor specifiek gebruik in het toezicht.

#### ***Nieuwe risico's***

Twee risico's die op een andere plek besproken worden zijn de kwaliteit van het diagnostisch proces en de kwaliteitsbewaking van het medicatieproces. In de toelichting bij de indicator Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) wordt door meerdere ziekenhuizen gemeld dat het EVS deels is geïmplementeerd omdat cytostatica niet in het EVS zijn opgenomen. Dit werd bevestigd in het eerste overleg tussen een aantal betrokken verenigingen, waaronder de ziekenhuisapothekers. Meerdere verenigingen vroegen aandacht voor het probleem van dure medicatie, die in dit oncologisch perspectief vaak een synoniem zijn voor cytostatica die in 2015 werden ingezet voor patiënten met een gevorderde ziekte, maar die in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid al eerder zullen worden ingezet. Of indicatoren een rol zullen spelen bij het toezicht op het gebruik van schaarse medicamenten is nog niet duidelijk. Als er goede diagnostische testen ('companion diagnostics') zijn voor het succes van een behandeling zou het gebruik daarvan onderdeel van een indicator kunnen zijn.

#### ***Samenvattend***

De indicatoren voor minimumvolumes en kwaliteitsregistraties hebben hun doelen bereikt en worden afgesloten. Indicatoren voor coördinatie en samenwerking krijgen meer aandacht. Deze indicatoren hebben een langere ontwikkeltijd en zijn moeilijker te ontwikkelen, onder andere omdat er altijd meerdere partijen bij zijn betrokken. Dit heeft al direct tot gevolg dat het aantal indicatoren, zeker in dit hoofdstuk, zal afnemen. Diagnostiek en medicatie zijn belangrijke risico's in dit gebied en zullen in de specifieke hoofdstukken hiervoor aandacht krijgen.

## 9.1 Samenwerking

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 9.1.

### Indicator

- Multidisciplinair overleg (MDO).

### Wat zijn de risico's?

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

Voor de inspectie zijn er meerdere redenen om het MDO op te nemen 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 allemaal verschillende typen tumoren besproken worden is niet wenselijk en komt steeds minder voor. De onwenselijkheid is gelegen in de kans 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 oncologische kennis en zo 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.

### Resultaten

#### *MDO Mammacarcinoom*

In 2015 werden in 94 ziekenhuizen patiënten met een mamacarcinoom behandeld. In 92 van deze ziekenhuizen was een plastisch chirurg structureel aanwezig bij het MDO. Bij twee ziekenhuizen was dit niet het geval: Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep (Hardenberg) en Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden). Radiotherapeutisch Instituut Friesland lichtte toe dat *'de plastisch chirurg op afroep beschikbaar is tijdens een mamma MDO, tijdens een ander mamma MDO wel structureel aanwezig'*. Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep gaf geen toelichting.



### **MDO Urologische tumoren**

In 92 ziekenhuizen werden er in 2015 patiënten met een urologische tumor behandeld. Één ziekenhuis gaf aan niet te beschikken over een specifiek MDO waarin de urologische tumoren adequaat besproken kunnen worden voor start van de behandeling. Dit betrof het Maasziekenhuis Pantein (Beugen) en lichtte dit toe: *‘Wij voeren geen radicale prostatectomieën, cystectomien uit. Bij een blaastumor wordt voor een TURT geen MDO van te voren gedaan. Of er sprake is van een tumor is pas vast te stellen na de operatie.’* Twee ziekenhuizen (Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) en Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep) beschikten niet over een specifiek MDO waarin postoperatief urologische tumoren adequaat besproken kunnen worden. Zuwe Hofpoort Ziekenhuis lichtte toe: *‘Er is in het Zuwe Hofpoort slechts beperkte behandeling van Urologische tumoren mogelijk qua operatieve ingrepen. Daarom is er geen post-operatief MDO Urologie.’* Ook Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep gaf een toelichting: *‘MDO postoperatief in behandelend ziekenhuis’.*

### **Aandachtspunten**

#### **Indicator MDO vervalt**

De indicator MDO is in 2015 voor het laatst uitgevraagd. Zoals de resultaten in dit hoofdstuk weergegeven scoort deze indicator bijna 100% (zowel bij mammacarcinoom als bij urologische tumoren), wat betekent dat het doel van deze indicator is bereikt en dat deze indicator nauwelijks nog risicoreductie kan opleveren. Deze indicator bestaat uit drie variabelen, wat betekent dat er drie variabelen vrij komen voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren. De inspectie blijft het thema samenwerking bij indicatoren belangrijk vinden, de ontwikkeling van een nieuwe indicator over samenwerking wordt toegejuicht.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het ziekenhuis beschikt niet over een specifiek MDO voor patiënten met een urologisch carcinoom en/of longcarcinoom (voor start behandeling dan wel postoperatief)*

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

*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?
- Wat is de status van de afspraken van een MDO in het ziekenhuis? Is de hoofdbehandelaar aanwezig bij het MDO, 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?

## 9.2 Borstkanker

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 9.2.

### Indicatoren

- Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie.
- Deelname aan de NABON Breast Cancer Audit (NBCA) (voorheen DBCA)<sup>[66]</sup>.
- Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten.

### Wat zijn de risico's?

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland en een belangrijke doodsoorzaak<sup>[67]</sup>. 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 behandeling van borstkanker 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 bij de ontwikkelingen in het vakgebied van de collega-specialismen van groot belang. Een duidelijk en voor alle betrokkenen toegankelijk behandelplan en een goede verslaglegging van de uitgevoerde (be)handelingen zijn cruciaal om goede zorg te kunnen leveren. 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 haar of zijn leven na de behandeling van de ziekte<sup>[68]</sup>. De indicatoren voor borstkanker geven de inspectie een indicatie voor onderzoek van het gehele proces van de borstkankerszorg. De organisatie van de diagnostiek en behandeling van borstkanker is van alle vormen van kanker over het algemeen het best georganiseerd. De borstkankerszorg kent ook goed uitgewerkte richtlijnen waarin kwantitatieve normen zijn opgenomen. De betreffende indicatoren geven de inspectie dan ook vooral een indicatie van de bovengrens van de kwaliteit van (de organisatie van) de kankerszorg in een ziekenhuis. Ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van borstkanker volgen elkaar snel op. De inspectie wil dan ook weten of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de NBCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Met de registratie krijgt de beroepsgroep inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en kan ze haar werk aantoonbaar verbeteren. Daarbij komt dat een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare indicatoren in te stellen. Bij de indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten wordt aandacht besteed aan andere fasen van de behandeling bij borstkanker, niet de chirurgie betreffende.

---

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

---

[67] IKNL. Mammacarcinoom. Kankerszorg in beeld. Januari 2014.

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

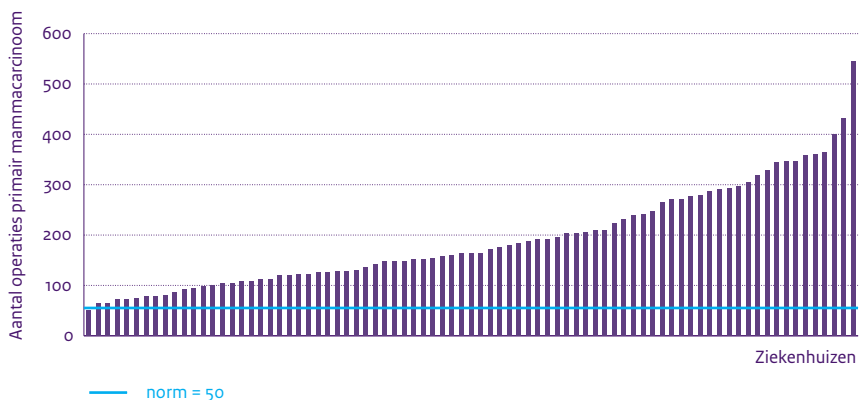
## Resultaten

### Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Flevoziekenhuis (Almere), AMC (Amsterdam), Spaarne Gasthuis (locatie Haarlem), Spaarne Gasthuis (locatie Hoofddorp), Noordwest Ziekenhuis Groep (locatie Alkmaar) en Noordwest Ziekenhuis Groep (locatie Den Helder) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 2015 kregen volgens opgave in totaal 9.890 patiënten in 84 ziekenhuizen een eerste borstsparende operatie voor een primair mamma carcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS). Gemiddeld werden er per ziekenhuis 118 patiënten borstsparend behandeld, variërend van 30 tot 371 patiënten. In totaal werden er in 2015 16.118 patiënten chirurgisch behandeld aan een primair mamma carcinoom. Het gemiddelde per ziekenhuis lag op 194 patiënten. De spreiding tussen ziekenhuizen liep uiteen van 51 tot 545 patiënten gemiddeld per ziekenhuis (figuur 9.2.1). De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) stelt als norm dat een ziekenhuis tenminste 50 patiënten per jaar met primair mamma carcinoom behandelt<sup>[69]</sup>. Alle ziekenhuizen haalden deze norm in 2015, net zoals in 2014.

Figuur 9.2.1  
Aantal operaties primair mamma carcinoom (n=84)

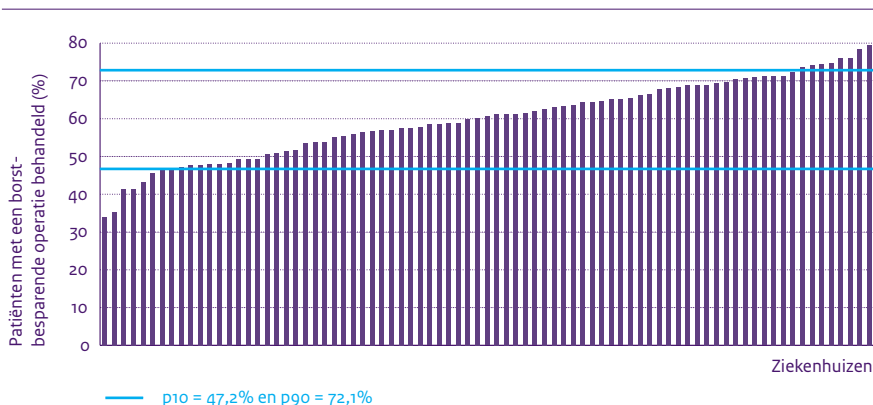


Gemiddeld kreeg in 2015 60% van de patiënten met een mamma carcinoom een borstsparende operatie, een daling van 0,4 procentpunt ten opzichte van 2014. De spreiding tussen ziekenhuizen is ietwat afgenomen ten opzichte van 2014: van 32,8% - 100% naar 34% - 79%. Zie ook figuur 9.2.2.

[69] Normering chirurgische behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

Figuur 9.2.2

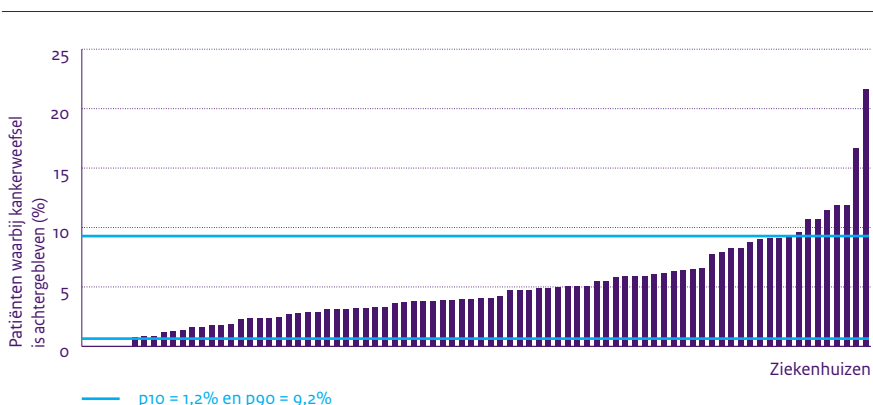
Percentage patiënten dat met een borstsparende operatie is behandeld (n=84)



Van de 16.118 patiënten bleef bij 491 patiënten kankerweefsel achter na een borstsparende operatie. Dit is gemiddeld bij 5% van de patiënten. Dit is een stijging van 0,1 procentpunt ten opzichte van 2014. Zoals te zien in figuur 9.2.3 bedroeg de spreiding tussen ziekenhuizen in 2015 0% tot 21,6%. De spreiding is licht gestegen ten opzichte van 2014 (0% - 17,1%). In 2015 zat Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) boven de norm van 20% zoals is vastgesteld in de Richtlijn Mammacarcinoom uit 2012. Dit ziekenhuis gaf geen toelichting. In 2014 zat elk ziekenhuis onder de norm.

Figuur 9.2.3

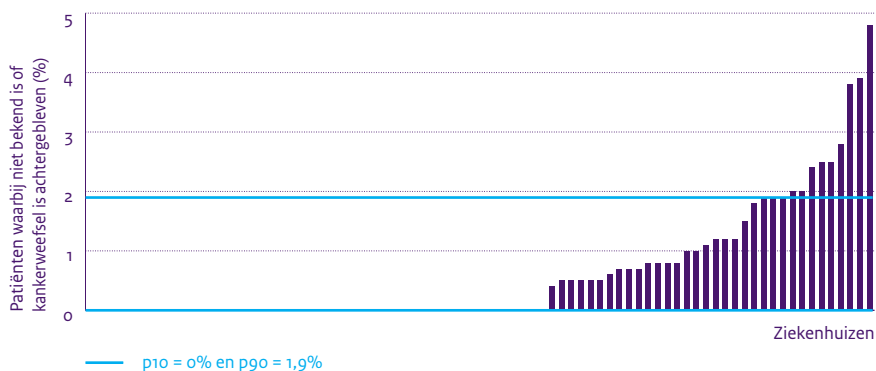
Percentage patiënten na borstsparende operaties waarbij restweefsel is achtergebleven (n=84)



50 ziekenhuizen wisten van alle patiënten of kankerweefsel was achtergebleven (figuur 9.2.4). 34 ziekenhuizen wisten dit niet voor alle patiënten. In totaal betrof het 51 patiënten waar het in ziekenhuizen onbekend was of kankerweefsel was achtergebleven, ofwel bij gemiddeld 0,6% van de patiënten na een borstsparende operatie was dit onbekend. De

variatie per ziekenhuis liep uiteen van 0 tot 4,8%. Ten opzichte van 2014 is het gemiddelde gestegen met 0,1 procentpunt.

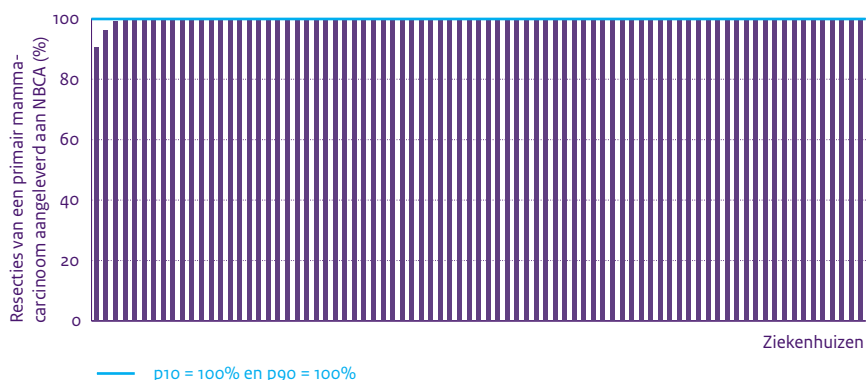
Figuur 9.2.4  
**Percentage patiënten na borstsparende operaties waarbij onbekend is of restweefsel is achtergebleven (n=84)**



**Deelname aan de NABON Breast Cancer Audit (NBCA) (voorheen DBCA)**

Alle 84 ziekenhuizen die borstkanker behandelen hebben in 2015 gegevens aangeleverd aan de NBCA. Gemiddeld leverden ziekenhuizen 99,8% (hetzelfde percentage als in 2014) van de chirurgische resecties voor primair mamma-carcinoom, met een spreiding van 90,5% tot 100% tussen de ziekenhuizen aan het NABON. Zie ook figuur 9.2.5.

Figuur 9.2.5  
**Percentage chirurgische resecties voor primair mamma-carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de NBCA (n=84)**



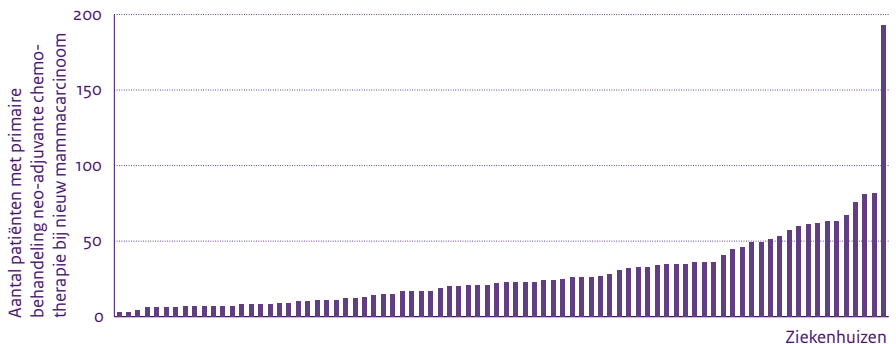
### **Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten**

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Flevoziekenhuis (Almere), AMC (Amsterdam), Spaarne Gasthuis (locatie Haarlem), Spaarne Gasthuis (locatie Hoofddorp), Noordwest Ziekenhuis Groep (locatie Alkmaar) en Noordwest Ziekenhuis Groep (locatie Den Helder) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 2015 gaven 82 ziekenhuizen in totaal aan 2.345 patiënten neo-adjuvante chemotherapie. Dit zijn 439 patiënten meer dan in 2014 en 784 patiënten meer dan in 2013. De spreiding tussen ziekenhuizen is net als in 2014 groot: van drie patiënten tot 193 patiënten per jaar die in het verslagjaar als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie kregen voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief mamma carcinoom (figuur 9.2.6). Gemiddeld werd bij 81,8% van de patiënten binnen vijf weken na de diagnose gestart met de neo-adjuvante chemotherapie. Dit percentage liep uiteen van 25% tot 100% (in 2014 was dit 24% tot 100%) (figuur 9.2.7). Elf ziekenhuizen gaven aan dat bij 100% van de patiënten binnen vijf weken na de diagnose gestart was met de neo-adjuvante chemotherapie. Het ziekenhuis waar dit percentage het laagst was, was het St. Jans Gasthuis (Weert) met 25%. Dit ziekenhuis gaf geen toelichting.

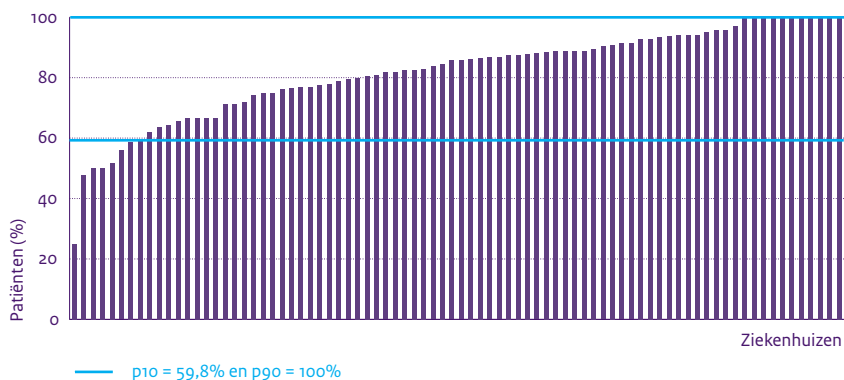
Figuur 9.2.6

**Aantal patiënten met als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie bij nieuw gediagnosticeerd mamma carcinoom (n=82)**



Figuur 9.2.7

Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie (n=82)



### Aandachtspunten

#### *Indicatoren Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie en Deelname aan de NBCA vervallen*

De indicatoren Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie en Deelname aan de NBCA zijn in 2015 voor het laatst uitgevraagd. Beide indicatoren hebben hun doel bereikt. De eerst genoemde indicator vervalt, omdat het totale percentage tumorresten is gehalveerd in de afgelopen jaren, waardoor er nog maar een zeer kleine bandbreedte overbleef. Wat het gebruik van deze indicator heeft geleerd is dat uitslagen hoger dan de grens van 20% ook onderzocht moeten worden door het ziekenhuis. Het is noodzakelijk dat het ziekenhuis deze uitslag toelicht en verklaart wat de oorzaak is geweest. In die zin schiet het Amstelland ziekenhuis dus duidelijk tekort. De indicator Deelname aan de NBCA is vervallen omdat deze indicator bijna 100% scoort (in 2015: 99,8%). Met het vervallen van beide indicatoren zijn er negen variabelen vrijgekomen.

### 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*

Dit is volledig bereikt, ofwel alle ziekenhuizen hebben de benodigde infrastructuur ontwikkeld.



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

*Bij meer dan 1 patiënt is niet bekend of tumorweefsel na een operatie voor borstkanker 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 NBCA is relatief laag (voor 2015: 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 NBCA registratie?

*Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage opgenomen patiënten in de NBCA 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*

In 2015 was er geen ziekenhuis dat minder dan 50 patiënten met een mammacarcinoom chirurgisch had behandeld, waardoor hier geen vragen over opgenomen worden.

*Het percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom dat uiterlijk 5 weken na de PA-diagnose (pathologie diagnose) is gestart met neo-adjuvante chemotherapie is relatief laag of relatief hoog (voor 2015: minder dan 59,8% respectievelijk 100%)*

- Welk beleid heeft het ziekenhuis voor het invoeren van nieuwe behandelmethoden?
- Heeft het ziekenhuis een risicoanalyse of evaluatie op nieuwe behandelmethoden uitgevoerd?
- Zijn er afspraken gemaakt over eventueel doorverwijzen van patiënten voor neoadjuvante therapie met andere ziekenhuizen?

### **Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van meetgegevens)**

*Het percentage geopereerde borstkankerpatiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief hoog (voor 2015: meer dan 9,2%)*

- 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 mammopoli en het MDO geregeld?

*Het percentage geopereerde borstkankerpatiënten bij wie onbekend is of er tumorweefsel is achtergebleven is relatief laag (voor 2015: minder dan 1,2%)*

- 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 vier jaar in de verhouding borstsparende ingrepen/ borstamputatie?

## 9.3 Longchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 9.3.

### Indicator

– Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd.

### Wat zijn de risico's?

De anatomische resectie van een (deel van de) long is een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een hoger risico op tijdelijke of permanente 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 per- en postoperatieve proces op peil blijft. De inspectie vindt het belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van riskante, zeldzame 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 Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) hebben bepaald dat wanneer een ziekenhuis verantwoord 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 cardiothoracaal chirurgische centra is besloten een minimum te hanteren van 50 anatomische resecties<sup>[70]</sup>. Als in een ziekenhuis twee aparte maatschappen zijn, die los van elkaar opereren dan is de volumenorm 70. Is het een gemengd team dan is het afhankelijk van welke chirurgen eindverantwoordelijk zijn. Zijn de thoraxchirurgen eindverantwoordelijk dan is de volumenorm 50, zijn de longchirurgen eindverantwoordelijk dan is de volumenorm 20. Het is belangrijk dat het ziekenhuis beschikt over goede data om het eigen beleid te evalueren en om verwijzers (en patiënten) in staat te stellen een verantwoorde keuze te maken. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten in ziekenhuizen zich conformeren aan de normen gesteld door de beroepsgroep.

### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbel gegevens aan. De hieronder gepresenteerde gegevens zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.* In 2015 werden in 45 ziekenhuizen anatomische resecties van de long uitgevoerd. In al deze ziekenhuizen was het aantal uitgevoerde anatomische longresecties bekend. In totaal werden in de 49 ziekenhuizen 2.543 longresecties uitgevoerd. Ziekenhuizen voerden gemiddeld 57 resecties uit met een minimum van 22 en een maximum van 104 (figuur 9.3.1).

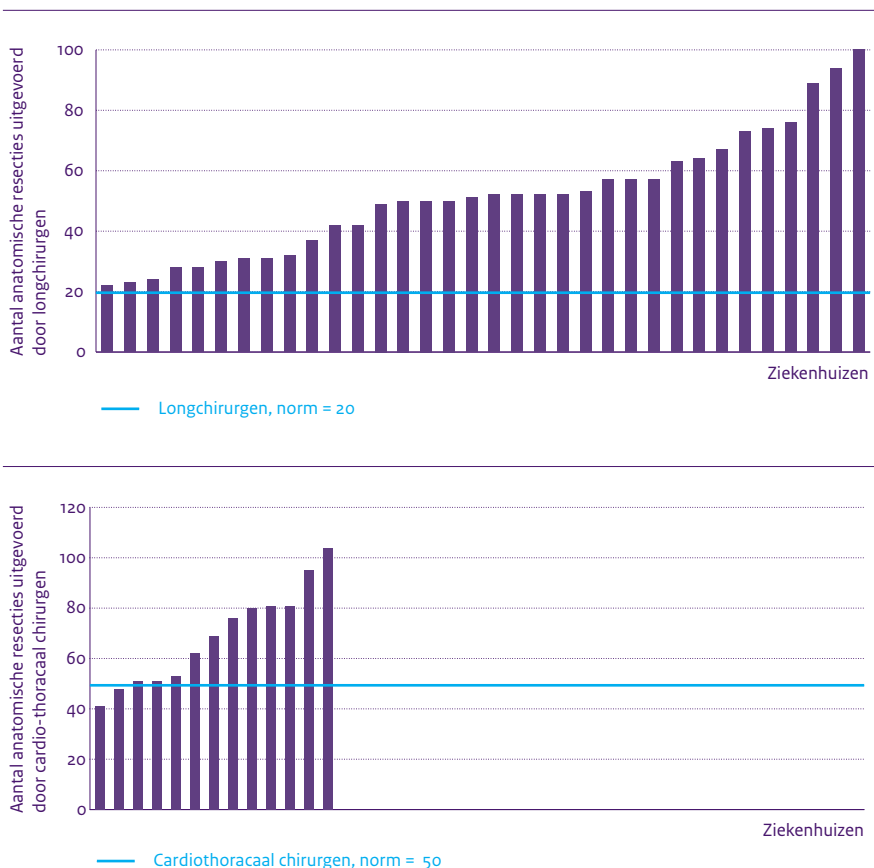
---

[70] Ledenvergadering NVT april 2011

In 33 ziekenhuizen deden alleen de longchirurgen de resecties, in 12 ziekenhuizen alleen de cardiothoracaal chirurgen en in één ziekenhuis beiden (VUmc, Amsterdam). MUMC+ (Maastricht) en AMC (Amsterdam) waren de enige ziekenhuizen waar minder dan 50 resecties werden uitgevoerd door de cardiothoracaal chirurgen (48 in MUMC+ en 41 in het AMC). Het MUMC+ gaf geen toelichting. Het AMC lichtte het volgende toe: *‘Tijdens de stroomstoring van VUmc zijn er drie ingrepen door een algemeen chirurg verricht als gast chirurg met supervisie van de AMC cardio-thoracaal chirurgen. In externe bestand is de waarde van 16, wij hebben het niet overgenomen omdat de Nederlandse vereniging voor Thorax chirurgie ook een eigen registratie binnen de DICA heeft DLSAT.’*

Figuur 9.3.1

**Aantal anatomische resecties, uitgevoerd door alleen longchirurgen (33), door alleen cardiothoracaal chirurgen (n=12) of door een team van longchirurgen en cardiothoracaal chirurgen (n=1)**



### Aandachtspunten

De aandachtspunten voor dit onderwerp zijn grotendeels opgenomen in het hoofdstuk deelname aan de DLSA. De opvolger van die indicator (de DLCA) zal de plaats van beide indicatoren innemen.

Opvallend is dat academische ziekenhuizen moeite hebben met het voldoen aan de minimumnorm van de NVT. De toelichting van het AMC is hierin niet duidelijk omdat de toelichting wel een verklaring geeft hoe het aantal van 41 tot stand is gekomen, maar niet welke maatregelen worden genomen om aan de norm te gaan voldoen. Het MUMC+ voldoet net niet met 48. In de twee voorgaande jaren werden 53 en 50 ingrepen verricht. Eerder gaf het ziekenhuis daarbij de verklaring dat er op korte afstand een ander volledig uitgerust centrum aanwezig was. Daar werden in die periode 108, 72 en 78 ingrepen verricht. Ziekenhuizen mogen volgens de SONCOS normen een gemiddelde hanteren van de afgelopen drie jaar. De inspectie heeft daarbij aangegeven dat dat kan leiden tot een situatie waarbij het moment wordt uitgesteld dat een regio een keuze moet maken tussen twee of meer ziekenhuizen. Het ziekenhuis zal in ieder geval aandacht moeten besteden aan het lange termijn perspectief voor het (blijven) uitvoeren van deze ingreep.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het aantal resecties uitgevoerd door longchirurgen is minder dan 20 (volumenorm NVvH)<sup>[71]</sup>*

- Voert het ziekenhuis de ingreep in het volgende jaar 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. 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 voldoet.*
    - Wat is het concentratiebeleid van de betrokken vakgroep/maatschap?
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
    - Heeft het ziekenhuis een scan uitgevoerd of laten uitvoeren (bijvoorbeeld door het IKNL) om inzicht te krijgen op welke punten het actie moet ondernemen om te waarborgen dat alleen ingrepen worden uitgevoerd waarbij het aan de normen voldoet?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
    - Welke regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?

---

[71] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

*Het aantal resecties uitgevoerd door cardiothoracaal chirurgen is minder dan 50 (volumenorm NVT)*

- Voeren cardiothoracaal chirurgen in het ziekenhuis in het volgende jaar de ingreep nog uit?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de vakgroep/maatschap genomen om over 2015 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 hoogrisico verrichtingen?

*Zowel longchirurgen als cardiothoracaalchirurgen voerden resecties uit, het totaal was minder dan 70 (gecombineerde volumenorm NVvH en NVT)*

Dan zijn beide bovenstaande groepen vragen relevant.

- Op welke wijze is de samenwerking tussen de beide groepen vormgegeven?

## 9.4 Gastro-intestinaal

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 9.4.

### Indicatoren

- Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA).
- Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD).

### Wat zijn de risico's?

De mortaliteit en morbiditeit van de chirurgische behandeling van slokdarmkanker heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen. Slokdarm- en ook maagresecties zijn zogenoemde laagvolume hoogrisico ingrepen. De inspectie heeft in 2003 voor het ziekenhuisvolume aan slokdarmresecties een indicator geïntroduceerd. De volumenorm van 10 resecties per jaar per ziekenhuis heeft geleid tot concentratie van deze ingrepen in een kleiner aantal ziekenhuizen. In 2012 heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) besloten de volumenorm te verhogen naar 20 resecties per jaar<sup>[72]</sup>. Met de indicator Deelname aan de DUCA krijgt de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan de normen gesteld door de beroepsgroep. Daarnaast krijgt de inspectie met deze indicator inzicht in hoeverre ziekenhuizen deelnemen aan de DUCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een indicator die vraagt naar deelname aan een kwaliteitsregistratie leidt tot het versnellen van deelname aan dergelijke registraties. Daarbij komt dat deelname aan een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare indicatoren op te stellen.

Een carcinoom van de pancreas 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<sup>[73]</sup>. De voornaamste behandeling is chirurgisch, slechts 20% van de patiënten komt hiervoor in aanmerking. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goede 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.

### Resultaten

#### *Deelname aan de DUCA – Slokdarmresecties*

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen. In 2015 zijn in totaal 827 slokdarmresecties voor een primair carcinoom uitgevoerd in 22 ziekenhuizen, variërend van 20 tot 91 resecties per ziekenhuis. Gemiddeld deed elk*

---

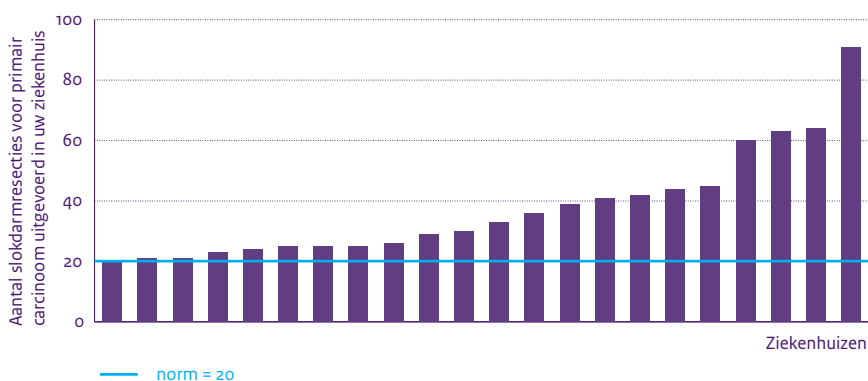
[72] Normering Chirurgische Behandelingen 3.0, NVvH, Juni 2012.

---

[73] Landelijke werkgroep Gastro-intestinale tumoren. Richtlijn pancreascarcinoom. Versie 2.0 2011-08-22.

ziekenhuis 38 slokdarmresecties voor een primair carcinoom in 2015 (figuur 9.4.1). Alle 22 ziekenhuizen voldeden aan de norm van de NVvH (20 per jaar). Twee ziekenhuizen voerden in 2015 niet 100% van de uitgevoerde slokdarmresecties in DUCA in. Dit waren het Erasmus MC (Rotterdam) (92,3%) en het VUmc (Amsterdam) (95,1%). De verklaring hiervoor vanuit het Erasmus MC is dat een patiënt met slokdarmkanker geopereerd is (met resectie), waarbij achteraf bleek dat het om een GIST (gastrointestinale stromacel tumor) ging. Dit is een zeldzame kankersoort, die niet in de DUCA thuishoort. De DUCA geeft aan dat alleen epitheliale tumoren in de registratie horen en GIST niet, omdat dat een sarcoom is in plaats van epitheliale tumor. Voor het VUmc geldt dat een aantal patiënten geen BSN nummer hadden ten tijde van de operatie. Door het registratiesysteem van DICA worden patiënten zonder BSN nummer niet opgenomen in de registratie.

Figuur 9.4.1  
Aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom (n=22)



#### Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA) – Maagresecties

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen. In 23 ziekenhuizen zijn in totaal 455 patiënten chirurgisch behandeld voor primair maagcarcinoom, variërend van 7 tot 41 ingrepen per ziekenhuis (figuur 9.4.2). Gemiddeld werden twintig patiënten per ziekenhuis behandeld. Twee ziekenhuizen leverden niet voor alle maagresecties voor primair carcinoom gegevens aan bij DUCA, dit betrof VUmc waar 82,6% werd aangeleverd en LUMC (Leiden) waar 88,6% werd aangeleverd. VUmc lichtte toe: ‘Het is niet mogelijk om patiënten die niet beschikken over een BSN-nummer (buitenlandse patiënt of illegaal in Nederland verblijvende patiënt) in te voeren in een DICA-registratie. VUmc heeft om die reden 4 patiënten met een maagresectie voor carcinoom niet kunnen invoeren in de DUCA.’ Twaalf ziekenhuizen voerden minder dan twintig maagresecties voor primair carcinoom uit in 2015 en haalden daarmee de norm van de NVvH niet.

Van de ziekenhuizen die de norm niet haalden werd geen toelichting gegeven door: Gelre Ziekenhuizen, locatie Apeldoorn (9), Ziekenhuis MCL (Leeuwarden) (14), Erasmus MC (14), Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) (15), IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan Den IJssel)



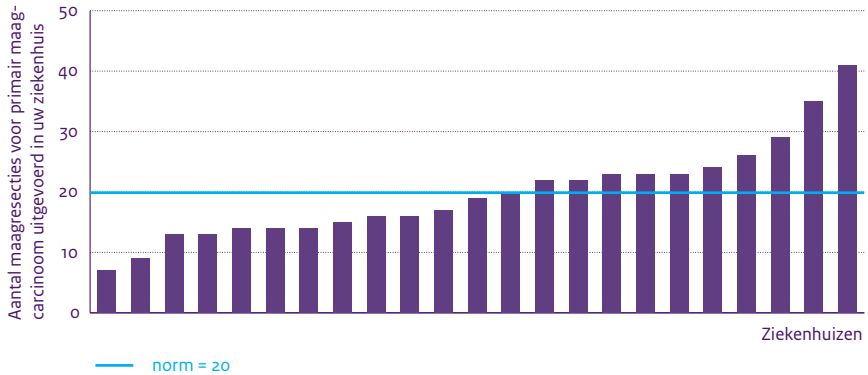
(16), Maasstad Ziekenhuis, locaties Clara en Zuider (16) en Meander Medisch Centrum (Amersfoort) (17). De rest van de ziekenhuizen die de norm niet haalden gaven een toelichting. De inspectie gaat ervan uit dat ziekenhuizen die de norm dit jaar niet haalden volgend jaar stoppen, tenzij ze in de toelichting aangeven hoe ze denken de norm wel te halen. Begin 2016 is een overeenkomst gesloten tussen het IJsselland ziekenhuis en het Erasmus MC aangaande de slokdarm-maagoperaties voor kanker. Dit betekent dat patiënten met maagkanker doorverwezen worden vanuit het IJsselland ziekenhuis en Franciscus Gasthuis naar het Erasmus MC (naast de reeds bestaande doorverwijzingen van patiënten). Dit is zichtbaar in de voorlopige getallen voor 2016: nu al heeft het Erasmus MC 30 maag-resecties voor kanker gedaan.

Zes ziekenhuizen die in 2015 de norm van twintig maagresecties voor primair carcinoom niet haalden, haalden deze norm ook al niet in 2014. Dit betrof:

- Albert Schweitzer Ziekenhuis (gaf geen toelichting);
- Reinier de Graaf Groep, locaties Reinier de Graaf Gasthuis in Delft en Diaconessenhuis in Voorburg (toelichting: *‘Er zijn aanvullend tevens 6 maag(carcinoom) resecties uitgevoerd die buiten de DICA inclusiecriteria vallen. Reinier de Graaf heeft een regiofunctie t. a. v. de slokdarm- en maagchirurgie. Het aantal slokdarm- en maagresecties dient gezamenlijk te worden bekeken i. v. m. het overgangsg gebied tussen maag en slokdarm.’*);
- IJsselland Ziekenhuis (gaf geen toelichting);
- OLVG, locatie Oost (toelichting: *‘Het OLVG stopt in 2016 met de uitvoering van de maagresecties. De oncologische zorgverlening in het samenwerkingsverband Oncologisch Centrum Amsterdam vindt plaats op 3 locaties. De samenwerking tussen OLVG Oost, OLVG West (voorheen Sint Lucas Andreasziekenhuis) en het BovenIJziekenhuis is opgezet met o. a. als doel de patiënten uit het adherentiegebied diagnostiek, chemotherapie, nazorg en palliatieve zorg aan te kunnen blijven bieden op de 3 locaties. De complexe ingrepen worden in toenemende mate uitgevoerd op locatie OLVG Oost.’*);
- Isala (Zwolle) (toelichting: *‘We zijn inmiddels gestopt met maag- en slokdarmchirurgie.’*);
- Gelre Ziekenhuizen (gaf geen toelichting).

Figuur 9.4.2

Aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom (n=23)

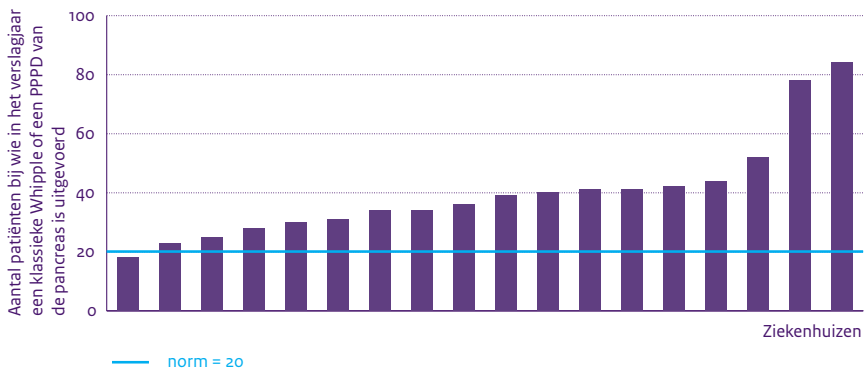


### Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)

In achttien ziekenhuizen werden in 2015 resecties van de pancreas uit bij in totaal 720 patiënten, gemiddeld 40 patiënten per ziekenhuis. Uit figuur 9.4.3 blijkt dat het aantal patiënten uiteen liep van 18 tot 84. Het Amphia Ziekenhuis (Breda) was het enige ziekenhuis dat de norm van twintig niet haalde, ze voerden bij achttien patiënten een resectie van de pancreas uit. Amphia Ziekenhuis lichtte toe: *‘Gemiddeld over drie jaar wordt voldaan aan de norm. 2012: 27 (inclusief totale pancreatomie), 2013: 22, 2014: 20. Totaal aantal resecties respectievelijk 32-31-30-29. Amphia gaat door met pancreaschirurgie en heeft daartoe binnen het oncologisch netwerk Embraze formele afspraken gemaakt. Dit betekent dat in nauwe samenwerking met EMC tot regionale behandel- en verwijfsafspraken wordt gekomen.’* Geen van de ziekenhuizen hebben voor een resectie van de pancreas patiënten doorverwezen.

Figuur 9.4.3

Aantal patiënten bij wie in het verslagjaar een klassieke Whipple of PPPD van de pancreas is uitgevoerd (n=18)



## Aandachtspunten

### *Indicator Deelname aan de DUCA vervalt*

De indicator Deelname aan de DUCA is in 2015 voor het laatst uitgevraagd. Voor slokdarm-resecties geldt dat bijna alle ziekenhuizen 100% van de gegevens aanleverden aan de DUCA, en daarbij haalden alle ziekenhuizen in 2015 de volumenorm. Ook voor maagresecties geldt dat bijna alle ziekenhuizen 100% van de gegevens aanleverden aan de DUCA. Bij maagresecties haalden niet alle ziekenhuizen de volumenorm. De doelen van deze indicator – het stimuleren van het aanleveren van kwaliteitsgegevens en het halen van de volumenormen – zijn dus (bijna) gehaald, op de volumenorm van maagresecties na. De inspectie zal aan het halen van volumenormen aandacht blijven geven in haar reguliere toezicht.

### *Indicator Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD) vervalt*

In 2016 wordt de indicator Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD) voor het laatst uitgevraagd. Eén ziekenhuis haalde de volumenorm van twintig niet. Het doel van deze indicator is daarmee bijna gehaald, waardoor het uitvragen van deze indicator niet meer relevant is. De ruimte die hierdoor in de basisset ontstaat kan hierdoor ingevuld worden door indicatoren met meer potentie tot risicoreductie.

### *Ziekenhuizen voldoen relatief vaak niet aan de norm voor maagcarcinoom*

Het algemene patroon is dat ziekenhuizen in overgrote meerderheid zijn gaan voldoen aan de minimumnormen. Dit gaat niet op voor de normen voor maagcarcinoom. Twaalf van de drieëntwintig ziekenhuizen die de ingreep uitvoerden voldeden niet aan de norm. Twee van hen melden dat zij zouden stoppen, beiden na in 2014 niet aan de norm te hebben voldaan. De NVvH heeft eerder dit jaar publiek aangegeven dat deze instellingen dienen te stoppen. De ziekenhuizen zullen hieraan worden gehouden<sup>[74]</sup>. Een van de factoren die regelmatig genoemd wordt als reden om niet aan de norm te voldoen is dat chirurgen veel ervaring hebben met deze ingreep. Dat komt omdat maagkanker vroeger veel vaker voorkwam. Dat is goed, maar het is geen reden om niet aan de norm te voldoen.

Operaties voor slokdarmkanker en maagkanker vragen hetzelfde soort vaardigheden, het is daarom al vaker door de NVvH aangegeven dat het wenselijk is dat een ziekenhuis beiden kan uitvoeren. Daarvoor moet het ziekenhuis dus voldoen aan beide normen. Als een instelling zoals het Reinier de Graaf ziekenhuis zelf van mening is dat het alleen mogelijk is om slokdarmoperaties te blijven uitvoeren als zij ook maagoperaties uit kunnen voeren, dan zal het ziekenhuis met beiden moeten stoppen op het moment dat aan één van de normen niet meer voldaan wordt. De toelichting van dit ziekenhuis roept dus meer vragen op dan het beantwoordt. *'Het aantal slokdarm- en maagresecties dient gezamenlijk te worden bekeken i.v.m. het overgangsgedrag tussen maag en slokdarm'*. Aangezien er in deze regio ten minste vier ziekenhuizen zijn die de ingreep uitvoeren, waarvan drie die niet voldoen aan de normen, zou dat ook goed mogelijk zijn.

---

[74] NRC, 17 februari 2016

## 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<sup>[75]</sup>

- 1 Het aantal resecties van de slokdarm (OCR) is minder dan 20, of
  - 2 Het aantal resecties van de pancreas (Whipple of PPPD) is minder dan 20, of
  - 3 Het aantal resecties van een primair colorectaal carcinoom is minder dan 50
- Voert het ziekenhuis in het opvolgende jaar de betreffende ingreep nog uit?
    - Indien nog uitgevoerd:
      - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?  
*Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de relevante minimumnorm. 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 voldoet.*
      - 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 zeldzame, risicovolle ingrepen?
      - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen?
      - Indien van toepassing: Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van deze patiënten met spoedindicatie?

Het ziekenhuis voerde minder dan 20 maagresecties uit in 2015

- Voert het ziekenhuis in het opvolgende jaar de ingreep nog uit?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap genomen om over 2015 aan deze norm van 20 maagresecties te kunnen voldoen?
    - Zijn er andere onderdelen van de norm waar het ziekenhuis niet aan voldoet (zie normdocument heekunde 3.0 juni 2012)? 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?
  - 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?

---

[75] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0  
NVvH, januari 2011.

*Het ziekenhuis geeft aan geen resecties van de pancreas en/of de maag en/of de slokdarm en/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?

## 9.5 Urologische tumoren

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 9.5.

### Indicatoren

- MDO spierinvasief blaascarcinoom.
- Deelname aan de registratie prostatectomie.

### Wat zijn de risico's?

De chirurgische behandeling van een spierinvasief blaascarcinoom is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt. Na het verwijderen van de blaas en een lymfeklier (dissectie) moet de urineafvoer hersteld worden, waarbij de darm gebruikt wordt. Het betekent vaak een langdurige ziekenhuisopname en het sterftecijfer rondom de operatie bedraagt tussen de 2,5% en 8%<sup>[76,77,78,79]</sup>. De ingreep is complex én heeft een laag volume in veel ziekenhuizen. Het uitvoeren van deze operatie stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het team dat de ingreep uitvoert en aan de organisatie ten aanzien van de perioperatieve zorg. 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. In 2015 heeft de NVU het aantal aangepast van 10 blaasresecties naar minimaal 20 blaasresecties gemiddeld over drie jaar. De inspectie besteedt aandacht aan alle ziekenhuizen die de blaasresectie uitvoeren, ongeacht of zij aan de minimumnorm voldoen. Onderdeel van de norm is het zorgvuldig bespreken van alle patiënten tijdens een MDO, dus zowel patiënten die geopereerd worden als niet (meer) geopereerd worden. Het risico waar de inspectie zich op richt is het onthouden aan de patiënten van een multidisciplinaire bespreking, waardoor patiënten niet vanuit verschillende perspectieven besproken worden.

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 10.000 mannen de diagnose prostaatkarcinoom gesteld. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren heeft de NVU een database voor radicale prostatectomieën opgericht. Daarnaast heeft de NVU in 2015 vastgesteld dat een ziekenhuis minimaal 20 prostatectomie ingrepen per jaar moet doen<sup>[80]</sup>. Deelname aan de NVU database levert zowel op landelijk niveau, als voor individuele ziekenhuizen belangrijke

---

[76] 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.

[77] 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.

[78] 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.

---

[79] 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.

[80] IKNL (2014). Deelrapportage voor prostaatkanker. <https://www.iknl.nl/docs/default-source/KIB-rapportages/rapportage-prostaatkanker-sck-rapport.pdf?sfvrsn=2> (geraadpleegd op 19 augustus 2015).

kwaliteitsinformatie op met als doel de zorg te verbeteren. De inspectie wil dan ook weten of een ziekenhuis deelneemt aan de registratie prostatectomie. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Daarbij maakt een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger om in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare indicatoren in te stellen. De inspectie gaat ervan uit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de inspectie. De inspectie verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de inspectie bereiken.

## **Resultaten**

### ***MDO spierinvasief blaascarcinoom***

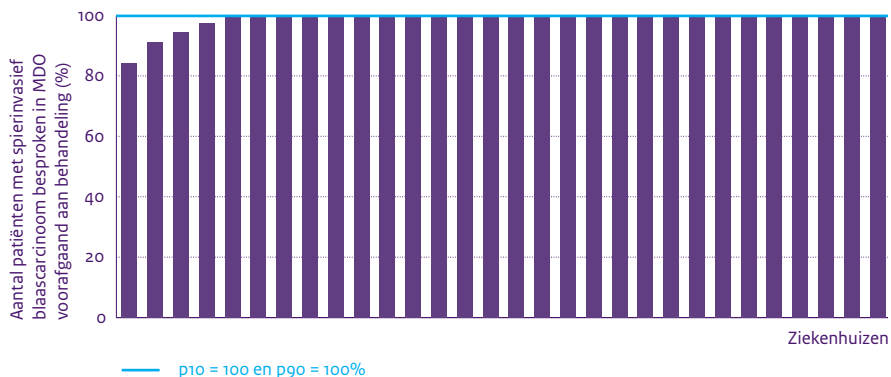
*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.*

In 58 (dertien minder dan in 2014) ziekenhuizen werden patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom behandeld. In totaal zijn 1.770 patiënten behandeld met een spierinvasief blaascarcinoom, variërend van 0 tot 190 patiënten per ziekenhuis, met een gemiddelde van 31 patiënten per ziekenhuis. In 52 ziekenhuizen werden alle nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal besproken binnen een specifiek MDO (figuur 9.5.1). Bij vijf ziekenhuizen was dit niet bij alle patiënten het geval. Het gemiddelde percentage lag op 99%, met een spreiding tussen de ziekenhuizen van 78,6% tot 100%.

In totaal werden er in 2015 1.112 cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom uitgevoerd. Gemiddeld waren dit 25 cystectomieën per ziekenhuis, variërend van 8 tot 83 per ziekenhuis (zie figuur 9.5.2). Twee ziekenhuizen zaten onder de norm van tien cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom, dit waren: ZorgSaam Ziekenhuis (Terneuzen) en IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) met beiden een aantal van acht. IJsselland Ziekenhuis haalde in 2014 de norm ook niet (toen zes) en gaf toen aan de norm wel te halen. Dit jaar gaf dit ziekenhuis geen toelichting. Ook ZorgSaam Ziekenhuis gaf geen toelichting.

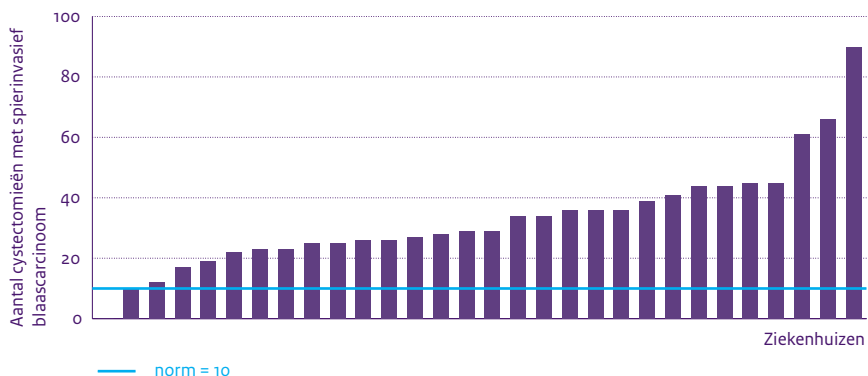
Figuur 9.5.1

Percentage patiënten met spierinvasief blaascarcinoom dat werd besproken in een specifiek MDO voorafgaand aan de behandeling (n=58)



Figuur 9.5.2

Aantal cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom (n=45)



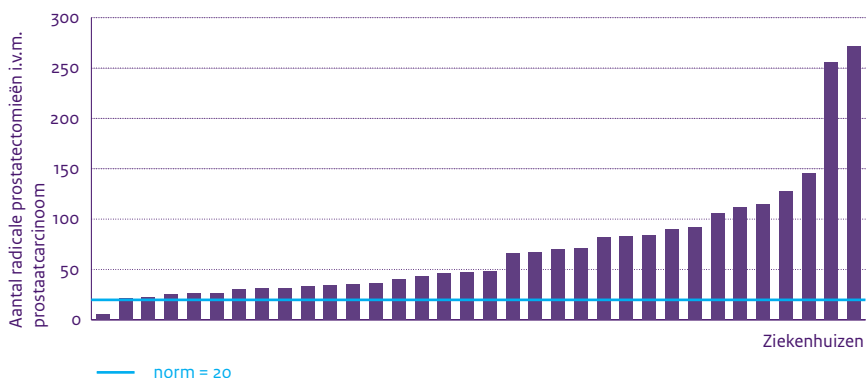
### Deelname aan de registratie prostatectomie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen. 36 ziekenhuizen behandelden in 2015 patiënten met een radicale prostatectomie in verband met prostaatacarcinoom. Twee ziekenhuizen, Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) en Elkerliek ziekenhuis (Helmond en Deurne) waren de enige ziekenhuizen, net als in 2014, die in 2015 geen patiënten ingevoerd hebben in de NVU database prostatectomie. Elkerliek ziekenhuis lichtte toe: 'I.v.m. technische problemen, in 2016 wordt 100% geregistreerd.' Franciscus Gasthuis lichtte toe: 'Franciscus Gasthuis heeft 116 prostatectomieën uitgevoerd. Patiëntenregistratie vindt plaats in een lokale database met meer dan 1.000 geregistreerde patiënten waaruit wordt gepubliceerd.'



In 2015 voerden 34 ziekenhuizen bij in totaal 2.418 patiënten een radicale prostatectomie uit in verband met prostaatacarcinoom, variërend van 5 tot 272 patiënten per ziekenhuis (figuur 9.5.3). Gemiddeld werd per ziekenhuis bij 71 patiënten een radicale prostatectomie uitgevoerd. De norm voor het aantal uitgevoerde radicale prostatectomieën in verband met prostaatacarcinoom ligt op twintig<sup>[81]</sup>. Één ziekenhuis (Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep) haalde de norm van twintig niet. Het ziekenhuis lichtte toe: *'Radicale prostatectomie is in 2015 uitgevoerd tot mei. Omdat volumenor norm zeer waarschijnlijk niet gehaald zou worden is besloten in ons ziekenhuis geen prostatectomieën meer uit te voeren en zijn vanaf mei 2015 patiënten doorgestuurd naar Emmen.'*

Figuur 9.5.3  
Aantal radicale prostatectomieën in verband met prostaatacarcinoom (n=34)



### Aandachtspunten

Voor dit onderwerp gelden de algemene aandachtspunten aan het begin van dit hoofdstuk.

Er is sinds 2011 veel voortgang geboekt bij het formuleren en publiceren van normen. Zowel de wetenschappelijke vereniging als de SONCOS hebben hier veel aandacht aan besteed. De set normen voor de oncologie is uitgebreider geworden en is beter geformuleerd. Aandachtspunt hierbij blijft het vaststellen welk document uiteindelijk normstellend is. Op dit moment zijn er nog twee verschillende versies in omloop. De norm voor blaascarcinoom op de site van de Nederlandse Vereniging van Urologie (NVU)<sup>[82]</sup> is anders dan de norm voor blaascarcinoom opgenomen in het SONCOS document. De ziekenhuizen die minder dan tien ingrepen uitvoeren voldoen aan geen van beide versies. De ziekenhuizen die meer dan tien en minder dan twintig ingrepen uitvoeren voldoen wel aan de norm van de NVU, maar niet aan de SONCOS norm. Aangezien de NVU hier de norm stelt kan handhaving door de inspectie nog niet plaatsvinden totdat de juiste

[81] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015. SONCOS Normeringsrapport versie 4, 2016.

[82] <https://www.nvu.nl/Kwaliteit/Kwaliteitsnormen.aspx>

versie van het normendocument is gepubliceerd door de NVU [overigens is dit mogelijk naar aanleiding van dit commentaar inmiddels gebeurd].

Indicator MDO spierinvasief blaascarcinoom en indicator Deelname aan de registratie prostatectomie worden niet langer uitgevraagd in basisset 2018.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

### ***Het ziekenhuis geeft aan blaascarcinomen en prostatectomieën te behandelen***

*Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen (in 2015 minder dan 10 cystectomieën i.v.m. spierinvasief blaascarcinoom en/of in 2015 minder dan 20 radicale prostatectomieën in verband met prostaatacarcinoom)*

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het volgende registratiejaar?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?  
*Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 10 voor blaasresecties en/of 20 voor prostatectomieën.*  
*Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van cystectomieën vanwege spierinvasief blaascarcinoom en/of radicale prostatectomieën in verband met prostaatacarcinoom, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.*
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede doorverwijzing van patiënten?
    - 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?

*Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de normen*

- Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een blaasresectie en/of prostatectomie bewaakt?
- Zijn alle patiëntengegevens ingezonden naar de nationale database?
  - Zo nee: Welke selectie is toegepast?
    - Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de norm voor blaasresectie: 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 welke instelling 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 bespreekt in het MDO spierinvasief blaascarcinoom evenveel of minder patiënten dan er geopereerd zijn*

- Hoe wordt de indicatiestelling van de ingreep bewaakt?
- Wanneer en waar worden de niet te opereren patiënten besproken en wat is de indicatie voor bespreking?
- Welke gegevens zijn bekend over patiënten die een andere therapie dan cystectomie ontvangen?
- Hoe wordt de kwaliteit van het MDO bewaakt als de patiënt elders is besproken?

*Het ziekenhuis heeft niet voldoende deelgenomen aan de registratie prostatectomie (in 2015: minder dan 100%)*

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij prostatectomieën?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

*Het ziekenhuis heeft volledig deelgenomen aan de registratie prostatectomie (in 2015: gelijk aan 100%)*

- Hoe verzamelt het ziekenhuis gegevens over de totale geopereerde groep en welke vergelijking is er met de registratie aangeleverde groep?
- Is er een vorm van audit gedaan?

## 9.6 Ovariumcarcinoom

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 9.6.

### Indicator

- Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom.

### Wat zijn de risico's?

In Nederland worden per jaar 1.300 nieuwe gevallen van eierstokkanker gediagnosticeerd<sup>[83]</sup>. Deze vorm van kanker komt het meest voor bij vrouwen in de leeftijd 60-74 jaar. Omdat de behandeling van eierstokkanker niet verschillend is van de behandeling van eileiderkanker of buikvlieskanker worden bij de analyse van deze gegevens de drie tumorsoorten bij elkaar genomen. Eierstokkanker geeft in het algemeen in het begin van de ziekte weinig of specifieke klachten. Daardoor wordt bij 70% van de vrouwen met eierstokkanker de diagnose bij een gevorderd (hoog) stadium II b, II c, III of IV gesteld. In vergelijking tot de andere gynaecologische tumoren (baarmoederkanker, baarmoederhalskanker of schaamlipkanker) is de sterfte aan hoog stadium eierstokkanker relatief hoog. De 5-jaars overleving van patiënten met stadium I-II eierstokkanker ligt rond de 75-90%; bij stadium III of IV eierstokkanker ligt dit rond de 20-40%.<sup>[84,85,86,87,88]</sup> De cijfers bij hoog stadium eierstokkanker worden onder andere veroorzaakt door het gedrag en eigenschappen van de ziekte. Ook wanneer de behandeling maximaal is geweest, kan de ziekte makkelijk recidiveren.

De behandeling van laag stadium eierstokkanker bestaat uit een stadiëringsoperatie en afhankelijk van de weefsel-uitslag wordt al dan niet aanvullende chemotherapie gegeven. De stadiëringsoperatie wordt volgens een omschreven procedure uitgevoerd die in de richtlijn ovariumcarcinoom<sup>[89]</sup> terug te vinden is. De behandeling van hoog stadium eierstokkanker bestaat uit een combinatie van chemotherapie en een debulkingsoperatie. Hiervoor zijn twee strategieën te volgen, ofwel er wordt primair gestart met een debulking gevolgd door (normaliter zes kuren) chemotherapie; ofwel er wordt gestart met neoadjuvante chemotherapie (normaliter drie kuren) gevolgd door een interval-debulking waarna de resterende chemotherapie wordt gegeven. De keuze voor één van beide strategieën wordt bepaald door de inschatting op basis van het lichamenlijk

---

[83] Oncoline 2014. Geraadpleegd op 28-08-2015 op [http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&id=35180&richtlijn\\_id=837](http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&id=35180&richtlijn_id=837).

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

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

---

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

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

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

[89] Oncoline 2015. Geraadpleegd op 28-8-2015 op: [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)

onderzoek, de beeldvorming en hoe goed een primaire debulking al dan niet uit te voeren is. Soms wordt er bij twijfel ook nog een kijkoperatie gedaan.

Voor de overleving is het daarnaast van belang hoe een eventueel recidief wordt behandeld. Om de kwaliteit van de primaire behandeling te meten lijkt de ziektevrije overleving het meest informatief, omdat daarmee het effect van de primaire behandeling gemeten wordt. Factoren die bepalend zijn voor de kwaliteit van de primaire behandeling zijn onder andere of de operatie goed uitgevoerd wordt en of de chemotherapie in adequate dosering gegeven wordt. Voor wat betreft de chirurgische kant is het hierbij voor het lage stadium van belang dat de stadiëring volgens de richtlijn is uitgevoerd. Voor de hoge stadia is het van belang dat bij de debulkingsoperatie het maximale is gedaan om al het tumorweefsel te verwijderen om zo te komen tot een complete debulking (geen zichtbare ziekte meer achtergelaten). Op grond van retrospectief onderzoek blijkt dat het resultaat van de debulkingsoperatie beter is naarmate de ingreep vaker wordt gedaan. Hierbij is geen duidelijke grens te stellen voor het meest optimale aantal en is in de Nederlandse studie die hierover gepubliceerd is, die grens bij meer dan twaalf ingrepen gelegd<sup>[90]</sup>. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft naar aanleiding van de norm die door de inspectie is voorgesteld in 2010<sup>[91,92]</sup> bepaald dat ziekenhuizen, gemeten over een periode van drie jaar, ten minste twintig debulkingsoperaties per jaar moeten verrichten waarbij een gynaecoloog-oncoloog betrokken is bij de behandeling. De stadiëringsoperaties mogen alleen in die ziekenhuizen verricht worden die deze norm halen. Eén van de redenen om vanuit de inspectie de norm uit te vragen is de felheid van de discussie die gevoerd is binnen de NVOG voordat de norm is vastgesteld. Daarnaast krijgt de inspectie met het uitvragen van deze norm een beeld in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan het beleid van de wetenschappelijke vereniging.

### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.*

In 29 ziekenhuizen werden patiënten chirurgisch behandeld in verband met een ovariumcarcinoom of tubacarcinoom. In 2015 is bepaald dat ziekenhuizen ten minste twintig debulkingsoperaties moeten doen, om stadiëringsoperaties te mogen uitvoeren<sup>[93]</sup>. In 29 ziekenhuizen zijn in totaal 819 patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom behandeld met een debulkingsoperatie. De variatie tussen ziekenhuizen bedroeg 2 tot 119 patiënten (zie figuur 9.6.1). Gemiddeld werden 29 patiënten per ziekenhuis behandeld met een debulkingsoperatie. In totaal werden in 2015 242 patiënten met een laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom behandeld met een stadiëringsoperatie, variërend van 0 tot 28 patiënten per ziekenhuis (gemiddelde negen patiënten per ziekenhuis) (zie figuur 9.6.2). In totaal waren er negen (drie meer dan in 2014)

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

[91] Persbericht Inspectie voor de Gezondheidszorg, 17 december 2010

[92] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015.

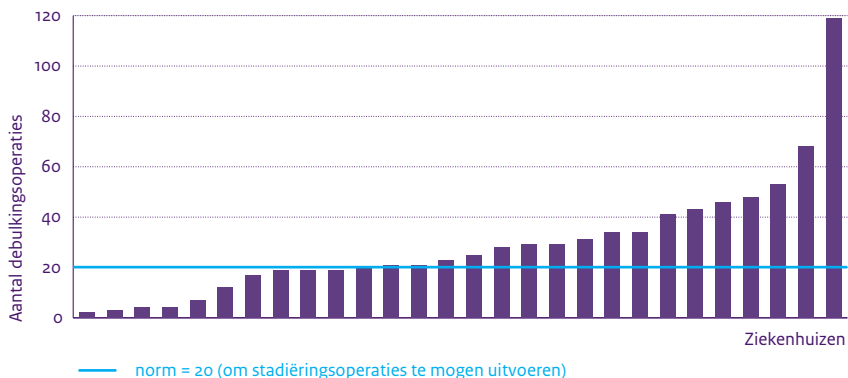
[93] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015.

ziekenhuizen die minder dan 20 debulkingsoperaties uitvoerden en daarnaast wel stadiëringsoperaties uitvoerden in 2015. Dit waren:

- Diakonessenhuis, locaties Utrecht en Zeist. Toelichting: *‘Vanaf maart 2015 is deze zorg overgedragen aan het UMCU.’*
- VUmc (Amsterdam). Toelichting: *‘In het kader van de voorbereiding van de alliantie VUmc - AMC zullen debulkingsoperaties voor ovariumcarcinoom in het AMC worden uitgevoerd.’*
- Maasstad Ziekenhuis, locaties Clara en Zuider. Toelichting: *‘In 2015 is besloten om operaties voor ovariumcarcinoom niet meer uit te voeren. Afspraken met het verwijscentrum zijn gemaakt. Alle patiënten die in 2015 zijn geopereerd zijn geopereerd door een ervaren gynaecoloog-oncoloog.’*
- Jeroen Bosch Ziekenhuis. Toelichting: *‘De organisatie van de gynaecologische oncologie in onze regio is in juni 2015 gewijzigd. Dit betekent dat een aantal gynaecologische ingrepen niet langer in het JBZ worden uitgevoerd, waaronder de chirurgische behandeling van ovariumcarcinoom.’*
- St. Elizabeth ziekenhuis en het TweeSteden ziekenhuis. Toelichting: *‘De derdelijnsfunctie van het ETZ Tweesteden is vanaf september 2015 overgegaan naar het Catharina ziekenhuis binnen GOCZ verband.’*
- Bravis Ziekenhuis. Toelichting: *‘Alle operaties worden door een gynaecologisch oncoloog uit het Erasmus MC en een gynaecoloog met aandachtsgebied oncologie uit het Bravis ziekenhuis uitgevoerd. Het volume in 2015 is lager dan gemiddeld, over meerdere jaren wel gemiddeld meer dan 20 per jaar. Volume en resultaten zullen besproken worden binnen het netwerk EMBRAZE.’*
- Stichting Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo. Toelichting: *‘Binnen het samenwerkingsverband tussen het Groene Hart Ziekenhuis en MCH-Bronovo worden alle operaties voor ovarium- en tubacarcinoom door een gespecialiseerd team uitgevoerd op locatie Antoniushove te Leidschendam. Het aantal van 21 operaties betreft dus het aantal operaties van beide ziekenhuizen bij elkaar opgeteld. Bij iedere operatie is een consulent gynaecoloog-oncoloog uit het LUMC aanwezig.’*
- Groene Hart Ziekenhuis. Toelichting: *‘Bovengenoemde operaties vinden plaats in het Gynaecologisch Kankercentrum Reinier Haga’.*

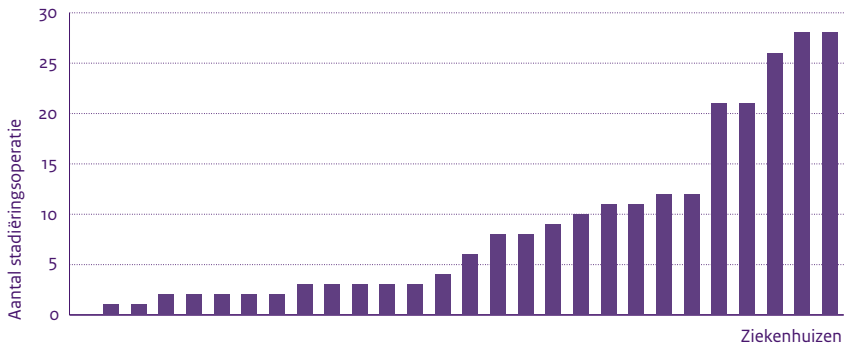
Figuur 9.6.1

Aantal debulkingsoperaties (bij hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom) (n=29)



Figuur 9.6.2

Aantal stadiëringsoperaties (bij laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom) (n=29)



## Aandachtspunten

### *De concentratie is voltooid*

De aandachtspunten voor dit hoofdstuk zijn te vinden in de algemene aandachtspunten van het onderdeel oncologie.

In 2015 is, conform de andere minimum volumennormen, de concentratie van de behandeling van het ovariumcarcinoom afgerond. Instellingen die evident niet voldeden aan de norm hebben deze zorg aan andere instellingen overgedragen. Er zijn een beperkt aantal instellingen die zich aan de rand van het minimumvolume bevinden. Deze zullen in de komende jaren worden gevolgd. Daarvoor is geen indicator noodzakelijk. Er is een kwaliteitsregistratie beschikbaar voor het ovariumcarcinoom: de DGOA.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis geeft aan debulkingsoperaties en stadiëringsoperaties uit te voeren. Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen*

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het volgende registratiejaar?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?  
*Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van stadiëringsoperaties, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.*
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede doorverwijzing van patiënten?

- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met andere gestelde normen en de concentratie van zorg?
- Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

*Het ziekenhuis geeft aan debulkingsoperaties en stadiëringsoperaties uit te voeren. Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de normen*

- Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een ovariumcarcinoom behandeling bewaakt?
- Zijn alle patiëntengegevens ingezonden naar de nationale database (landelijke registratie DGOA)?
  - Zo nee:
    - Welke selectie is toegepast?
- 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?
- Wordt het percentage complicaties bijgehouden?
  - Zo ja:
    - Was er aanleiding om het operatieproces te analyseren en te verbeteren?



## 9.7 Palliatieve radiotherapie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 9.7.

### Indicator

- Palliatieve radiotherapie botmetastasen.

### Wat zijn de risico's?

Behandeling van (pijnlijke) botmetastasen maakt een belangrijk onderdeel uit van de palliatieve radiotherapie. Voor de kwaliteit van leven van de patiënt is het van belang dat de behandeling binnen korte tijd na aanmelding plaats kan vinden. Door de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) zijn daarom streefnormen opgesteld voor wachttijden. Voor subacute bestralingen is de streefnorm gesteld op 80% patiënten behandeld binnen 7 dagen, en een maximum wachttijd van 10 dagen<sup>[94]</sup>. Deze indicator maakt het voor de inspectie inzichtelijk in hoeverre aan deze streefnorm wordt voldaan. Daarnaast geeft deze indicator de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan het beleid dat is gesteld door de wetenschappelijke verenigingen.

### Resultaten

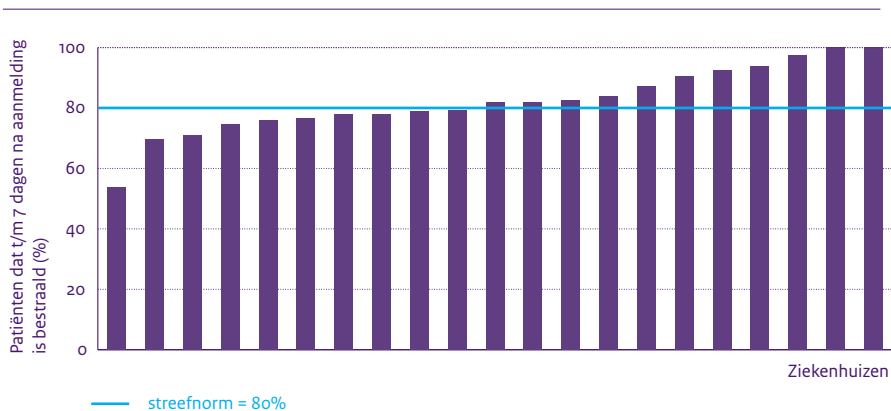
In 2015 werden in 21 ziekenhuizen in totaal 9.679 patiënten met botmetastasen behandeld met palliatieve radiotherapie, variërend van 42 tot 1.455 patiënten per ziekenhuis (gemiddeld 461 patiënten per ziekenhuis). In alle ziekenhuizen waren de wachttijden van de palliatieve radiotherapeutische behandelingen bekend. De aanmelddatum was in de meeste gevallen de datum waarop patiënt is aangemeld via brief, fax, telefoon, MDO of via de website. De grootste groep van de patiënten wordt tot en met zeven dagen na aanmelding bestraald (gemiddeld 82,2%). Zie hiervoor figuur 9.7.1. Vorig jaar zat dit gemiddelde percentage nog onder de streefnorm van 80% (74%), dit jaar zit het boven de streefnorm van 80%. Zie ook figuur 9.7.2 en tabel 9.7.1 voor informatie over het percentage patiënten dat tot en met 10 dagen na aanmelding bestraald is.

---

[94] <http://www.nvro.nl/kwaliteit/indicatoren>.

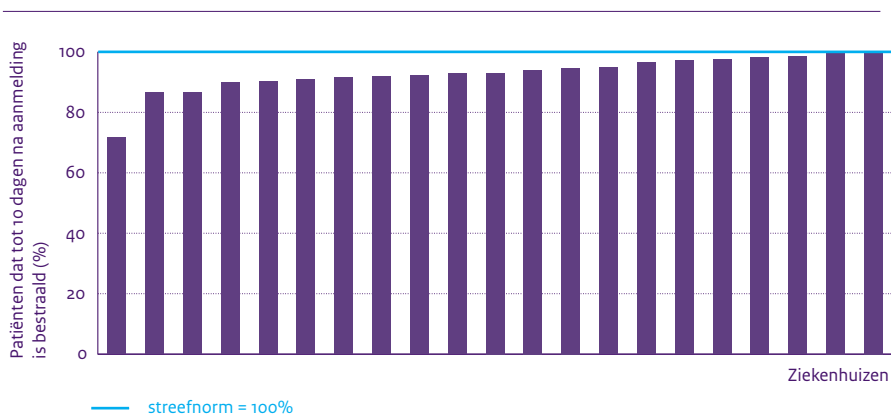
Figuur 9.7.1

Percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding bestraald is (n=21)



Figuur 9.7.2

Percentage patiënten dat tot en met 10 dagen na aanmelding bestraald is (n=21)



Tabel 5.7.1

Kengetallen palliatieve radiotherapie botmetastasen (n=21)

Indicator	Streefnorm (%)	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 0% (n)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Percentage patiënten dat tot en met zeven dagen na aanmelding is bestraald	80	82,3 (53,8-100)	80,6	0	2
Percentage patiënten dat binnen tien dagen na aanmelding is bestraald	100	92,8 (71,8-100)	92,9	0	2
Percentage patiënten dat na 7 dagen, maar tot en met 10 dagen na aanmelding is bestraald	-	10,5 (0-23,7)	9,1	2	0
Percentage patiënten dat na tien dagen na aanmelding is bestraald	-	7,2 (0-28,2)	7,1	2	0

### Aandachtspunten

#### ***Als de zorg verbetert, maar regels voor de indicator niet worden gevolgd is er toch reden voor tevredenheid***

Een van de problemen van een indicator is dat de resultaten pas beschikbaar zijn halverwege het jaar. Daarom kunnen verbeteracties nooit vanaf 1 januari beginnen, tenzij het ziekenhuis al vooraf zag dat er problemen waren. Daarom zijn verbeteringen niet volledig zichtbaar in het volgende jaar en dat is eigenlijk jammer. Het Reinier de Graaf ziekenhuis gaf de volgende toelichting: *‘Data betreft het 4e kwartaal van 2015. Naar aanleiding van de vragen tijdens het inspectie jaargesprek met betrekking tot de score op de indicator zijn verbetermaatregelen (in de vorm van aanscherping regels, betere registratie en meer sturing) zoals ook aangegeven aan inspectie doorgevoerd. Dit wordt wekelijks gemonitord en heeft tot een verbetering van de scores geleid. Door de extra sturing is het percentage start behandeling binnen 7 dagen gestegen van 45% gedurende de eerste 3 kwartalen naar 100% in het laatste kwartaal van 2015.’* Hoewel dit strikt genomen niet de bedoeling is, geeft het via de toelichting wel goed weer wat het effect is van een indicator. De zorg is echt belangrijker dan de meting.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis behandelt patiënten met botmetastasen met palliatieve radiotherapie*

*Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de (streef)normen*

- Behandelt het ziekenhuis nog patiënten met botmetastasen met palliatieve radiotherapie?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Klopt het opgegeven percentage? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
    - Welke acties heeft het ziekenhuis inmiddels genomen om de streefnorm in de nabije toekomst wel te kunnen halen?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede doorverwijzing van patiënten?
    - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?

*Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de (streef)normen*

- Ontvangt het ziekenhuis verwijzingen uit andere ziekenhuizen?
- Zijn er bepaalde indicaties waar het ziekenhuis voor doorverwijst naar een andere instelling?
  - Zo ja:
    - Naar welke instelling verwijst het ziekenhuis door?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?

## 10 Hart en vaten

U vindt de omschrijving van hart en vaten en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 10. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij hart en vaten?

Het hart en de vaten zijn een essentieel systeem voor het transport van zuurstof en andere stoffen door het lichaam. Kortdurende (minuten) onderbreking van het transport naar essentiële delen van het lichaam leidt tot ernstige beschadigingen, die binnen korte tijd onherstelbaar worden. Functioneel zijn hart en vaten een combinatie van een pomp met een leidingensysteem. De risico's zijn daar dan ook mee vergelijkbaar.

Voor een pomp is het basisrisico verlies van de pompfunctie door coördinatiestoringen (ritme en geleiding), verlies van spierfuncties of storingen van de kleppen.

Voor vaten zijn de basisrisico's afsluiting (infarct) en lekkage (bloeding) en te hoge of te lage druk (hyper of hypotensie). Risico's vanuit het circulerend volume worden in dit hoofdstuk (tot dusverre) niet besproken.

Preventie van aandoeningen speelt een belangrijke rol bij dit onderwerp: de levensstijl (roken, alcohol, voeding, beweging) en het preventief gebruik van geneesmiddelen (bloeddruk verlagende middelen, cholesterolaanmaak remmers etc.), zijn belangrijk bij ziekten van hart en vaten.

Omdat (vooral) het hart in de baarmoeder een complexe driedimensionale ontwikkeling doormaakt is er een relatief grote kans op aangeboren afwijkingen van het hart. Deze vragen, om indien herstel mogelijk, een specifieke aanpak. Deze ingrepen kennen een hoog risico.

Processen die belangrijk zijn voor de patiëntenzorg zijn: diagnostiek, operatief proces (zowel voor hart als vaten), waarbij de (minimaal invasieve) interventie steeds belangrijker wordt, medicatie (vrijwel alle patiënten gebruiken vijf of meer medicamenten na een hartinfarct), spoed en verpleegkundige processen. De polikliniek speelt bij dit alles een belangrijke rol.

Omdat veel processen zich over verschillende instellingen uitstrekken is goede samenwerking essentieel (en dus een risico). Goede data en goede analyse zijn noodzakelijk. Gebrek aan overzicht door de verdeling van de processen over verschillende instellingen en professionals, met een verschillende functie is een risico.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom hart en vaten?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[95]</sup> drie risico's<sup>[96]</sup> genoemd die betrekking hebben op hart en vaten. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[97]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. Er komen geen risico's overkoepelend terug in de risicoprofielen van de verenigingen. Hieronder worden de drie risico's beschreven. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) benoemt het risico 'door het niet of niet op tijd ondergaan van intra-arteriele trombectomie<sup>[98]</sup> (IAT) terwijl daar wel een indicatie voor bestond'. Dit risico heeft ook betrekking op de hoofdstukken diagnostiek en interventies.

De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) heeft het risico 'optreden van hart en vaatziekten als complicatie van chronische ontstekingsziekten' genoemd in hun risicoprofiel. In gesprek met de inspectie over de risicoprofielen gaf de NVR aan dat er veel patiënten zijn met inflammatoire ziekten die dit risico lopen. Hoewel het relatieve risico op hart en vaatziekten bij deze patiënten beperkt is, is de impact hiervan groot, gezien het hoge a priori risico op hart en vaatziekten in de populatie.

De Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) noemt het risico 'grown-up congenital heart patients'. 'Dit betreft patiënten met een gecorrigeerde congenitale hartafwijking in de voorgeschiedenis die nu mede gezien hun behandeling de volwassen leeftijd halen. Deze groep heeft een soms heel individueel specifieke pathologie, pathofysiologie. Dat ziekenhuizen onderling samenwerkingsafspraken maken over het opvolgen van deze patiëntengroep is positief en geen probleem, maar het moet binnen deze afspraken duidelijk zijn dat interventies absoluut in congenitale hartchirurgische centra waar de nodige expertise aanwezig is, moeten gebeuren'.

## 3 Op welke wijze zouden deze risico's kunnen worden gereduceerd?

Alle interventies genoemd bij de verschillende processen zijn hierop van toepassing.

## 4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?

- Voor hart en vaten is een experiment uitgevoerd waarbij via een serie indicatoren een compleet proces werd doorgelicht. Dat laat vooral de lacunes in de keten van informatie zien. Het gebrek aan procesbeheersing is duidelijk;
- Poliklinische indicatoren, gezien de grote rol van de polikliniek;
- Tijd –interval indicatoren gezien de grote rol van de factor tijd in het proces;
- Minimumvoorwaarden (volume en infrastructuur), gezien het belang van minimale betrouwbaarheid voor het hele proces.

---

[95] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[96] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

[97] Zie inleiding voor meer informatie

[98] Het opheffen van een blokkade in een slagader via een directe ingreep via een katheter.

## 10.1 Vaten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 10.1 en 10.4.

### Indicatoren

- Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties (AAA).
- Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct (carotischirurgie).
- Percentage complicaties (carotischirurgie).

### Wat zijn de risico's?

Het opereren van een aneurysma van de abdominale aorta is een voorbeeld van een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een groot risico op tijdelijke of permanente schade of op overlijden<sup>[99]</sup>. Het uitvoeren van deze hoogrisico operatie stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is 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 scapieën, 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 hoogrisicolaagvolume 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<sup>[100]</sup>. Om de kwaliteit van het concentratiebeleid van een ziekenhuis te beoordelen, vraagt de inspectie ook naar andere hoogrisicolaagvolume 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. De minimumnorm van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)<sup>[101]</sup> geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve (geplande) AAA-operaties per jaar verricht moeten worden. De inspectie ziet vanaf 2012 toe op de volumennormen van de NVvH en treedt hier zo nodig handhavend bij op.

---

[99] Akkersdijk GJ, Prinssen M, Blankensteijn JD. The impact of endovascular treatment on in-hospital-mortality following non-ruptured AAA repair over a decade: a population based study of 16,446 patients. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2004;28:41-46.

---

[100] Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers J (red.). De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Tijd voor een brede benadering. Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, 2012.

[101] [www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering](http://www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering): Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 (januari 2011).

Het is aangetoond dat bij patiënten met een symptomatische carotisstenose de kans op een (nieuw) herseninfarct het kleinst is als carotisendarterectomie binnen twee tot drie weken na een transient ischemic attack (TIA) of nietinvaliderend herseninfarct plaatsvindt<sup>[102]</sup>. Om de kwaliteit van de tweede- en derdelijns zorg te monitoren is het van belang om te weten hoe snel na aanmelding bij de neuroloog een patiënt wordt geopereerd (indicator A). Omdat niet in alle ziekenhuizen carotisingrepen worden gedaan, wordt in het geval van doorverwijzing de tijd tussen doorverwijzing door neuroloog naar het opererende ziekenhuis en de operatie geregistreerd, dit was indicator B in de set van 2013. Deze informatie ontbreekt in de carotisregistratie waardoor dit helaas nu niet bekend is. Een carotisingreep kent een relatief hoog operatierisico (rond de 4,7% risico op beroerte of overlijden), met name bij patiënten geopereerd binnen vier weken<sup>[103]</sup>. De afweging moet dus zijn of het gunstige effect van vroeg opereren opweegt tegen het mogelijk verhoogde risico op complicaties. Omdat de uitkomst enerzijds samenhangt met snelheid van opereren en anderzijds mogelijk met het aantal complicaties, en deze onderling ook gerelateerd zijn, is een combinatie van deze twee indicatoren logisch<sup>[104]</sup>. Daarnaast geven deze indicatoren de inspectie ook inzicht in de mate waarin twee samenwerkende maatschappen één kwaliteitsbeleid kunnen voeren.

## Resultaten

### *Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties*

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (beiden Tilburg) cijfers dubbel aan (68 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor eventuele dubbel tellingen.*

94 ziekenhuizen vulden de indicator in, waarvan 62 ziekenhuizen aangaven AAA-operaties te verrichten. Gemiddeld werden er 52 operaties per ziekenhuis gedaan, uiteenlopend van 13 tot 180 ingrepen per ziekenhuis (figuur 10.1.1). Alleen het Slotervaart Ziekenhuis (Amsterdam) voldeed met dertien operaties weer niet aan de minimumnorm van twintig electieve AAA operaties per jaar van de NVvH<sup>[105]</sup>. Zij hebben aangegeven vanaf 2016 geen AAA operaties meer uit te voeren in verband met het niet voldoen aan deze norm.

---

[102] Waaijer A., Lo T.H., Kappelle L.J. et al. Behandel mogelijkheden voor patiënten met een symptomatische carotisstenose. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1261-6.

[103] Rockman CB, Maldonado TS, Jacobowitz GR, Cayne NS, Gagne PJ, Riles TS. Early carotid endarterectomy in symptomatic patients is associated with poorer perioperative outcomes. J Vasc Surg 006;44:480-487

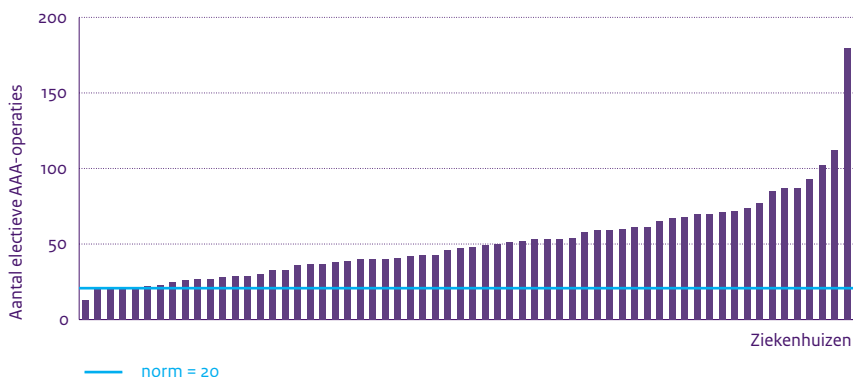
---

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

[105] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.



Figuur 10.1.1  
Aantal electieve AAA-operaties per ziekenhuis (n=62)



#### **Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct (carotischirurgie)**

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (beiden Tilburg) cijfers dubbel aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor eventuele dubbel tellingen.

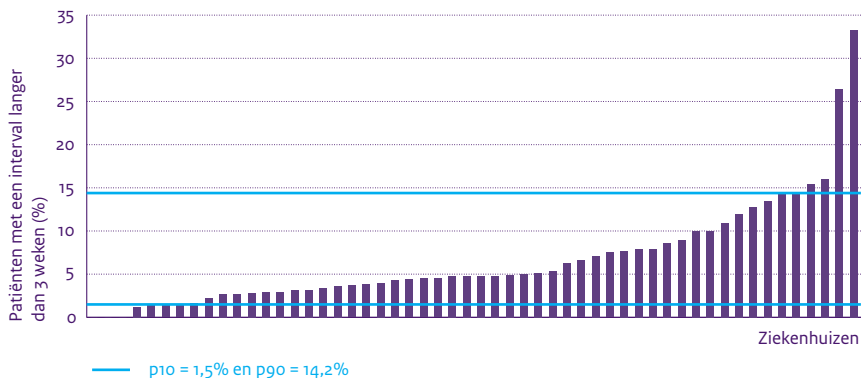
In totaal werden er 2.494 behandelingen bij patiënten met een TIA/herseneninfarct uitgevoerd in 54 ziekenhuizen, variërend van 20 tot 110 behandelingen per ziekenhuis. De norm van de NVvH<sup>[106]</sup> geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 behandelingen verricht moeten worden. Alle ziekenhuizen voldeden aan deze norm.

Het percentage patiënten met een interval langer dan drie weken tussen het eerste contact met de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend herseneninfarct en de operatie (indicator A), werd door 54 ziekenhuizen aangeleverd. 40 ziekenhuizen gaven aan dat er in hun ziekenhuis geen carotischirurgie werd verricht. In drie ziekenhuizen werden alle patiënten binnen drie weken behandeld. Gemiddeld was het interval tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend herseneninfarct en de operatie bij 6,7% van de patiënten langer dan drie weken. De mediaan in aantal dagen (doorlooptijd) lag gemiddeld op elf dagen (met een range van zes tot zestien dagen). Zie ook figuur 10.1.2.

[106] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 4.0 september 2011. NVvH, januari 2014.

Figuur 10.1.2

Percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen aanmelden TIA/herseneninfarct en operatie (n=54)



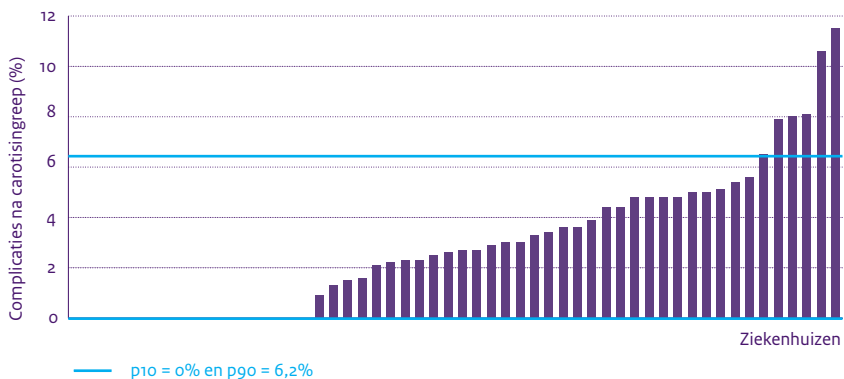
### Percentage complicaties (carotischirurgie)

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (beiden Tilburg) cijfers dubbel aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor eventuele dubbelstellingen.

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens opname een beroerte doormaakt of overlijdt, is door 54 ziekenhuizen aangeleverd. Gemiddeld lag het percentage complicaties na een carotisingreep op 2,9% (in 2014 was dit 3,4%) (figuur 10.1.3).

Figuur 10.1.3

Percentage complicaties na een carotisingreep (n = 54)



## Aandachtspunten

### ***Indicator Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties (AAA) vervalt***

In 2016 wordt de indicator Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties (AAA) voor het laatst uitgevraagd. Één ziekenhuis van de 62 voldeed niet aan de volumenorm van twintig AAA operaties per jaar. Dit ziekenhuis gaf aan deze operaties niet meer uit te voeren omdat ze niet aan de volumenorm konden voldoen. Het doel van de indicator is daarmee dit jaar behaald, waardoor het blijven uitvragen van deze indicator niet meer relevant is. Dit is de een na langst bestaande indicator in de basisset (vanaf 2003). Het is ook een van de twee indicatoren (de andere is oesophagecardioresectie) die de inspiratie hebben geleverd voor het beleid rond minimumnormen. Het is duidelijk: wanneer niet voldaan wordt aan een minimumnorm moet een ziekenhuis stoppen met die behandeling.

### ***Wat is het beste interval tussen het symptoom en de carotisinterventie?***

In de conceptrichtlijn voor de behandeling van een beroerte staat het volgende uitgangspunt: *‘Geldende richtlijnen vanuit de Europese vijftien vereniging voor vaatchirurgie (Liapis, 2009) en de European Stroke Organisation (European Stroke Organisation, 2009) adviseren om operatieve behandeling binnen twee weken na verwijzing te laten plaatsvinden.’* Er is dus nog niet veel reden voor tevredenheid bij de resultaten van deze indicator. 93,4% van de patiënten wordt binnen drie weken geopereerd. De mediaan lag bij de elf dagen. Er waren zeven ziekenhuizen waarbij 50% binnen veertien dagen werd geopereerd. Twee academische ziekenhuizen hadden het grootste aantal patiënten dat niet binnen drie weken werd geopereerd. Het is duidelijk dat dit niet veroorzaakt wordt door de academische status. Het snelste ziekenhuis was het UMCU, waar 50% binnen zes dagen werd geopereerd. Noch het UMCG, noch het VUMC gaven zelf een toelichting bij de uitslag<sup>[107]</sup>.

Overigens is het zeer snel opereren niet zonder risico: *‘Er is een hoog risico op interventie gerelateerde sterfte en herseninfarct bij een operatie <72 uur beschreven National Institute for Clinical Excellence, 2012’*. *Uiteindelijk slaat de balans in de nieuwe richtlijn wel door richting snel opereren: ‘Carotis-desobstructie dient zo snel mogelijk en bij voorkeur binnen twee weken na het ontstaan van de symptomen te gebeuren, tenzij gecontra-indiceerd’*.<sup>[108]</sup>

---

[107] Bij navraag gaven zij de volgende verklaring: Bij VUmc is het uitgangspunt dat elke patiënt met een symptomatische carotisstenose zo snel mogelijk, doch binnen twee weken, wordt geopereerd. Bij 7 patiënten is dit niet het geval geweest. Het merendeel hiervan was verwezen door een neuroloog vanuit een ander ziekenhuis, waardoor een operatie binnen 2 weken niet meer haalbaar was. Twee van de zeven patiënten werden i.v.m. een persoonlijke wens voor de patiënt zelf op een later moment geopereerd. Het UMCG geeft aan dat er al langere tijd

---

aandacht voor dit punt is. Door wijzigingen in de algehele zorgportefeuille naar complexe zorg blijkt het soms moeilijk binnen de keten de zorg en capaciteit optimaal op elkaar af te stemmen. Analyse onder aanvoering van de afdeling chirurgie heeft voor een grote verbetering gezorgd. De verwachting is dat alle patiënten in 2016 binnen de 21 dagen norm vallen.

[108] Als a referentie: Het Zweedse kwaliteitsregister geeft 7 dagen als mediaan, waarbij 80% binnen twee weken wordt geopereerd.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het aantal electieve AAA-operaties is minder dan 20 per jaar*

- Voert het ziekenhuis de ingreep in het volgende registratiejaar 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 van januari 2011.*  
*Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van AAA-operaties, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.*
    - Hoeveel vaatchirurgen in het ziekenhuis beschikken over de juiste certificaten?
    - Wat is het beleid van het ziekenhuis rond de inzet van vaatchirurgen?
    - 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?
    - Welke regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle spoedeisende ingrepen?
    - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en de regionale ambulancevoorziening?
    - Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA-patiënten met spoedindicatie<sup>[109]</sup>?

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

- 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 etcetera)?
- Heeft het ziekenhuis een 24uursdienst 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 hoogrisicolaagvolume ingrepen (zoals de pancreasresectie, cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom, slokdarmresectie)?
- Zijn er ook ingrepen die het ziekenhuis niet uitvoert? Zo ja: Zijn daarover regioafspraken gemaakt?
- Hoe is de verdeling van EndoVasculaire Aneurysma Repair (EVAR) en open ingrepen bij AAA?

---

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

*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-patiënten met spoedindicatie, inclusief afspraken met de regionale ambulancevoorziening<sup>[110]</sup>?

*Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief laag (voor 2015: lager dan 1,5%)*

- Wat zijn de afspraken tussen vaatchirurgie en neurologie over de overdracht?
- Wordt het aanmeldmoment doorgegeven aan de vaatchirurg?
- Worden de processen geaudit?
- Houdt het ziekenhuis een gezamenlijke complicatieregistratie bij voor neuroloog en vaatchirurg?
- Wat is de uitkomst op de indicator percentage complicaties?
- Is het beleid een afweging geweest tussen het gunstige effect van vroeg opereren en het mogelijk verhoogde risico op complicaties door vroeg opereren?

*Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief hoog (voor 2015: hoger dan 14,2%)*

- Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage heroperaties?
- Hoe is de aanspreekcultuur in het ziekenhuis?
- Spreken neurologen de vaatchirurgen aan als de termijn niet gehaald wordt?
- Wanneer spreken vaatchirurgen de neurologen aan bij een vertraging in de verwijzing?
- Zijn er afspraken over termijnen en overdracht?

*Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief laag (voor 2015: 0%)*

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar de kwaliteit van het registreren?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

---

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

*Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief hoog (voor 2015: hoger dan: 6,2%)*

- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

## 10.2 Behandeling patiënten met een STEMI

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, paragraaf 10.2.

### Indicator

- Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardiinfarct (STEMI).

### Wat zijn de risico's?

Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen waarbij verschillende specialisten betrokken zijn. Bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg 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 behandeling patiënten met een STEMI. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten met een STEMI gebaat zijn bij adequate hartrevalidatie en dat in Nederland hieraan te weinig patiënten deelnemen<sup>[111]</sup>. Derhalve wordt met deze indicator vastgesteld of mensen met een STEMI nu deelnemen aan revalidatie, conform de richtlijn Hartrevalidatie. Door deze indicator krijgt de inspectie met name inzicht in hoe de samenwerking verloopt, hoe de samenhang in de keten is en welke informatie het ziekenhuis heeft over zichzelf en over de keten waarin het ziekenhuis werkt.

### Resultaten

30 ziekenhuizen gaven aan PCI-procedures te verrichten, ook bij patiënten met een STEMI. Deze ziekenhuizen beschikten allemaal over een Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV)-vergunning en voerden gemiddeld 350 acute PCI-procedures uit, met een spreiding van 191 tot 660. Zie hiervoor figuur 10.2.1.

Alle ziekenhuizen gaven aan de acute PCI's 24x7 uit te voeren. Gemiddeld participeerden zes interventiecardiologen in de 'acuut infarctzorg' van een centrum. Het aantal interventiecardiologen moet volgens de richtlijn minimaal vier zijn<sup>[112]</sup>, alle ziekenhuizen voldeden in 2014 aan deze norm.

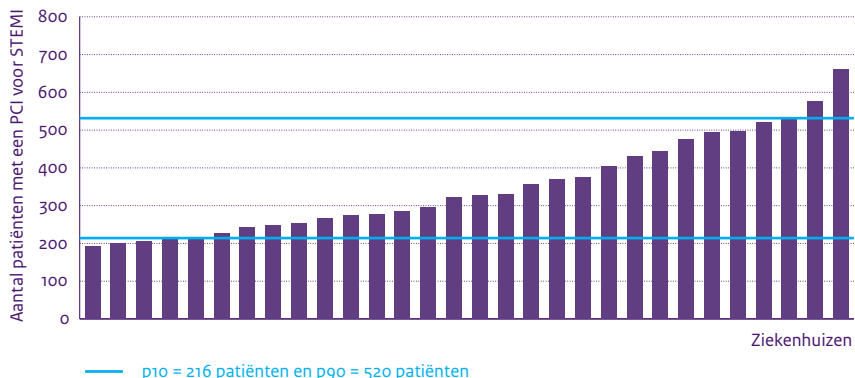
---

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

---

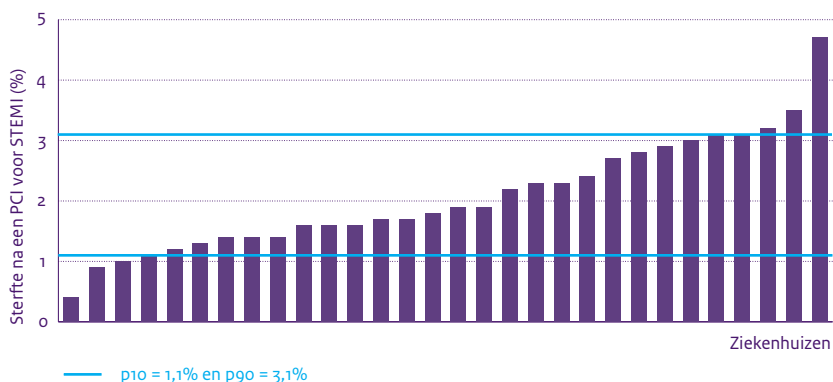
[112] Volume normen cardiologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, juni 2011.

Figuur 10.2.1  
Aantal patiënten met een PCI voor STEMI (n=30)



Het percentage patiënten dat na PCI door STEMI is overleden (exclusief patiënten die voor PCI al in een reanimatiesetting verkeren) was gemiddeld 2,1%, (2,3% in 2014) met een spreiding van 0,4% tot 4,7% (figuur 10.2.2). 24 ziekenhuizen leverden hun sterfte op basis van de 30-dagen mortaliteit aan. De gemiddelde 30-dagen mortaliteit bedroeg 2,2%. Zes ziekenhuizen leverden de sterfte op basis van de ziekenhuissterfte aan, gemiddeld was de sterfte in deze groep 1,5%. Uitschieter is Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) met 4,7%.

Figuur 10.2.2  
Percentage sterfte na een PCI voor STEMI (n=30)

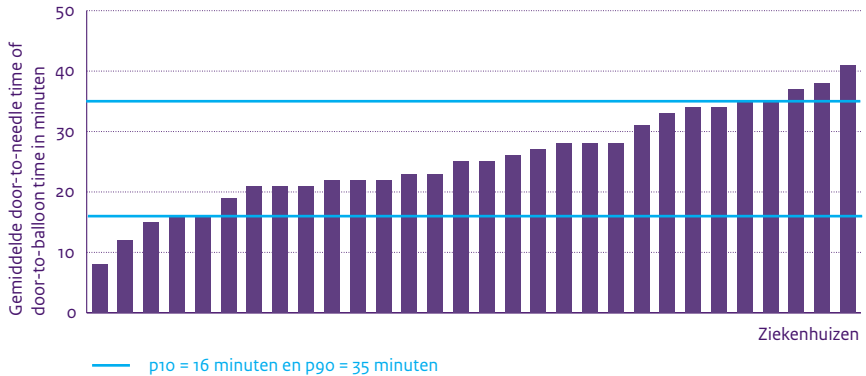


Alle 30 PCI-centra leverden de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* aan. Het St. Antonius-ziekenhuis te Nieuwegein en het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam gebruikten hiervoor een steekproef. Gemiddeld was de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* 26 minuten, uiteenlopend van 8 tot 41 minuten (figuur 10.2.3).



Figuur 10.2.3

Gemiddelde door-to-needle time of door-to-balloon time in minuten (n=30)



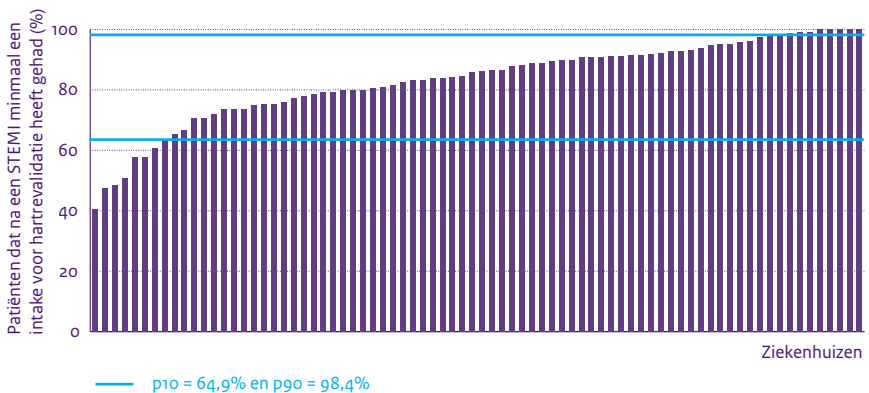
In totaal presenteerden 1.730 patiënten met een STEMI zich op de Spoed Eisende Hulp (SEH) of Coronary Care Unit (CCU) van de ziekenhuizen die geen patiënten met een STEMI behandelden. Gemiddeld waren dit 31 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van 0 tot 157 patiënten. Van de 1.730 patiënten werden 1.484 (86%) vervoerd naar een PCI-centrum, met een spreiding van 4 tot 145 patiënten.

### Hartrevalidatie

71 ziekenhuizen bieden patiënten na een STEMI zelf een voor de patiënten op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan. Bij 78 ziekenhuizen was het aantal patiënten bekend. In totaal is er van 7.073 patiënten (83,2%) bekend dat ze minimaal een intake hebben gehad voor hartrevalidatie. Het Spaarne Gasthuis in Hoofddorp heeft het laagste percentage 40,6%. Zie figuur 10.2.4.

Figuur 10.2.4

Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad (n=78)



## Aandachtspunten

### *Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor verbeteren kwaliteit*

Toezicht op goede zorg is een verantwoordelijkheid van de inspectie. Maar de wetenschappelijke verenigingen en toezichthouder hebben een gezamenlijk belang bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Een van de manieren waarop dit tot uiting komt is de toelichting/analyse die de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) heeft geschreven bij de gegevens van de indicator voor 2015.

### *Opvallende verbetering van de toelichting bij de indicator Hartrevalidatie*

De resultaten van de indicator Hartrevalidatie zijn in 2015 enigszins verbeterd. In 2014 werd bij 79% van de patiënten revalidatie aangeboden, in 2015 was dat 83,2%. Dat is een verbetering van 4,3 procentpunt. Toch is er een groot verschil zichtbaar. De toelichtingen bij de indicator laten een betere beheersing van het proces zien. Een grote minderheid van ziekenhuizen heeft onderzocht waarom specifieke patiënten geen revalidatie is aangeboden. Een voorbeeld uit het UMCU: *'61 van de 187 (33%) patiënten hebben minimaal een intake hartrevalidatie in het UMC Utrecht zelf gehad - 126 van de 187 (67%) patiënten zijn doorverwezen naar hartrevalidatie in het verwijzende ziekenhuis. 16 patiënten hebben geen intake hartrevalidatie gevolgd. Van deze patiënten is bekend wat de redenen zijn voor geen deelname, namelijk: - 9 patiënten hebben een ernstige co-morbiditeit, zoals neurologische of oncologische problematiek - 4 patiënten wilden niet i.v.m. hun hoge leeftijd (85-93 jaar) - 3 patiënten hebben zelf hartrevalidatie thuis opgepakt'*. In de eerste plaats is de uitslag hiermee verklaard. Maar veel belangrijker, het ziekenhuis laat zien dat dit proces in beeld is.

Helaas kan dat niet gezegd worden van de indicator Sterfte na een PCI. De sterfte in het Maasstad ziekenhuis is hoog. Zowel vergeleken met het gemiddelde van 2015, maar ook met het gemiddelde van 2014. Het verschil met 2014 is relevant, omdat het ziekenhuis alleen over de informatie over 2014 beschikt op het moment dat het moet besluiten of er een probleem bestaat dat moet worden toegelicht. Nu is niet te beoordelen of het ziekenhuis de situatie onder controle heeft.

## Welke vragen vind de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*De verandering ten opzichte van 2014 in het aantal aangeboden STEMI patiënten op een SEH is groter dan 50%*

- Wat is de verklaring voor de meer dan 50% toe of afname van het aantal patiënten in 2014 ten opzichte van 2015?
- Welke andere onderdelen van de richtlijn STEMI zijn aangepast of behoeven aanpassing?

*Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is overleden is relatief hoog of laag (voor 2015: meer dan 3,1%, of minder dan 1,1%)*

- 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 (NCDR)?
- 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 2015: minder dan 16 minuten)*

- 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 2015: meer dan 35 minuten)*

- Hoe waarborgt het ziekenhuis een tijdige PCI?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis 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 standaard beschikbaar omtrent de beheersing van het PCIproces? Wanneer houdt zij dit standaard bij?

*Het percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad is relatief laag in het ziekenhuis (in 2015: minder dan 64,9%)*

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar dit lage percentage?
- Welk beleid hanteert het ziekenhuis voor het doen van een intake voor hartrevalidatie?

*Het percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad is relatief hoog in het ziekenhuis (in 2015: meer dan 98,4%)*

- Klopt dit aantal?
- Waaruit bestaat de intake voor hartrevalidatie?

## 10.3 Evaluatie na inbrengen Pacemakers en ICD's

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, paragraaf 10.3.

### Indicatoren

- Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens.
- Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's.

### Wat zijn de risico's?

Pacemakerimplantaties worden bijna 10.000 maal per jaar in Nederland uitgevoerd. In vrijwel elk Nederlands ziekenhuis worden pacemakers geïmplanteerd. Dat geldt niet voor pacemakers in het kader van resynchronisatietherapie bij hartfalen (biventriculaire pacemakers) en Implantable Cardioverter Defibrillators (ICD's), met of zonder biventriculaire pacing. De meest voorkomende indicaties voor pacemakerimplantaties betreffen bradycardie en/of hartfalen. Pacemakerimplantatie kan gepaard gaan met diverse complicaties, waaronder infectie van het geïmplanteerde systeem en dislocatie of breuk van de pacemakerdraad. Complicaties leiden tot versnelde vervanging en/of langer verblijf in het ziekenhuis. In de zorgketen zijn diverse disciplines actief: cardioloog, pacemaker-technici en gespecialiseerde verpleegkundigen, vaak ook nog assistent-geneeskundigen al dan niet in opleiding. Coördinatie van de zorgketen is van groot belang omdat dit complicaties kan voorkomen. De indicator implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's geeft de inspectie inzicht hierin. Daarnaast beschouwt de inspectie registratie en analyse van gegevens over pacemakerimplantaten als een voorwaarde voor goede kwaliteit van zorg. Ook geeft deze indicator inzicht in de mate waarin medisch specialisten zich houden aan de door de beroepsgroep aanbevolen kwaliteitsregistraties. Daarnaast kan middels deze registratie bijvoorbeeld de kwaliteit van infectiepreventie worden gevolgd. Deelname aan de landelijke registratie is belangrijk voor het opsporen en adequaat behandelen van problemen bij deze implantaten.

### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan voor beide indicatoren. De hier gepresenteerde gegevens zijn voor dubbelstellingen gecorrigeerd.*

### *Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens*

84 van de 94 ziekenhuizen verrichtten in 2015 pacemakeroperaties. 75 ziekenhuizen gaven aan voor de registratie van het aantal ingebrachte pacemakers gebruik te maken van de National Cardiovascular Data Registry (NCDR), voorheen de landelijke database Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR). Zeven ziekenhuizen gebruikten een eigen registratie met externe standaard en twee ziekenhuizen gebruikten een eigen registratie en maakten geen gebruik van een externe standaard. Van deze laatste twee ziekenhuizen (Maastricht UMC+,

en AMC (Amsterdam)) gaf Maastricht UMC+ aan: “gegevens zullen naar NCDR (DIPR) worden geupload zodra een beveiligde verbinding met NCDR”.

Deelname aan de landelijke registratie is gewenst door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (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 essentieel.

### Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's

In 2015 werden 19.792 pacemakers geïmplanteerd in 84 ziekenhuizen (in 2014, 13.152), waarvan 7.148 biventriculaire pacemakers. Per ziekenhuis werden gemiddeld 151 conventionele en 17 biventriculaire pacemakers zonder ICD-functie geïmplanteerd.

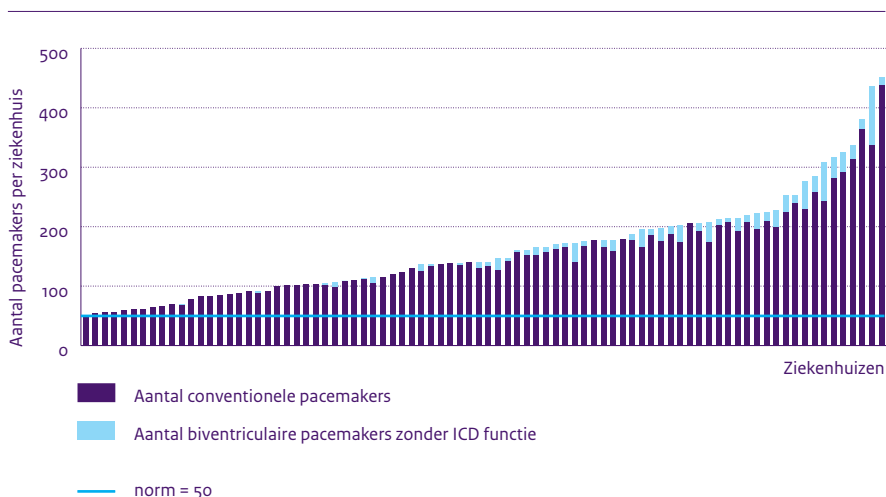
In 51 ziekenhuizen werden zowel de conventionele als de biventriculaire pacemakers geïmplanteerd en/of verwisseld.

Het aantal geïmplanteerde biventriculaire pacemakers zonder ICD-functie liep uiteen van 0 tot 100, voor de conventionele pacemakers van 49 tot 438 (figuur 10.3.1). Voor het implanteren van pacemakers is de norm door de NVVC vastgesteld op 50 per jaar<sup>[113]</sup>.

De IJsselmeerziekenhuizen (locatie Lelystad en Emmeloord) heeft met 49 net niet aan de norm voldaan en zij gaven geen toelichting.

Figuur 10.3.1

Aantal pacemakers per ziekenhuis (n=84)



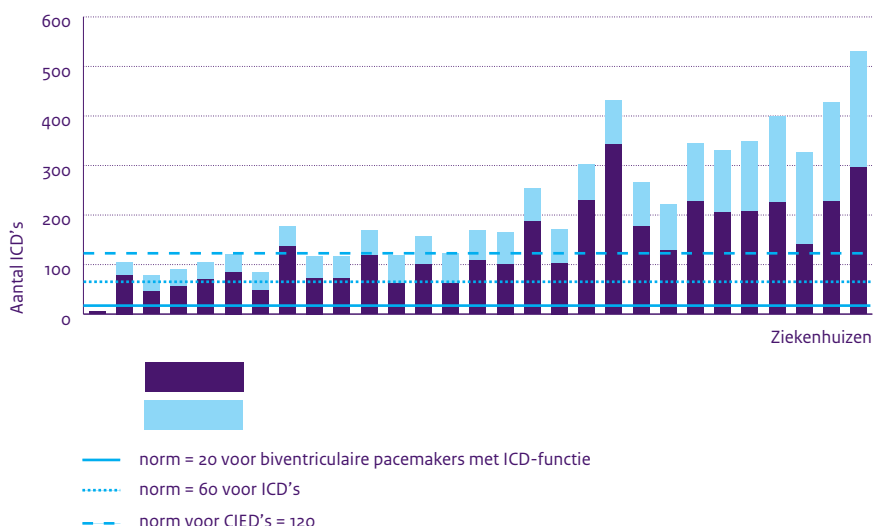
In totaal werden in 2015 6.265 ICD's geïmplanteerd in 30 centra, waarvan 3.921 ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie en 2.344 biventriculaire pacemakers met ICD functie. Gemiddeld werden per ziekenhuis 135 (mediaan is 103) ICD's zonder biventriculaire

[113] <https://www.nvvc.nl/richtlijnen/indicatoren-en-normen>

pacemakerfunctie en 81 (mediaan is 62) biventriculaire pacemakers met ICD functie geïmplanteerd (figuur 10.3.2). De NVVC norm stelt dat elk ICD-centrum per jaar minimaal 120 Cardiac Implantable Electronic Devices (CIED's) moet implanteren, waarvan minimaal 60 ICD's en 20 biventriculaire ICD's. 13 centra hebben deze gegevens niet via DIPR aangeleverd, ook al zijn deze centra verplicht tot deelname aan de NCDR.

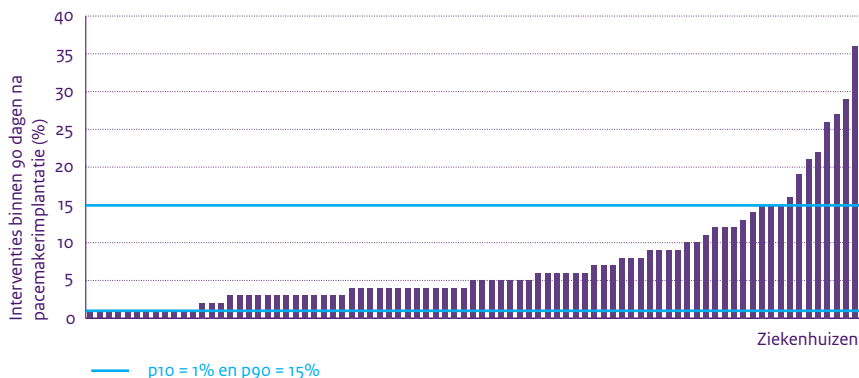
Figuur 10.3.2

Aantal biventriculaire pacemakers met ICD functie's, aantal ICD's en aantal CIED's (n=30)

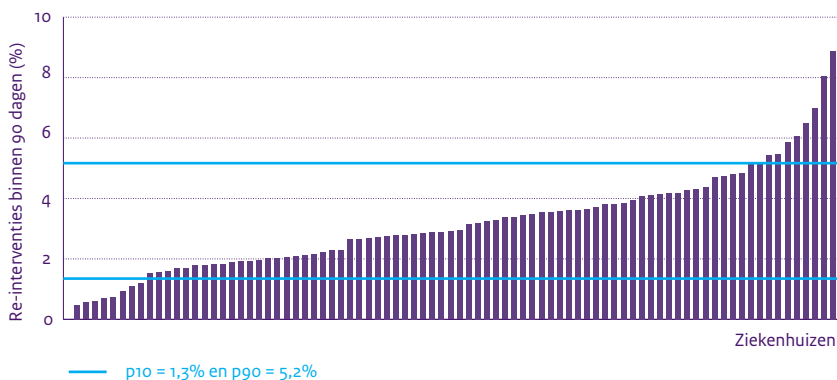


Van de 84 ziekenhuizen die pacemakers implanteerden, hebben 83 ziekenhuizen het percentage re-interventies binnen 90 dagen ingevuld. Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) heeft geen informatie aangeleverd over het percentage re-interventies. Gemiddeld werd bij 7 (mediaan 5) van de patiënten binnen 90 dagen na de pacemakerimplantatie een interventie gepleegd (figuur 10.3.3). Dit aantal liep uiteen van 1 tot 36. In 18 ziekenhuizen werden de interventies geregistreerd in een systeem naar eigen ontwerp, in 17 ziekenhuizen betrof het een eigen registratie met externe standaard en in 48 ziekenhuizen (58%) werd DIPR gebruikt om de gegevens voor deze indicator te leveren. Dit is een afname van 4 procentpunt. Er waren drie ziekenhuizen (Ziekenhuis St. Jansdal (Harderwijk), Slotervaart Ziekenhuis (Amsterdam) en Algemeen Ziekenhuis Westfries Gasthuis (Hoorn)) die hun gegevens niet toetsten aan externe gegevens. Zij gaven hier geen duidelijke toelichting op.

Figuur 10.3.3  
Interventies binnen 90 dagen na pacemakerimplantatie (N=83)



Figuur 10.3.4  
Percentage re-interventies binnen 90 dagen



## Aandachtspunten

### *Grote verschillen in het percentage re-interventies*

Elk veld dat een twintigvoudige spreiding laat zien in het aantal complicaties moet zich afvragen wat dit betekent. Daarbij moet de eerste vraag zijn of er mogelijk sprake is van onderrapportage. Een ziekenhuis als het Catharina Ziekenhuis waar 677 pacemakers zijn geïmplantéerd zonder één re-interventie (te melden) verdient nader onderzoek. Allereerst om te beoordelen of de gegevens kloppen. Zeker omdat als de gegevens kloppen hier een significante afwijking te zien is met ziekenhuizen in de rest van Nederland. Het zou fijn zijn als ziekenhuizen die opvallend positieve bevindingen lieten zien deze toelichten. Als dit het

resultaat is van een systematische inspanning is dit geweldig. Als dit het resultaat is van een gebrek aan opsporing is dit dramatisch.

Het omgekeerde geldt voor de ziekenhuizen aan het andere eind van het spectrum. Het Jeroen Bosch ziekenhuis heeft 8,8% re-interventies. Het Jeroen Bosch voert 16 re-interventies uit bij 180 ingrepen. Dat is rond de 30 procent van het aantal ingrepen van het Catharina Ziekenhuis. Den Bosch heeft 140.000 inwoners, Eindhoven heeft 216.000 inwoners. Het kan dus zijn dat hier sprake is van een andere populatie. Ook hier geldt dat een opmerkelijk percentage verklaard moet worden. Het gaat hier om een op zijn minst vervelende complicatie, vaak op basis van een infectie. Het is zaak dat de gegevens op een goede wijze geanalyseerd worden en hier zichtbaar verbeteracties op volgen.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD's niet systematisch via de National Cardiovascular Data Registry (NCDR), voorheen de landelijke database Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR) 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?
- 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, ondervoeding)?

#### **Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's**

*Het ziekenhuis implanteert relatief veel of weinig conventionele pacemakers (A) (voor 2015: meer dan 237 of minder dan 67)*

- Hoeveel cardiologen zijn betrokken bij het implanteren van pacemakers?
- Voldoen zij aan de volume vereisten van de beroepsvereniging?
- Vallen onder pacemakers ook implanteerbare looprecorders?

*Het ziekenhuis heeft een vergunning voor het implanteren van ICD's. Het 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 zogenoemde witte lijst van de 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 2015: meer dan 404)*

- 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 percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief hoog (voor 2015: meer dan 5,2%)*

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daarvan de uitkomst?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Welke infectiepreventiemaatregelen zijn er vervolgens genomen?
  - Wat was de uitslag van de audit door de infectiepreventie deskundige van de ruimte waar de implantaties plaats vinden?
  - Voldoen deze aan OK level II?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (NCDR)?
- 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 2014: minder dan 1,3%)*

- Welke controle en 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 (NCDR)?
- 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?

*Het ziekenhuis neemt deel aan de NCDR, maar de NCDR is niet de bron van de indicatorinformatie*

- Op welke wijze werken cardiologen en ziekenhuis samen om te komen tot een goed beeld van de toestand van de cardiologie?

## 10.4 Thoraxchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, paragraaf 10.4.

### Indicatoren

- Deelname landelijke risicogewogen mortaliteitsregistratie NVT.
- Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft.
- Percentage diepe sternumwond problemen, mediastinitis.

### Wat zijn de risico's?

De thoraxchirurgie is een hoogvolumehoogrisico proces. Belangrijkste punt voor de inspectie is daarbij de mate van inzicht die een instelling heeft in de eigen gegevens. Voorwaarde daarvoor is een adequate deelname aan de landelijke database. Een belangrijk risico dat blijkt uit de deelname is het complicatiepercentage (percentage sternumwond problemen). Zicht krijgen op de mate waarin innovatieve ontwikkelingen worden gevolgd is tenslotte de reden voor de inspectie om het gebruik van de internal mammary artery (IMA, arteria mammaria interna) als graft na een primair geïsoleerde CABG uit te vragen. De cardiothoracale afdelingen van alle ziekenhuizen zijn in 2014 bezocht door de inspectie.

### Resultaten

#### *Deelname landelijk risico-gewogen mortaliteitsregistratie NVT*

Er waren in 2015 zestien ziekenhuizen die hartchirurgie uitvoerden. Veertien ziekenhuizen gaven aan te voldoen aan de kwaliteitscriteria voor de risicogewogen mortaliteitsregistratie (90% van de data volledig ingevuld op drie maanden na afsluiten van het kwartaal) van alle vier de deadlines in het verslagjaar van de NVT (figuur 10.4.1).

Amphia Ziekenhuis (Breda) gaf net als vorig jaar aan, aan geen van de deadlines te voldoen en geeft hierbij de volgende toelichting: *“In verband met de implementatie van het nieuwe EPD moet de lokale database vertaald worden. Vanwege vertraging op dit proces worden gegevens vertraagd opgeleverd.”* Het Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) voldeed in drie van de vier kwartalen aan de norm. Vorig jaar voldeden ze in geen van de kwartalen aan de norm.

Figuur 10.4.1

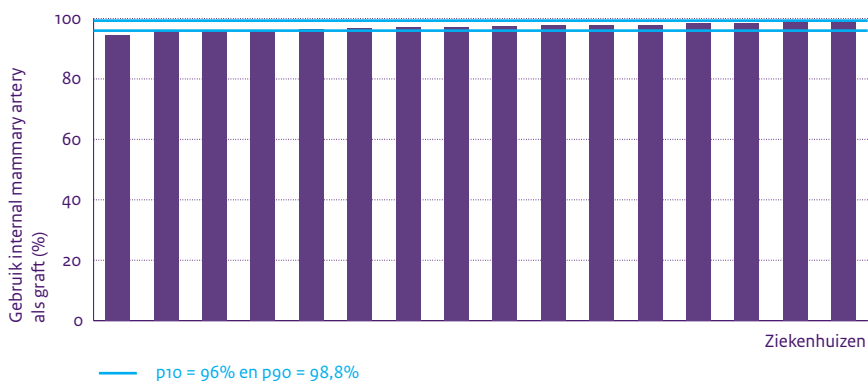
**Kwartalen voldaan aan mortaliteitsregistratie NVT (n=16)**



### **Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft na een primair geïsoleerde CABG**

In 2015 hebben zestien ziekenhuizen CABG uitgevoerd bij in totaal 7.530 patiënten. Gemiddeld kregen 471 patiënten een primaire geïsoleerde CABG, uiteenlopend van 229 tot 801 patiënten. Bij gemiddeld 97,3% (in 2014 96,1%) van de patiënten met een primair geïsoleerde CABG werd een internal mammary artery als graft gebruikt (figuur 10.4.2). Er zitten geen uitschieters in de data, waardoor geconcludeerd kan worden dat het toepassen van een IMA-graft in Nederlandse ziekenhuizen de norm is.

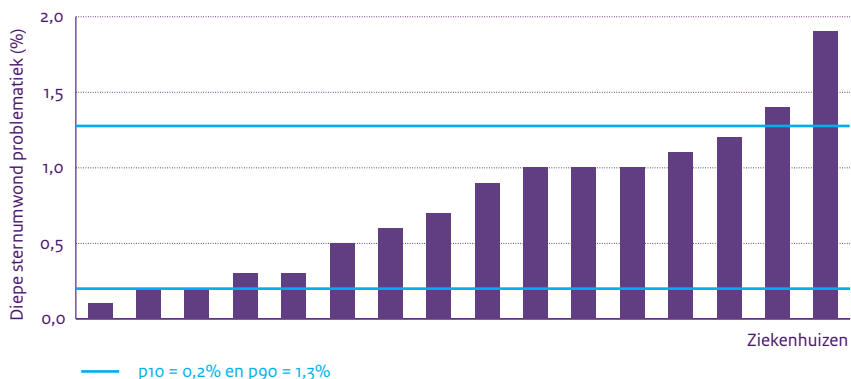
Figuur 10.4.2  
Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft (n=16)



### **Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis**

Zestien ziekenhuizen voerden in 2015 openhartoperaties uit. In totaal waren dat 16.284 openhartoperaties, gemiddeld 1.018 per ziekenhuis met een spreiding van 574 tot 1.963 operaties. Bij gemiddeld 0,8% van de geopereerde patiënten kwam diepe sternumwond problematiek (mediastinitis) voor tijdens de opname, uiteenlopend van 0,1% tot 1,9%. Dit gemiddelde is met 0,1 procentpunt gestegen ten opzichte van 2014 (0,7%). Zie hiervoor ook figuur 10.4.3.

Figuur 10.4.3  
**Percentage diepe sternumwond problematiek, mediastinitis (n=16)**



### Aandachtspunten

#### ***Indicatoren Deelname landelijke risicogewogen mortaliteitsregistratie NVT en Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft vervallen***

De indicatoren Deelname landelijke risicogewogen mortaliteitsregistratie NVT en Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft zijn in 2015 voor het laatst uitgevraagd. De indicator die vraagt naar deelname aan de landelijke mortaliteitsregistratie heeft zijn doel bereikt (de indicator scoort bijna 100%). De indicator Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft is komen te vervallen, omdat er weinig variatie zichtbaar is tussen de ziekenhuizen en omdat alle ziekenhuizen uitkomen op het streefniveau. Deze indicator geeft de inspectie dus nauwelijks informatie (meer) over risico's in ziekenhuizen op dit gebied. Door het laten vervallen van deze indicatoren komen er drie variabelen vrij voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren.

#### ***Vershil in frequentie van diepe sternumwonden erg groot***

Een van de interessante aspecten van het analyseren van vrij zeldzame complicaties in grote groepen is dat het mogelijk is om significante verschillen te vinden. Er is een significant verschil in het aantal diepe sternumwondproblemen tussen het Amphia (Breda) met 0,1% en het UMCG<sup>[114]</sup> (Groningen) met 1,9% (de p-waarde is .000002. Het resultaat is significant bij  $p < .01$ ). Opmerkelijk hierbij is dat het UMCG ook in 2014 met 1,5% tot de hoogste van Nederland behoorde. Het kan zijn dat er een goede verklaring is voor deze uitslagen.

[114] Naar aanleiding hiervan gaf het UMCG de volgende reactie: De afdeling Cardiochirurgie binnen het UMCG is zich terdege bewust van het probleem rondom de sternumwondinfecties. Recent heeft nog een gesprek plaatsgevonden met een vertegenwoordiger van de NVT naar aanleiding van de bespreking van deze

problematiek met de inspectie, NFU en vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen. Het probleem krijgt al langere tijd aandacht zonder dat de oplossing gevonden is. Men is zich ook bewust dat vaker gebruik gemaakt moet worden van het toelichtingsveld bij de indicatoren.

Het ontbreken van een toelichting bij alle uitslagen van de thoraxchirurgie is opmerkelijk. Het ontbreken van een verklaring bij een ziekenhuis dat twee jaar achtereen een erg hoog percentage problemen heeft is zorgelijk. Wellicht ten overvloede: op dit moment is de uitslag niet het probleem, maar het ontbreken van een teken dat het ziekenhuis zelf heeft gezien dat het een resultaat heeft aangeleverd dat vraagt om nader onderzoek.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis voldoet niet op vier deadlines aan de kwaliteitscriteria voor de risico-gewogen mortaliteitsregistratie*

- Hoe vaak voldeed het ziekenhuis niet aan de deadlines sinds de start van de deelname?
- Welke eisen stelt de raad van bestuur aan de kwaliteit van deelname aan landelijke registraties?
- Wanneer vindt het ziekenhuis dat zij zo weinig zicht heeft op de eigen kwaliteit dat ingrijpen noodzakelijk is?

*Het percentage diepe sternumwondproblemen (mediastinitis) is relatief hoog of relatief laag (in 2015: meer dan 1,3% of minder dan 0,2%)*

- Heeft het ziekenhuis de definitie gehanteerd zoals geformuleerd door de NVT?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd?
  - Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het hoge of lage percentage patiënten met diepe sternumwond problemen?
  - Wat is het beleid t.a.v. surveillance?
  - Hoe is het beleid ten aanzien van infectiepreventie?
- Welke maatregelen treft het ziekenhuis om het aantal problemen te beperken?

## 11 Bewegingsapparaat

U vindt de omschrijving van bewegingsapparaat en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 11. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij het bewegingsapparaat?

De kans op overlijden door problemen van het bewegingsapparaat zijn klein. Dat is deels een effect van de wijze van toerekening. De sterfte binnen een jaar na een heupfractuur is 25%, al gaat het daarbij vaak om een groep van aandoeningen op hoge leeftijd waar de heupfractuur er maar één van is. Dat maakt heupfractuur een van de hoogrisico aandoeningen in de basisset. Het risico van een aandoening van het bewegingsapparaat is (natuurlijk) primair een probleem met de mobiliteit, wat grote invloed kan hebben op de kwaliteit van leven van een patiënt. Weinig bewegen is wel een risicofactor voor veel ernstige aandoeningen in de basisset, waaronder hart en vaatziekten. Gewrichtsklachten komen vaak voor en zijn vaak chronisch. Typische risico's die zijn genoemd tijdens eerdere gesprekken met wetenschappelijke verenigingen zijn de effecten van de immunomodulerende therapie bij reuma op de afweer tegen infecties. In 2016 is een richtlijntraject gestart over de screening op tuberculose bij deze therapie.

Als andere aandoeningen op hoge leeftijd gepaard gaan met klachten van het bewegingsapparaat kan dat een grote bijdrage leveren aan de kwetsbaarheid van de patiënt. Dat is een van de redenen waarom valrisico een onderdeel is van de screening op kwetsbaarheid.

### 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom het bewegingsapparaat?

Geen risico's zijn genoemd in de risicoprofielen van de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen die direct te maken hebben met het bewegingsapparaat. Er zijn wel risico's genoemd die hier nauw mee verbonden zijn. De klinische geriateren noemen vallen als risico voor ouderen en de werkgroep voor de correcte toepassing van vrijheidsbeperkende interventies noemt vallen als risico bij het niet toepassen van passende interventies. De V&VN afdeling Wondexpertise van de VenVN noemt een majeure amputatie als risico bij een te late verwijzing naar een multidisciplinair voetenteam.

### 3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?

Veel van de risicoreducerende maatregelen worden elders besproken. Meer aandacht voor de kwaliteit van leven na een heupfractuur is belangrijk. Bij deze groep patiënten moet de kwaliteit van leven op de lange termijn een van de belangrijkste factoren zijn waarop wordt gestuurd.

Preventie in de vorm van valtraining en beschermende maatregelen tegen vallen na screening op valrisico zijn belangrijk.

Vanuit de reumatologie is enkele malen aandacht gevraagd voor de risicobeheersing van de immuunmodulatie. Patiënten moeten toegang hebben tot een goede opvang bij acute infecties. Daarbij moet bekend zijn welke medicatie de patiënt gebruikt. Een goed medicatieoverzicht en goede toegang hiertoe zijn belangrijk, ook als een patiënt op een andere plaats, of in een particuliere kliniek behandeld wordt. Dit vraagt om goed communicerende systemen en mensen en een goede overdracht (zie ook hoofdstuk 9 Medicatieproces).

#### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Bij deze aandoeningen wordt geëxperimenteerd met indicatoren voor de kwaliteit van leven na een heupfractuur. Deze informatie is niet routinematig beschikbaar. De uitbreiding van registraties op dit gebied is dan ook geen 'administratieve lastendruk', maar een noodzakelijke uitbreiding van het gebied waarover geleerd wordt. In het verleden hebben indicatoren voor de doorlooptijd vóór de OK laten zien dat een leereffect optrad. Indicatoren over screening op kwetsbaarheid zijn ook gericht op het verbeteren van de valpreventie.

Medicatieoverdracht en aandacht in het EVS voor immuunmodulerende therapie wordt gestimuleerd door specifieke indicatoren.

## 12 Infectieziekten

U vindt de omschrijving van infectieziekten en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 12. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij infectieziekten?

Infectieziekten zijn van allen tijden. Zorginfecties zijn infecties die een patiënt oploopt door de zorg die hij heeft ontvangen.

De zorg die nodig is bij infecties valt grofweg in te delen in enerzijds het voorkomen van infecties (waaronder het voorkomen van verspreiding) en anderzijds het behandelen van infecties.

Infectiepreventie heeft tot doel het voorkomen van infecties door:

- het vermijden of verminderen van blootstelling van de patiënt aan micro-organismen (bijvoorbeeld door isolatie, maar ook door hygiënemaatregelen);
- het in stand houden van de natuurlijke barrières tegen micro-organismen bij de patiënt (huid en slijmvliezen);
- het in stand houden van de weerstand, als die verminderd is op basis van een aandoening, een ingreep of een behandeling;
- in groepen met hoog risico kan dit ook preventieve behandeling met antibiotica inhouden (selectieve darmdecontaminatie (SDD) en antibioticaprofylaxe bij ingrepen);
- het signaleren van risico's in de behandeling;
- het voorkomen van verspreiding (transmissie) van het micro-organisme;
- het surveilleren op mogelijke risico's, inclusief registratie, analyse en maatregelen.

Het falen van elk van deze stappen is een potentieel risico voor de patiënt.

De behandeling van infectieziekten is gericht op:

- snelle opsporing van patiënten (onder andere via surveillance);
- goede diagnostiek, waaronder kweken en typering;
- snelle en gerichte behandeling, met het juiste middel, met de juiste duur;
- tegengaan van verspreiding (transmissie) naar andere kwetsbare personen.

Zowel de preventiemaatregelen als de behandeling met onder andere antibiotica hebben invloed op de in de omgeving voorkomende micro-organismen. Antibiotica zijn ontdekt omdat micro-organismen deze stoffen gebruiken in de onderlinge concurrentiestrijd. Zij zijn meestal gebaseerd op natuurlijk voorkomende stoffen en micro-organismen hebben in de evolutie tegenmaatregelen (resistenties) ontwikkeld. Bij onoordeelkundig gebruik verspreiden deze tegenmaatregelen zich. Voor de farmaceutische industrie is het investeren in het ontwikkelen van nieuwe antibiotica onaantrekkelijk door de strakke regie op het gebruik en de beperkte gebruiksduur. Een nieuw werkzaam middel zal bijvoorbeeld niet direct worden ingezet maar worden bewaard als 'last resort' middel voor alleen de zeer resistente micro-organismen.



## 2 Welke (van deze) risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom infectieziekten?

In totaal noemen de verenigingen<sup>[115]</sup> negen risico's<sup>[116]</sup> die betrekking hebben op infectieziekten. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn:

**transmissie pathogene en multiresistente micro-organismen.**

De Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) noemt als risico in hun risicoprofiel 'transmissie pathogenen binnen en buiten ziekenhuizen'. In gesprek met de inspectie gaf zij aan dat dit samenhangt met het risico op uitbraken van (multiresistente) micro-organismen. Een ander risico wat de NVMM noemt sluit daarbij aan: 'verspreiding multiresistente micro-organismen t.g.v. onvoldoende discipline t.a.v. naleving infectiepreventie richtlijnen (cultuur en gedrag) en geringe belangstelling industrie voor ontwikkeling nieuwe antimicrobiële middelen'. De NVMM maakt zich zorgen over de toename van de resistentieproblematiek die behandelingsmogelijkheden beperkt, of in het ergste geval tot nul reduceert. Dit is een wereldwijd probleem dat alle zorgsectoren betreft. De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) noemt 'multiresistente urineweginfecties' als risico. Multiresistente infecties zijn wereldwijd een groot probleem. Ook de urologie in Nederland wordt steeds vaker geconfronteerd met multiresistente urineweginfecties, waarbij de ontwikkeling van nieuwe antibiotica achterblijft bij de ontwikkeling van de resistentie. Met name patiënten met recidiverende urineweginfecties en met frequent antibioticagebruik zijn at risk.

De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) benoemt als risico 'het optreden van infecties bij het gebruik van immuunsuppressieve medicatie voor chronische ontstekingsziekten'. In gesprek met de inspectie over het risicoprofiel lichtte de NVR toe dat moderne geneesmiddelen (biologicals) een relatief risico op infecties geven van 2-3 bij een populatie van patiënten die reeds een substantieel achtergrondrisico op infecties hebben. De impact is derhalve relatief hoog.

## 3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?

De transmissie van micro-organismen wordt voorkomen door goede naleving van algemene voorzorgsmaatregelen en het tijdig signaleren en behandelen van micro-organismen zodat verspreiding van patiënt tot patiënt voorkomen wordt. Het is dan ook zorgelijk dat op het gebied van infectiepreventie de ontwikkeling van die regels en richtlijnen al te lang geen goede plek heeft gevonden.

Multiresistentie ontstaat hoe dan ook doordat micro-organismen zich altijd zullen wapenen tegen antimicrobiële middelen. Door verstandig om te gaan met antibiotica kan de ontwikkeling van resistentie worden uitgesteld of in sommige gevallen voorkomen. Antimicrobiële middelen moeten alleen worden gebruikt wanneer dit echt nodig is en op de juiste wijze; dus na diagnostiek en met de juiste duur. In Nederland zorgt de Stichting Werkgroep antibioticagebruik (SWAB) voor de richtlijnen.

---

[115] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

---

[116] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

#### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Op basis van het risicoprofiel zijn verschillende typen indicatoren mogelijk:

- structuurindicatoren, vooral gericht op de faciliteiten noodzakelijk voor een goede detectie en tegengaan van verspreiding;
- proces/gedragsindicatoren, gericht op bijvoorbeeld:
  - een goed proces rond diagnostiek en behandeling (voorbeelden sepsis en CAP). Ook aandacht voor de interactie tussen kweken en behandelen;
  - surveillance;
  - isolatiemaatregelen.
- procesindicator: screening op kwetsbaarheid voor infecties (TBC).
- uitkomstindicatoren:
  - de incidentie van resistentie;
  - het aantal bacteriemien met resistente micro-organismen.

## 12.1 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 12.1.

### Indicator

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.

### Wat zijn de risico's?

Ziekenhuizen moeten goede zorg leveren. Daarbij hoort ook het beschermen van patiënten tegen bedreigingen die samenhangen met de behandeling en het verblijf in het ziekenhuis, zoals ziekenhuisinfecties. Ziekenhuisinfecties zijn niet altijd te voorkomen. Het registreren van ziekenhuisinfecties en risicofactoren, en het periodiek analyseren van die gegevens kan bijdragen aan het opsporen van mogelijke oorzaken van ziekenhuisinfecties en vervolgens tot het nemen van adequate verbetermaatregelen. De indicator richt zich op de surveillance. Onder surveillance verstaat de inspectie 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. Surveillance is één van de pijlers van een goed infectiepreventiebeleid. Gebruik van de modules van PREZIES ('preventie van ziekenhuisinfecties door surveillance') is hierbij de standaard<sup>[17]</sup>. Ziekenhuisinfecties kennen verschillende oorzaken en gevolgen, uitmondend in verschillende analyses en acties. Daarom vraagt de inspectie naar de verschillende typen surveillance van ziekenhuisinfecties. Het ziekenhuis maakt de keuze welke surveillance het best past bij het in beeld brengen van de risico's in het eigen ziekenhuis. Bij deelname aan PREZIES modules kan het ziekenhuis zichzelf vergelijken (benchmarken) met andere ziekenhuizen en op die manier evalueren waar mogelijk verbeterd kan worden.

De indicator geeft de inspectie een beeld van de adequate behandeling van infectieziekten. Ook beschouwt de inspectie deze indicator als een goede maat voor de kwaliteit van de interne geneeskunde en de longgeneeskunde.

### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.*

In 2014 voerden 92 ziekenhuizen een surveillance uit voor ziekenhuisinfecties (tabel 7.1.1). Slechts één ziekenhuis (Universitair Longcentrum Dekkerswald, Groesbeek) gaf aan geen ziekenhuisinfecties middels incidentie- en/of prevalentie metingen te surveilleren. Universitair Longcentrum Dekkerswald lichtte toe: 'UCCZ Dekkerswald is onderdeel van het Radboudumc en loopt mee met de metingen die centraal gedaan worden infecties worden geregistreerd in de complicatieregistratie'.

---

[17] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Infectiepreventie in ziekenhuizen. Hiaat tussen kennis en gedrag. inspectie; Den Haag; 2004.

Tabel 12.1.1

Aantal ziekenhuizen met incidentie- en/of prevalentiemetingen per type surveillance (n=92)

Surveillance	Postoperatieve wondinfecties		Centrale lijn gerelateerde sepsis		Wondinfectie na hartchirurgie	
	Incidentie	Prevalentie	Incidentie	Prevalentie	Incidentie	Prevalentie
Alleen PREZIES (waarvan geen cijfers aangeleverd)	80 (2)	57	50 (1)	45	6	10
Alleen eigen meting (waarvan geen cijfers aangeleverd)	11	5	28 (2)	7	5	1
Geen metingen	1	30	14	40	79	81

#### *Surveillance postoperatieve wondinfecties*

Van de 92 ziekenhuizen hadden 91 ziekenhuizen een incidentiemeting voor postoperatieve wondinfecties. De meeste ziekenhuizen hadden alle patiënten, die daarvoor in aanmerking kwamen, geïnccludeerd waardoor het gemiddelde uitkwam op 98%. Er waren 62 (67,4%) ziekenhuizen die een prevalentiemeting postoperatieve wondinfecties uitvoerden. Voor de prevalentiemeting werden alle relevante patiënten geïnccludeerd. In 21 ziekenhuizen (in 2014 waren dit er 56) volgden acties naar aanleiding van de uitkomsten van de surveillance over postoperatieve wondinfecties. Bij negentien ziekenhuizen hadden de acties ook het gewenste effect.

#### *Surveillance centrale lijn gerelateerde sepsis*

In 78 van de 92 ziekenhuizen (84,8%) was een incidentiemeting voor centrale lijn gerelateerde sepsis uitgevoerd. De meeste ziekenhuizen hadden alle patiënten die daarvoor in aanmerking kwamen geïnccludeerd (92,9%). In 52 van de 92 ziekenhuizen voerde men een prevalentiemeting 'centrale lijn gerelateerde sepsis' uit en gemiddeld werd 89,6% van de relevante patiënten geïnccludeerd. In 23 ziekenhuizen volgden acties naar aanleiding van de uitkomsten van de surveillance over centrale lijn gerelateerde sepsis, en in twintig van die ziekenhuizen leidden de acties tot het gewenste effect.

#### *Surveillance wondinfecties na hartchirurgie*

In tien van de in totaal elf ziekenhuizen werd de incidentiemeting van wondinfectie na hartchirurgie gemeten via PREZIES, één ziekenhuis (AMC) gebruikte een eigen meting. De incidentie van wondinfecties na hartchirurgie werd voor de meeste patiënten gemeten (86,2%). In tien van de elf ziekenhuizen werd de prevalentie van wondinfecties gemeten via PREZIES, één ziekenhuis (MUMC+) gebruikte hiervoor een eigen meting. In zes ziekenhuizen werden naar aanleiding van de surveillance interventies uitgevoerd met in vijf ziekenhuizen het gewenste resultaat.

## **Aandachtspunten**

### ***Indicator Surveillance van ziekenhuisinfecties vervalt***

De indicator Surveillance van ziekenhuisinfecties is in 2015 voor het laatst uitgevraagd. De reden hiervoor is dat er weinig variatie tussen de ziekenhuizen zichtbaar is, en dat alle ziekenhuizen uitkomen op het streefniveau of op hetzelfde beeld als de voorgaande jaren, zodat een verdere uitvraag niet meer zinvol is. Hierdoor geeft deze indicator de inspectie niet meer voldoende informatie over risico's op dit gebied in ziekenhuizen. De indicator Surveillance van ziekenhuisinfecties bestaat uit 28 variabelen.

### ***Aandacht voor surveillance blijft***

De indicator verdwijnt vooral in de huidige vorm, omdat er geen belangrijke verschuivingen meer waren in de resultaten. Surveillance is een standaard onderdeel van infectiepreventie. Er zijn wel verschillen van inzicht over de rol van incidentie en prevalentie binnen de surveillance, maar het geheel ontbreken van een vorm van surveillance wordt als erg riskant gezien. Het was vanuit dit perspectief ook logisch dat toen de inspectie aankondigde dat deze indicator zou vervallen er vanuit de NVZ direct vragen kwamen. Zij vonden het belangrijk dat er zichtbaar aandacht werd besteed door de inspectie aan de surveillance. Dat zal dan ook gebeuren. Er zijn meerdere nieuwe indicatoren in ontwikkeling. De inspectie zal ook op andere manieren aandacht blijven besteden aan de surveillance van ziekenhuisinfecties.

### ***Interventies altijd succesvol?***

Het doel van surveillance is het opsporen van risicovolle situaties om vervolgens actie hierop te ondernemen. Dat is de reden waarom systematisch is gevraagd of er acties noodzakelijk waren naar aanleiding van de metingen. Gedurende de levenstijd van deze indicator is een groot aantal interventies uitgevoerd. Deze bereikten in meer dan 90% van de gevallen het doel. Dit is een erg hoog percentage dat niet strookt met het beeld dat veranderen in de zorg (en elders) moeilijk is. Het hoge percentage zou mogelijk worden verklaard doordat sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven. Mogelijk ernstiger is dat er alleen problemen worden aangepakt die eenvoudig te verhelpen zijn, ook wel 'laaghangend fruit' genoemd. Aan de andere kant van het spectrum ligt de mogelijkheid dat zorgverleners zo onder de indruk zijn van risicovolle situaties, dat zij gevaarlijk gedrag snel aanpassen als dat bijvoorbeeld door de ziekenhuishygiënist wordt gevraagd. Wat dit tegensprekt zijn de problemen rond de invoering van goede handdesinfectie. Het zou de moeite waard zijn voor de beroepsgroep om te onderzoeken wat dit hoge slagingspercentage betekent.

Het voorbeeld van het Langelandziekenhuis verdient navolging. Het ziekenhuis geeft in een duidelijke toelichting aan wat het beoogde doel was, het terugbrengen van het, door hen ongewenst hoge, aantal infuuskatheters. Het percentage daalde van 66 naar 53 procent. Dit geeft een veel beter inzicht in de acties en effecten van een surveillance.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis voert één type surveillance (incidentie of prevalentie) van ziekenhuisinfecties uit*

- Hoe is de keuze voor dit type surveillance tot stand gekomen?
- Welke risico's heeft het ziekenhuis afgewogen?
- Indien een prevalentie studie is uitgevoerd: welke resultaten hebben tot deze keuze geleid?
  - Heeft het ziekenhuis wel eens andere typen van surveillance uitgevoerd?
    - Zo ja: Wanneer en met welk resultaat?
  - Welk beleid, bij voorkeur vastgelegd in een beleidsplan, ligt ten grondslag aan deze keuze?
  - Hoe houdt het ziekenhuis zicht op andere infectierisico's?
  - Wie ontvangt een rapportage binnen het ziekenhuis?
  - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
  - Is dat doel bereikt?
    - Zo ja: Waar blijkt dat uit?
    - Zo nee: Heeft het ziekenhuis hier een verklaring voor? Hoe gaat het ziekenhuis hier mee om?

*Het ziekenhuis voert alle typen surveillance (incidentie en prevalentie) uit*

- Hoe komt de keuze voor het uitvoeren van een surveillance tot stand?
- Indien het ziekenhuis surveilleert via PREZIES:
  - Zijn het proces en de uitkomst door PREZIES gevalideerd?
  - Heeft het ziekenhuis in 2015 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?
    - Zo nee: Heeft het ziekenhuis hier een verklaring voor? Hoe gaat het ziekenhuis hier mee om?

*Het ziekenhuis neemt deel aan PREZIES, maar stuurt geen data in of de data zijn niet geaccepteerd*

- Wat heeft inzending van de data in 2015 verhinderd?
- Waarom zijn de data niet geaccepteerd?
- Hoe spiegelt het ziekenhuis zich aan referentiedata en wat is daar het resultaat van?

*Het ziekenhuis voert alleen een prevalentiemeting uit*

- 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 en na ontslag wordt onderzocht op het optreden van nieuwe ziekenhuisinfecties?

## 12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 12.2.

### Indicatoren

- Gebruik scoresysteem Community Acquired Pneumonia (CAP).
- Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP.

### Wat zijn de risico's?

CAP is een veel voorkomende aandoening met een hoge mortaliteit en morbiditeit, met name bij ouderen en immuun gecompromitteerde patiënten<sup>[118]</sup>. Vroegtijdige herkenning van een bacteriële infectie en tijdige en gepaste toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van de behandeling en uitkomst van ernstige infectieziekten. Het bepalen van de 'ernst van de ziekte' bij de patiënt met pneumonie is belangrijk bij het kiezen van de optimale initiële behandelstrategie. De indicatoren in dit hoofdstuk geven de inspectie een beeld van de adequate behandeling van infectieziekten. Daarnaast geven de indicatoren inzicht in het functioneren van de afdeling SEH, de samenwerking tussen arts en verpleegkundige en de medicatieprocessen.

### Resultaten

#### *Gebruik scoresysteem CAP*

87 ziekenhuizen gaven aan gebruik te maken van een gevalideerd scoresysteem (PSI score of AMBU65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij presentatie op de SEH in te schatten. Het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (Amsterdam) gaf als enige ziekenhuis aan hier geen gebruik van te maken, en lichtte toe: *'Het AVL maakt gebruik van een intern scoresysteem om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten.'* De meeste ziekenhuizen (82/87) gaven aan dat zij het scoresysteem 'meestal' (bij 61% tot en met 100% van de patiënten) bij elke nieuwe patiënt met CAP gebruikten en de score vastlegden in het patiëntendossier. In twee ziekenhuizen (Universitair Longcentrum Dekkerswald; Scheper Ziekenhuis) gebeurde dit 'vaak' (bij 31% tot 60% van de patiënten) en in twee ziekenhuizen (Ziekenhuisgroep Twente, locaties Almelo en Hengelo; IJssellandziekenhuis) 'soms' (bij 1% tot 30% van de patiënten). Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep (Hardenberg) gaf aan dat zij het scoresysteem 'nooit (0%)' standaard bij elke nieuwe patiënt met CAP af te nemen en in het patiëntendossier vast te leggen. Dit ziekenhuis gaf geen toelichting. Van de ziekenhuizen die aangaven dat dit soms gebeurden, gaf enkel Ziekenhuisgroep Twente een toelichting: *'het resultaat van de indicator Pneumonie is onder de aandacht van de vakgroep.'* Zie ook figuur 12.2.1.

---

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

Figuur 12.2.1

De mate waarin het ziekenhuis de score bij een patiënt met CAP afneemt en vastlegt in het patiëntendossier (n=87)

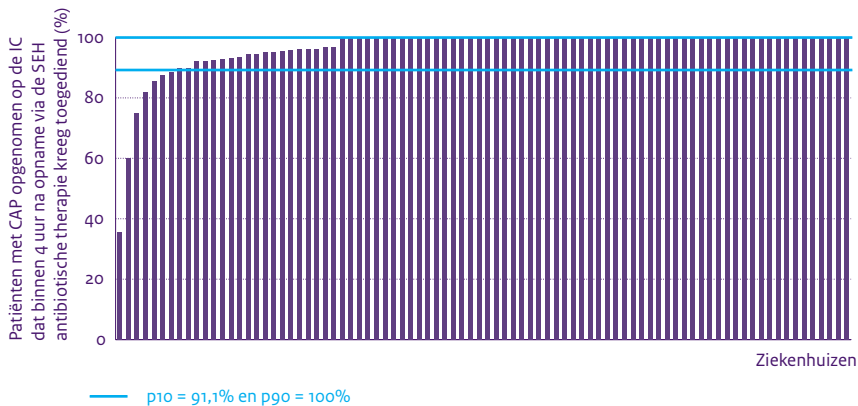


### Tijdige toediening antibiotica bij patiënten met ernstige CAP

86 ziekenhuizen hebben in het afgelopen jaar patiënten met CAP op de intensive care opgenomen. In totaal waren dit 2.015 patiënten. Gemiddeld bij 96,5% van deze patiënten werd antibiotische therapie binnen vier uur na opname via de SEH toegediend (figuur 12.2.2). Ziekenhuisgroep Twente, locaties Almelo en Hengelo had een opvallend laag percentage, 35,7%. Dit ziekenhuis lichtte toe dat het resultaat van de indicator onder de aandacht is gebracht bij de vakgroep.

Figuur 12.2.2

Percentage patiënten met CAP opgenomen op de IC dat binnen 4 uur na opname via de SEH antibiotische therapie kreeg toegediend (n=86)



### Aandachtspunten

#### Beide indicatoren CAP vervallen

Zowel de indicator Gebruik scoresysteem Community Acquired Pneumonia (CAP) als de indicator Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP vraagt de inspectie in 2016 niet meer uit. Het doel van beide indicatoren is bereikt. Patiënten worden bij een ernstige CAP tijdig met antibiotica behandeld en er is meer aandacht gekomen voor het diagnostische proces voor de behandeling van patiënten met een pneumonie.



### ***Krijgen alle hoog risico patiënten de goede behandeling?***

Zonder directe patiëntregistratie is het moeilijk vast te stellen of de groep die in de indicator is opgenomen ook echt de patiënten zijn met een hoger risico. Patiënten met een longontsteking die binnenkomen op de spoedeisende hulp (SEH) zijn op zich al een selectie. Veel patiënten met lager risico worden thuis door de huisarts behandeld en komen nooit op de SEH. Patiënten die worden opgenomen op een verpleegafdeling hebben weer een lager risico dan een patiënt die opgenomen wordt op een IC en moet worden beademd. Er zijn dus minimaal drie risico klassen in de 125.000 patiënten per jaar die een longontsteking krijgen. 40-60% hiervan wordt opgenomen (60.000 opnames per jaar). 3.701 patiënten per jaar worden volgens de stichting NICE opgenomen op de IC. Van die 3.701 wordt 58,9% beademd in de eerste dag van opname, dit zijn zo'n 2.100 patiënten. Daarvan hebben 2.015 zo'n hoog risico dat zij zijn opgenomen in deze indicator. Letterlijk het topje van de risico-ijsberg bij pneumonie.

Het lijkt erop dat de patiënten opgenomen in de indicator inderdaad de patiënten zijn die snel antibiotica toegediend hadden moeten krijgen wegens ernstige CAP. Hoewel het uitgangspunt bij de indicatoren is dat uitslagen van 100% moeten worden gewantrouwd, lijkt het hier toch wel geruststellend dat zo veel ziekenhuizen kunnen garanderen dat deze groep, ernstig zieke patiënten gegarandeerd een goede behandeling krijgen.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*In het ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een gevalideerd scoresysteem om de ernst van de ziekte bij patiënten met CAP bij opname in te schatten, echter dit gebeurt 'soms' (1-30% 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?

*Het ziekenhuis geeft relatief weinig patiënten die zijn opgenomen op de IC binnen vier uur na presentatie op de SEH antibiotica (voor 2015 minder dan 91,1%)*

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis in 2016 dat patiënten tijdig antibiotica ontvangen?
- Heeft het ziekenhuis gedefinieerd in welke gevallen het resultaat van kweek kan worden afgewacht?
- Hoe registreert het ziekenhuis de tijdige toediening? Hoe houdt het ziekenhuis zicht op de volledigheid van de registratie?
- Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
- Wat is het beleid ten aanzien van het vragen van advies aan deskundigen op het gebied van antibioticumbeleid (artsmicrobioloog, infectioloog, apotheker)?
- Heeft het ziekenhuis inzicht in de redenen waarom de antibiotica niet aan alle patiënten tijdig is toegediend? Evalueert het ziekenhuis dit?
- Is de uitkomst van dit proces geëvalueerd?

*Het ziekenhuis geeft 100% van patiënten opgenomen op de IC binnen vier uur na presentatie op de SEH antibiotica profylaxe*

- Is dit daadwerkelijk gemeten? Zo nee:
  - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat patiënten tijdig antibioticaprofylaxe ontvangen? Heeft het ziekenhuis gedefinieerd in welke gevallen het resultaat van kweek kan worden afgewacht?
  - Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
  - Evalueert het ziekenhuis de uitkomst?

## 13 Longen

U vindt de omschrijving van longen en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 13. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij longen?

Longen zijn een essentieel orgaan voor het leven. Totale uitval van de longen is op korte termijn dodelijk. Een van de essentiële functies van een intensive care (IC) is dan ook het beademen van patiënten bij wie tijdelijk de longen zijn uitgevallen. Deze risico's zijn te vinden in het onderdeel over de IC. Als zelf ademen langdurig onvoldoende of onmogelijk is, moet de patiënt langdurig worden beademd. De inspectie heeft enige jaren geleden een rapport opgesteld over de risico's (en de beheersing) van thuisbeademing. Het opvangen van problemen met de ademwegen (inclusief de borstkas) is een belangrijk onderdeel van de spoedeisende hulp. Het zijn de eerste twee toetsen in het ABC systeem van de EHBO'er. Snelle en accurate diagnostiek zijn op elke plek belangrijk. De risico's hiervan zijn de risico's van het spoedeisend proces.

Infecties van de luchtwegen en longen komen zeer vaak voor. Zij variëren van zeer licht, naar zeer frequent tot acuut levensbedreigend. Zij zijn op elke leeftijd een belangrijk onderwerp voor huisarts en tweede lijn. Dit vraagt een goede taakverdeling en samenwerking.

Natuurkundig gezien is het in korte tijd uit- en vooral inademen van enige liters lucht complex. Acute en chronische vernauwing van de luchtwegen of uitrekking van longblaasjes of andere delen van de longen kunnen zeer invaliderend zijn. De risico's zijn breder dan die van zuurstof gebrek, zo komt bijvoorbeeld ondervoeding in deze patiëntengroep ook vaker voor.

Voor al deze aandoeningen is medicatieveiligheid of het ontbreken ervan een belangrijk risico. Omdat veel medicatie dagelijks wordt gebruikt of door de patiënt zelf wordt gedoseerd (*on demand*) kan het werkelijke gebruik sterk afwijken van hetgeen is voorgeschreven.

In het Hoofdstuk Oncologie zijn de risico's beschreven die samengaan met longkanker. Roken is de belangrijkste oorzaak van longkanker.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom de longen?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[119]</sup> drie risico's<sup>[120]</sup> genoemd die betrekking hebben op de longen. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[121]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. Er zijn geen risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen. De risico's die genoemd zijn: **(verkeerd functioneren/ gebruik van) apparatuur die buiten het ziekenhuis gebruikt wordt, verwijs/substitutiebeleid van specialist naar huisarts en opvang- en behandeling van acute luchtweg-problematiek.**

De Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) benoemt het risico 'het verwijs/substitutiebeleid van specialist naar huisarts en vice versa'. Daarbij lichtte de NVALT in gesprek met de inspectie toe dat de (chronisch zieke long-) patiënt zich steeds meer dynamisch beweegt van tweede naar eerste lijn en vice versa. Hierdoor zijn meer overdrachten noodzakelijk, terwijl vaak een gezamenlijk dossier ontbreekt en kennis/kunde niet altijd beschikbaar is in de eerste lijn.

De Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysica (NVKF) noemt het verkeerd functioneren of verkeerd gebruik van apparatuur die buiten het ziekenhuis gebruikt wordt of apparatuur die met patiënt meekomt het ziekenhuis in als risico in hun risicoprofiel. Met transmurale uitwisseling van apparatuur is er onvoldoende borging van kwaliteit en veiligheid van apparatuur die buiten het ziekenhuis gebruikt wordt of apparatuur die met de patiënt meekomt het ziekenhuis in. Scholing is vaak onvoldoende ingericht en de verantwoordelijkheden voor beheer zijn niet goed belegd. De NVKF benoemde in het toelichtende gesprek de thuisbeademing als een van de voorbeelden van dit risico.

Het risico 'opvang- en behandeling van acute luchtweg-problematiek' wordt door de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) als risico genoemd. Daarbij gaf de NVKNO in gesprek met de inspectie aan dat vertraging bij diagnostiek of behandeling van acute luchtwegproblemen aanleiding kan geven tot levensbedreigende situaties. Dit risico overlapt met de thema's diagnostiek en spoedprocessen.

## 3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?

De meeste interventies zijn te vinden in de specifieke hoofdstukken.

Het hoofdstuk over intensive care, spoedeisende hulp, infectiepreventie, medicatieveiligheid en oncologie bevatten alle onderdelen die relevant zijn voor risico's die samenhangen met de longen en ademwegen. Het gebruik van beademingsapparatuur valt onder het toezicht op het Convenant Medische Technologie.

Een opvallende omissie in het toezicht op de medisch specialistische zorg is de rol van de specialist en verpleegkundige bij het rookstop advies.

Goede transmurale samenwerking is bij longziekten noodzakelijk en een transmuraal

---

[119] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[120] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

[121] Zie inleiding voor meer informatie

zorgmodel zou helpen. Een NIVEL studie uit 2010<sup>[122]</sup> laat zien dat er binnen de eerste lijn een grote minderheid (43%) formele samenwerkingsafspraken heeft. Uit het feit dat de NVALT deze samenwerking noemt in het risicoprofiel mag worden afgeleid dat deze nog verder ingevoerd en ontwikkeld moet worden.

#### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Voor risicoreductie voor longproblemen zijn in het verleden vele typen indicatoren gebruikt. Voorbeelden daarvan zijn:

- De gemiddelde beademingsduur bij de IC;
- De snelheid van antibiotica behandeling bij de buiten het ziekenhuis ontstane longontsteking (CAP);
- Het multidisciplinair overleg over longcarcinoom;
- De minimum volumennorm voor longoperaties voor longcarcinoom;
- De kwaliteitsregistratie voor longcarcinoom.

Het bestaan van transmurale afspraken over de opvang van COPD zou een onderwerp kunnen zijn voor een nieuwe indicator. Inmiddels wordt nagedacht over hoogrisico apparatuur die het onderwerp zouden kunnen vormen voor een indicator over medische technologie. Roken is niet als apart risico genoemd, maar de behandeling van roken als risicogedrag via bijvoorbeeld een rookstop advies zou in aanmerking kunnen komen.

---

[122] <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Monitor-multidisciplinaire-samenwerking-eerste-lijn.pdf>

## 14 Maag-darm-lever

U vindt de omschrijving van maag-darm-lever (MDL) en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 14. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij de zorg voor patiënten met aandoeningen van de maag darm en/of lever? (nu kort: de darmen)

De darmen zijn een essentieel orgaan voor het leven. Totale uitval van het stelsel van darmen is niet op dezelfde korte termijn dodelijk als de longen. Echter, sommige problemen van de darm, zoals een gat (perforatie) of een totale afsluiting kunnen binnen uren tot de dood leiden. Sommige delen van het MDL systeem kunnen kunstmatig overgenomen worden (parenterale voeding), terwijl andere onderdelen, zoals de lever, op dit moment nog onvervangbaar zijn, anders dan via een transplantatie.

De basisfunctie van het darmsysteem is voedingsstoffen opnemen in het lichaam. In die opname zitten een aantal stappen, elk met zijn eigen risico's.

- 1 Aanbod van voeding:
  - a Ook in Nederland komt ondervoeding veel voor, al is het dan niet zozeer op basis van een tekort aan beschikbare voeding. Te weinig eetlust, verkeerde voeding, te weinig eiwit etc. komen vaak voor. Een van de risico's van ondervoeding is dat het andere processen waar bouwstoffen of energie voor nodig zijn, zoals wondgenezing, ernstig kan vertragen. Dit onderdeel is meestal opgenomen in het onderdeel verpleegkundig proces, screening op ondervoeding.
  - b Overvoeding (kan) leiden tot ernstig overgewicht (morbide obesitas). Het risico van overgewicht kan zijn schade aan organen. Dit onderdeel is meestal opgenomen bij de indicator Bariatrische chirurgie.
- 2 Maag/darm kanaal:
  - a Acute aandoeningen: van de vele acute aandoeningen, van vervelende maar alleen voor kwetsbare ouderen gevaarlijke infecties ('voedselvergiftiging') tot ernstige perforaties en bloedingen. De laatste hebben het grootste risico. Hiervoor is eerder de indicator Spoedskopie bij bloedingen in gebruik geweest.
  - b Chronische aandoeningen: chronische ontstekingen als colitis ulcerosa komen vaak voor. Hiervoor worden in essentie dezelfde middelen gebruikt als bij reumatologie. De risico's hiervan zijn (vrijwel) identiek.
  - c Oncologie: nieuwvormingen van slokdarm, maag, lever, dikke darm, rectum en alvleesklier komen frequent voor. Sommige vormen van oncologie (pancreaschirurgie) behoren bij de meest complexe vormen van chirurgie. Dit wordt mede veroorzaakt door de vele functies van dit orgaan, waaronder het maken van enzymen voor het

verteren van de bestanddelen van het eigen lichaam en de aanmaak van belangrijke hormonen (o.a. insuline).

3 Lever:

- a Veel functies: metabole functie van de lever, aanmaak van essentiële stoffen, waaronder stolling, afbraak van met name in vet oplosbare medicamenten.
- b Risico's zijn behalve uitval van het orgaan, onder andere door de verwerking van alcohol, infecties etc., ook verminderde functie, waardoor veranderde uitscheiding van medicamenten.

Risico's van de zorg voor MDL patiënten zijn naast de gebruikelijke problemen met diagnostiek en behandeling in een kennisintensief gebied, de vaardigheden noodzakelijk voor het uitvoeren van scopieën en het gebruiken van de technologie die daar mee samengaat. Verder is in het verleden bijvoorbeeld aandacht gevraagd voor de reiniging van apparatuur. Een van de andere risico's is het effect dat het invoeren van een screenings-systeem voor darmkanker zal hebben op de MDL zorg als geheel. Effecten kunnen zijn dat hierdoor verschillende aandoeningen worden ontdekt en dat bijvoorbeeld de kosten voor sommige medicamenten mogelijk hoger kunnen worden.

Twee soorten medisch specialisten zien patiënten binnen de MDL zorg. Dit zijn de algemeen internisten en de MDL artsen. Deze verdeling van patiënten leidt tot zichtbare verschillen in beleid tussen de twee groepen wat tot risico's kan leiden.

Bij veel onderzoeken is een sedatie gebruikelijk. Dit heeft duidelijke voordelen, maar moet zorgvuldig uitgevoerd worden. Ook een sedatie kent risico's.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom MDL?

In de risicoprofielen van de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen worden geen risico's genoemd die betrekking hebben op MDL. Dit wordt mede veroorzaakt doordat er vanuit de NVMDL nog geen risicoprofiel is aangeleverd.<sup>[123]</sup>

## 3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?

De meeste interventies zijn te vinden in de specifieke hoofdstukken. Het hoofdstuk over het operatief proces, intensive care, spoedeisende hulp, infectiepreventie, medicatieveiligheid en oncologie bevatten allen onderdelen die relevant zijn voor risico's die samenhangen met de maag, darmen en lever.

Een opvallende omissie in de regelgeving voor de medisch specialistische zorg leek de aandacht voor de rol van de lever bij de uitscheiding van medicijnen. Nierfuncties worden meegenomen in de regelgeving rond informatievoorziening bij medicatie, leverfuncties niet. De lever heeft wel een belangrijke rol bij de afbraak, maar de reservecapaciteit is veel

---

[123] Deze toevoeging is vooral bedoeld om duidelijk te maken dat er een niet-inhoudelijke reden is voor het ontbreken van benoemde risico's. Orgaan-specifieke risico's worden meestal benoemd door de orgaange-richte specialisten.

groter. Daarom is dit nagevraagd bij de sectie lever van de MDL artsen. Zij zijn van mening dat de functie van de lever geen groot risico is voor de uitscheiding van medicatie. Om risico's in zijn geheel te reduceren is goede transmurale zorg (net zoals bij de longen) van belang.

#### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Binnen dit gebied zijn altijd meerdere typen indicatoren in gebruik geweest:

- 1 Minimumnormen voor hoogrisico behandelingen, gericht op risicobeheersing;
- 2 Structuurindicatoren gericht op het bereiken van minimumvoorwaarden voor onder andere veiligheid en documentatie van scopieën;
- 3 Procesindicatoren, indien er sprake is van spoed (zoals bij bloedingen uit de slokdarm en maag);
- 4 Informatie en feedback, gericht op de diverse kwaliteitsregistraties in de maag-darm oncologie.

Mogelijke indicatoren die geschikt zijn om de risico's benoemd in dit hoofdstuk te reduceren worden komende jaren besproken met de betreffende wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen.



## 14.1 MDL-infrastructuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 14.1.

### Indicator

- Digitale verslaglegging endoscopie.

### Wat zijn de risico's

Endoscopische verrichtingen van het maag-darm kanaal zijn steeds belangrijker en worden steeds frequenter verricht (in 2015 werd bij meer dan 480.000 patiënten een endoscopie uitgevoerd) in de zorg voor patiënten met problemen op dit gebied. De indicator Digitale verslaglegging endoscopie vraagt naar de aanwezigheid van faciliteiten voor digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal). Zonder goede documentatie is het moeilijk om de resultaten van de procedure te evalueren.

### Resultaten

Van de 88 ziekenhuizen die aangeven endoscopische verrichtingen uit te voeren legde één ziekenhuis, het LangeLand Ziekenhuis, de verslagen van de verrichtte endoscopieën (inclusief beeldmateriaal) niet digitaal vast (net als in 2014). Ze beschikken wel over digitale verslaglegging, maar het beeldmateriaal is niet digitaal. Het ziekenhuis geeft aan dat in 2016 geïnvesteerd wordt in digitale beeldverslaglegging.

### Aandachtspunten

#### *Indicator Digitale verslaglegging endoscopie vervalt*

De Indicator Digitale verslaglegging endoscopie is in 2015 voor het laatst uitgevraagd, omdat het doel van deze indicator is bereikt: slechts één ziekenhuis gaf aan endoscopische verrichtingen uit te voeren en de verslagen van de verrichtte endoscopieën (inclusief beeldmateriaal) niet digitaal vast te leggen.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De inspectie stelt geen vragen bij deze indicator, omdat er geen opvallende uitslag is.

## 14.2 Time-out procedure endoscopische verrichtingen

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 14.2.

### Indicator

- Time-out procedure endoscopische verrichtingen.

### Wat zijn de risico's?

Endoscopische verrichtingen van het maag-darm kanaal zijn steeds belangrijker en worden steeds frequenter verricht (in 2015 werd bij meer dan 475.000 patiënten een endoscopie uitgevoerd) in de zorg voor patiënten met problemen op dit gebied. In een time-out wordt getoetst of aan de veilige voorwaarden is voldaan om te starten met endoscopie. Voor de inspectie zijn dit randvoorwaarden om een 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 de verwijzers en andere betrokken zorgverleners en nauwkeurig surveilleren. Met een time-out procedure kunnen problemen herkend en opgelost worden voordat ze tot patiëntschade leiden.

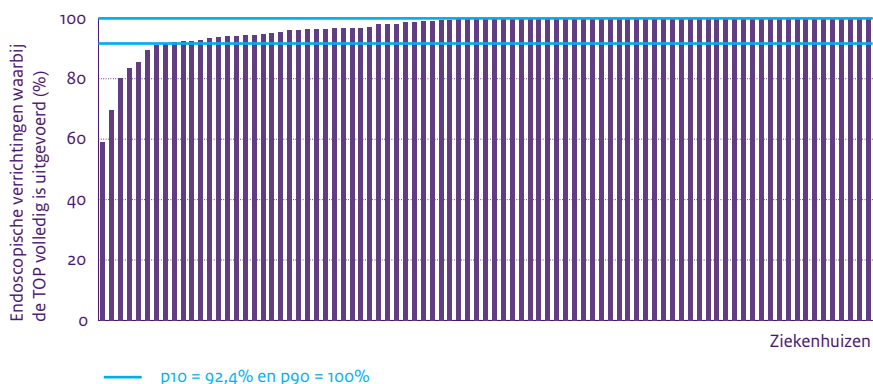
### Resultaten

*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden (Tilburg) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde gegevens zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.*

87 Ziekenhuizen gaven aan endoscopische verrichtingen uit te voeren. Van deze 87 ziekenhuizen gaven vier ziekenhuizen (Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch), Waterland-ziekenhuis (Purmerend), Admiraal de Ruyterziekenhuis (Goes) en het Bravis Ziekenhuis (Roosendaal)) aan niet in een digitaal verslagsysteem vast te leggen dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen bij endoscopische verrichtingen. In 2014 waren dit nog tien ziekenhuizen. De vier ziekenhuizen gaven hiervoor twee verklaringen: 'registratie gaat op papier en dit document wordt ingescand en bijgevoegd aan het EPD' en 'uitvoering wordt op papier geregistreerd waarbij er een steekproef is genomen'. Het Zuyderland ziekenhuis (Heerlen en Sittard-Geleen) heeft geen antwoord op deze vraag gegeven, maar in de toelichting het volgende geschreven: 'de Time-Out procedure wordt bij iedere patiënt mondeling uitgevoerd. Daarnaast geldt voor alle patiënten met dormicum een digitale registratie volgens een separaat formulier. Bij scopieën zonder dormicum wordt tevens gestreefd naar digitale registratie, wat voor beide locaties nog verder in ontwikkeling is'. In totaal werden er in 2015 in 87 ziekenhuizen 475.169 (spreiding: 50-15.449) endoscopische verrichtingen uitgevoerd. Gemiddeld waren dit 5.462 endoscopische verrichtingen per ziekenhuis. Admiraal de Ruyterziekenhuis heeft in 2014 nog het hoogste aantal ingevuld maar in 2015 hebben ze een steekproef aangeleverd. De hoogste aantallen endoscopieën werden in 2015 gedaan in het Zuyderland ziekenhuis met 15.499 endoscopieën, het St. Antonius ziekenhuis (Nieuwegein) met 13.506 endoscopieën en het Amphia Ziekenhuis (Breda) met 12.503 endoscopieën. Opvallend is dat ook dit jaar het aantal endoscopieën niet direct verband heeft met de grootte van een ziekenhuis. Per ziekenhuis werd in 2015 gemiddeld bij 96,8% van de endoscopische verrichtingen de TOP volledig uitgevoerd, dit is 2,4% hoger dan in 2014. De spreiding tussen ziekenhuizen

was redelijk groot: 59% tot 100%. In 39 ziekenhuizen werd bij alle endoscopische verrichtingen de TOP volledig uitgevoerd. Het Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) en het Amphia Ziekenhuis voerden de TOP bij endoscopische verrichtingen in de laagste mate volledig uit, respectievelijk 59% en 69,5%.

Figuur 14.2.1  
**Percentage endoscopische verrichtingen met volledig uitgevoerde TOP (n=87)**



## Aandachtspunten

### *Indicator Time-out procedure endoscopische verrichtingen vervalt*

De indicator Time-out procedure endoscopische verrichtingen wordt in 2016 voor het laatst uitgevraagd. Ook voor deze indicator geldt dat de doelstelling van de indicator (bijna) is behaald. In 100% van de gevallen vond er een time-out bij endoscopische verrichtingen plaats. Enkel 4 van de 88 ziekenhuizen gaven aan de uitvoering van de TOP nog niet in een digitaal verslagsysteem vast te leggen.

### *Het dilemma van een toezichthouder: begrip voor drukte, of gedogen van slordigheid*

Hoe zwaar moet een instelling worden aangepakt die zegt dat de 'echte' resultaten beter zijn, dan die van de indicator, 'omdat de time out niet altijd wordt vastgelegd'. Het gaat een toezichthouder natuurlijk alleen om de daadwerkelijke veiligheid en niet om het vinkje in het informatiesysteem. Tegelijkertijd is het principe van een indicator, vragen stellen als er een opvallende uitslag is. In dit geval is de eerste vraag aan het Amphia ziekenhuis (Breda) dat deze tekst schreef bij de op één na laagste score van Nederland: Hoe weet het ziekenhuis dit zo zeker? Ook is interessant wat het ziekenhuis vorig jaar meldde: *'Wij hebben gedurende heel 2014 de time out procedure uitgevoerd; 100% is op basis van protocol en auditresultaten.'* In dit geval lag de in 2015 gerapporteerde eerste meting wel erg ver weg van de 100% uit 2014, op basis van het hebben van een protocol. Twee jaar achter elkaar aangeven niet te weten wat de werkelijkheid in het eigen huis is, geeft niet de indruk van controle.

### ***Plannen voor volgende jaren tellen niet, dat was zo in 2003, dat is nog steeds zo in 2015***

Vaak wordt geschreven in toelichtingen van indicatoren: 'het plan voor volgend jaar is dat alles is opgelost'. Vanaf het eerste jaar van de basisset in 2003 is de stelling geweest: plannen voor volgend jaar zijn geen verklaring voor een uitslag van het voorgaande jaar. Dat lijkt hard, omdat ziekenhuizen vaak op het moment van inleveren (1 juni) al weten dat het probleem is opgelost. De ervaring leert dat de stelling van de inspectie terecht is. Ziekenhuizen die achterblijven hebben vaak ook problemen met het jaar daarop. In dit geval is het Admiraal de Ruyter ziekenhuis (Goes) een voorbeeld. De toelichting in 2014 (d.d. 1 juni 2015): *'Binnenkort start met digitale verslaglegging van time-out in CS-OK.'* De toelichting in 2015 (d.d. 1 juni 2016): *'De uitvoering van de TOP wordt op papier geregistreerd. Er is om die reden een steekproef genomen voor deze indicator.'* Het ziekenhuis gebruikte een steekproef van 50 procedures. Aangezien dit ziekenhuis in 2014 het grootste aantal scopieën van Nederland uitvoerde, zou het meer aandacht moeten besteden aan de kwaliteitsbewaking ervan. Het ziekenhuis geeft overigens geen antwoord op de vraag hoeveel endoscopische verrichtingen zijn uitgevoerd in 2015.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het ziekenhuis heeft geen systeem om te registreren dat de TOP volledig is uitgevoerd bij endoscopische verrichtingen*

- Is het ziekenhuis in staat om op geaggregeerd niveau inzichtelijk te maken hoe vaak de TOP is uitgevoerd?
- Zo niet, hoe stuurt het ziekenhuis hierop?

*Het percentage endoscopische verrichtingen met een volledig uitgevoerde TOP is relatief laag (in 2015: minder dan 92,4%)*

- Hoe verklaart het ziekenhuis dit lage percentage?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om in het volgende jaar wel een hoger percentage te behalen?
- Heeft het ziekenhuis dit proces wel eens geaudit?
- Welk percentage stopmomenten behaald het ziekenhuis binnen het operatief proces? Kan het ziekenhuis dit inzichtelijk maken?

*Het percentage endoscopische verrichtingen met een volledig uitgevoerde TOP is relatief hoog (in 2015: 100%)*

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het invullen?
- Wordt de time-out procedure geregistreerd in het EPD?
- Wie is er verantwoordelijk voor het registreren van een stopmoment?
- Hoe vaak is daadwerkelijk gestopt naar aanleiding van het stopmoment?
- Worden er audits uitgevoerd op het juist uitvoeren van stopmomenten?

## 14.3 Deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 14.3.

### Indicator

- Deelname aan de ERCP<sup>[124]</sup> kwaliteitsregistratie.

### Wat zijn de risico's?

Endoscopische verrichtingen van het maag-darm kanaal zijn steeds belangrijker en worden steeds frequenter verricht (in 2015 werd bij meer dan 480.000 patiënten een endoscopie uitgevoerd) in de zorg voor patiënten met problemen op dit gebied. ERCP's hebben een relatief hoog risico binnen de groep scopieën. Dit is de reden dat de inspectie aan de vereniging heeft gevraagd om hier minimumnormen voor in te stellen. De NVMDL heeft gekozen om een kwaliteitsregistratie in te richten en geen volumennorm in te voeren. Met de deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie is dan ook een belangrijk mechanisme van kwaliteitsbewaking ingesteld. Wanneer een ziekenhuis niet aan dergelijke randvoorwaarden voldoet, is dat een signaal voor de inspectie dat risicovolle processen en de communicatie en surveillance hierover mogelijk niet op orde zijn.

### Resultaten

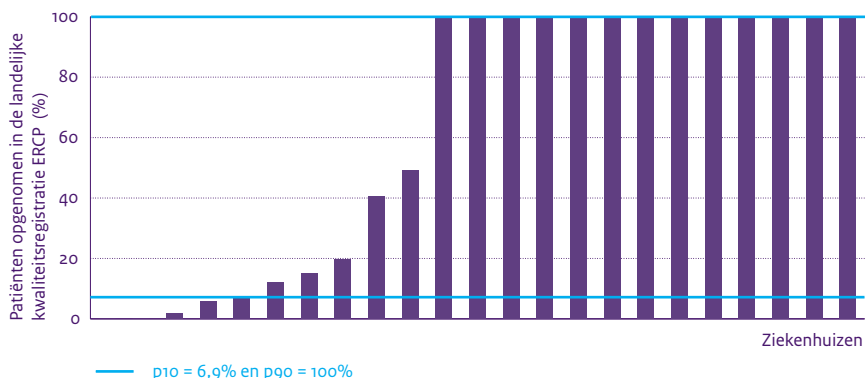
In 75 van de 94 ziekenhuizen worden ERCP's uitgevoerd. Hiervan hebben 23 ziekenhuizen patiënten ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP. Opvallend is dat het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) en Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) binnen deze groep vallen maar vervolgens aangeven nul patiënten ingevoerd te hebben. Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis geeft als verklaring dat zij de ERCP's intern hebben geregistreerd en per 1 januari 2016 deze ook in de landelijke ERCP kwaliteitregistratie gaan registreren. Ziekenhuis Amstelland heeft in 2015 nog niets ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP, maar geeft aan dit voor verslagjaar 2016 wel te doen. Voor de verdere verwerking van de resultaten zijn de gegevens van deze twee ziekenhuizen weggelaten. Het gaat dus om 21 ziekenhuizen die patiënten hebben geregistreerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP. In totaal zijn er 3.047 ERCP's geregistreerd in de landelijke kwaliteitsregistratie in 2015 (min. 3 - max. 507). Gemiddeld zijn dit 69,1% van de ERCP's (min. 1,9% - max. 100%). Er zijn dertien ziekenhuizen met 100% registratie. Het Diaconessenhuis (Utrecht en Zeist), het Groene Hart Ziekenhuis (Goude) en het OLVG, locatie West (Amsterdam) hebben een resultaat van minder dan 10%, respectievelijk 1,9%, 5,8% en 6,9%. Veel ziekenhuizen gaven als argument dat de invoering van de landelijke kwaliteitsregistratie via DICA vertraging had opgelopen waardoor ziekenhuizen niet in staat waren de gegevens in te voeren. Per 1 januari 2016 is deze kwaliteitsregistratie beschikbaar.

---

[124] Endoscopische Retrograde Cholangio  
Pancreaticografie

Figuur 14.3.1

Percentage patiënten opgenomen in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP (n=21)



### Aandachtspunten

#### *Indicator laat verschillende niveaus van doorzettingsvermogen zien*

Het komt maar zelden voor dat een indicator zo netjes laat zien hoe de verdeling is van de motivatie voor een kwaliteitsinitiatief van een beroepsgroep. Toen de indicator was afgesproken in 2013 bestond er een experimentele kwaliteitsregistratie voor ERCP's. De verwachting van alle betrokkenen was dat deze kwaliteitsregistratie in 2014-2015 operationeel zou zijn. Het belang van de NVMDL bij de indicator was dat instellingen gestimuleerd zouden worden om deel te nemen aan de kwaliteitsregistratie. Het belang van de inspectie was om te zien welke instellingen sterk gemotiveerd zouden zijn om de eigen kwaliteit te stimuleren en welke dat alleen zouden doen als het verplicht was. In die zin is deze indicator prima geslaagd. 23 ziekenhuizen zijn gestart. Sommigen hebben nog maar een deel ingevoerd. Deze groep van 23 hebben de technische problemen overwonnen en zijn de voorlopers. Er is de groep die alvast gestart was in een eigen registratie, daarbij zou sprake kunnen zijn van een remmende voorsprong. Dan is er een groep die aangeeft dat zij om technische redenen niet zijn geslaagd in het starten. Dat geeft ook inzicht in de hindernissen die overwonnen moeten worden.

Tot slot zijn er de toelichtingen die een ziekenhuis beter niet kan geven. *'Het [naam ziekenhuis] heeft over het verslagjaar 2015 geen patiënten ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP. Daar deze registratie m.i.v. 2016 verplicht is gesteld, zal vanaf het verslagjaar 2016 de registratie van ERCP door het [naam ziekenhuis] worden uitgevoerd.'* De tekst verdient (enige) waardering voor zijn eerlijkheid, maar verder het is niet de motivatie die past bij het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. Bij het uitvoeren van ingrepen met een hoog risico hoort de eigen wens om de eigen kwaliteit goed te bewaken. Helaas is een motivatie niet te verplichten.

### ***Doorontwikkeling naar succespercentage loopt vertraging op***

De verwachting is dat deze indicator niet lang onderscheid zal kunnen maken tussen de verschillende groepen ziekenhuizen. Daarom wordt er al hard gewerkt aan nieuwe indicatoren. De indicator die voorzien was voor 2017 vraagt naar het succespercentage van de ERCP. Hoe vaak lukt het uiteindelijk om het doel van de ERCP te bereiken. Complicatie bij de ontwikkeling was dat er twee verenigingen zijn die de ERCP's uitvoeren. In 2016 werd duidelijk dat alle indicatoren waar dat voor geldt een langere ontwikkeltijd nodig hebben om tot goede afstemming te komen. De ERCP indicator laat zien dat goede samenwerking tijd vraagt. De indicator is nu voorzien voor 2018.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

*Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan pas tot registratie over te gaan op het moment dat de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP verplicht is*

- Op welk risiconiveau vindt de raad van bestuur een kwaliteitsregistratie noodzakelijk?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij ERCP's?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Per wanneer gaat het ziekenhuis registreren in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP?

*Het percentage opgenomen patiënten in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP is relatief laag (voor 2015: 6,9%)*

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij ERCP's?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

## 15 Perinatale zorg

U vindt de omschrijving van perinatale zorg en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 15. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij perinatale zorg?

De zorg voor moeder en kind is de oudste zorg die er is. In tegenstelling tot alle andere onderwerpen in de basisset is het een normaal fysiologisch proces. Aan de andere kant zijn de dagen rondom de bevalling ook een van de meest risicovolle in een mensenleven. Voor een deel komt dat omdat risico's die eerder zijn opgetreden pas manifest worden bij de geboorte.

Het meest risicovolle deel is de bevalling. Het proces voor de bevalling is deels gericht op een goede risico-inschatting voor moeder en kind, deels op een goede voorbereiding, deels op een goede begeleiding en deels nog niet te beïnvloeden. De risico's van de bevalling zelf zijn verschillend voor moeder en kind. Inmiddels is de kans op overlijden voor de moeder erg klein, maar wel aanwezig. Daarnaast zijn er o.a. risico's op mechanische schade, bloeding en infecties. De klinische nazorg voor de moeder is de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog of de tweedelijns verloskundige.

De risico's voor het kind zijn (nog) groter. In de eerste plaats is de sterftkans groter<sup>[125]</sup>. Er is een langlopende discussie over de risicofactoren die de sterfte beïnvloeden. Een goede inschatting hiervan is belangrijk.

De klinische nazorg voor het kind is de verantwoordelijkheid van de kindergeneeskundige/ neonatoloog. Kinderen met een hoog risico worden opgenomen op de neonatologie.

### 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom de perinatale zorg?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[126]</sup> drie risico's<sup>[127]</sup> genoemd die betrekking hebben op perinatale zorg. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[128]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. Er zijn geen overkoepelende risico's die terugkomen in de risicoprofielen van de verenigingen. De NVOG noemt drie risico's in hun risicoprofiel: **fluxus postpartum, perinatale sterfte en ovarieel hyperstimulatie syndroom**.

Als een van de risico's noemt de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) de fluxus postpartum (meer dan 1.000ml bloedverlies tijdens een bevalling).

[125] [https://www.researchgate.net/profile/Anita\\_Ravelli/publication/23979110\\_Perinatal\\_mortality\\_in\\_The\\_Netherlands\\_2000-2006\\_risk\\_factors\\_and\\_risk\\_selection/links/573c5adfo8ae298602e58009.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Anita_Ravelli/publication/23979110_Perinatal_mortality_in_The_Netherlands_2000-2006_risk_factors_and_risk_selection/links/573c5adfo8ae298602e58009.pdf)

[126] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[127] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

[128] Zie inleiding voor meer informatie



In gesprek met de inspectie lichtte zij toe dat ondanks alle voorzorgsmaatregelen dit een complicatie met een hoge incidentie van meer dan 5% blijft. De laatste jaren is er een stijgende trend in deze incidentie. Het optreden van fluxus postpartum is volgens de NVOG niet goed te voorspellen en kan in principe na elke bevalling optreden.

Een ander risico dat door de NVOG werd genoemd is de perinatale sterfte. Bijna 1% van alle kinderen die in Nederland worden geboren, overlijden voor, tijdens of binnen een week na de bevalling. Dit percentage is al meer dan 10 jaar onveranderd hoog ten opzicht van de landen met de laagste perinatale sterfte in Europa. Een mogelijke reden, maar nog nooit systematisch onderzochte reden, die de NVOG toelicht in het risicoprofiel is dat het verloskundig systeem in Nederland verschilt van de overige landen in Europa door de tweedeling in zorg en thuisbevalling. Een reden die in ieder geval op een positieve manier zal bijdragen is verbeterde samenwerking in de keten.

De NVOG benoemt ook het Ovarieel HyperStimulatieSyndroom (OHSS) als risico in het risicoprofiel<sup>[129]</sup>.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

De aanbevelingen van het project Zorgstandaard Perinatale Zorg<sup>[130]</sup> zijn hiervoor bedoeld. Gezien de ontwikkelingen op dat gebied, volstaat verwijzing naar de publicaties rond dat thema.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Er is een brede ervaring met registraties en afgeleide indicatoren rond de perinatale zorg. Die blijken vooral geschikt voor het monitoren van de geleverde zorg. In het HRT is aandacht gevraagd voor het probleem van het vinden van indicatoren die richting geven aan de perinatale zorg. Op dit moment zijn daar geen geschikte indicatoren voor bekend.

---

[129] Het ovarieel hyperstimulatie syndroom (OHSS) is een potentieel levensbedreigende complicatie die kan ontstaan bij de behandeling van problemen in de vruchtbaarheid van de vrouw via IVF. Als de eisprong ontbreekt of niet vaak genoeg plaatsvindt kan deze met medicijnen opgewekt of gestimuleerd worden. In 0,1-2% van die behandelingen treedt een ernstig OHSS op<sup>131</sup>. Dit treft ongeveer 120 vrouwen van de 6500 paren die jaarlijks IVF ondergaan.

---

[130] <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteit+geboortezorg>

## 15.1 De spontane bevalling

### Indicator

- Percentage spontane partus in de ‘NTSV-groep’<sup>[131]</sup>

### Wat zijn de risico’s?

De zorg voor de bevalling (partus) 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 bedoeld om hen tegen (andere) risico’s te beschermen. Een spontane bevalling kent onder normale omstandigheden de minste risico’s voor moeder en kind. Met de indicator spontane partus krijgt de inspectie zicht op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane baring in de tweede en derdelijns zorg. Zoals bij veel indicatoren geeft een opvallend laag (of hoog) aantal spontane bevallingen alleen een indicatie voor nader onderzoek. Zo kan een laag percentage spontane bevallingen wijzen op een intensieve samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Maar het kan ook wijzen op een beleid waarbij vaker wordt gekozen voor een kunstverlossing.

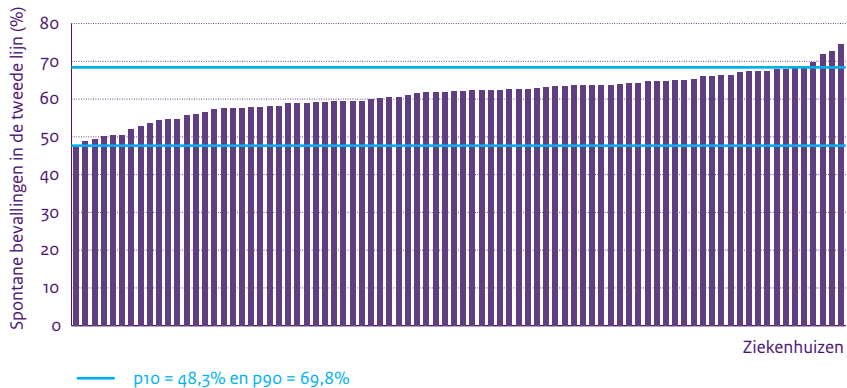
### Resultaten

In 2015 vonden in 84 ziekenhuizen in totaal 48.419 bevallingen plaats (totaal alle partussen in de tweede lijn in de inclusiegroep). Daarbij werden er gemiddeld 576 bevallingen per ziekenhuis uitgevoerd, waarvan gemiddeld 61,2% eindigde met een spontane bevalling. Dit is bijna hetzelfde gebleven als in 2014 (toen 60,5%). 61,3% van de spontane bevalling werd vóór de bevalling verwezen naar de tweede lijn. Het is opvallend dat een grote spreiding bestaat tussen ziekenhuizen als het gaat om het aantal vrouwen dat tijdens de bevalling wordt verwezen (45,3%-74,3%). Gemiddeld werd 61% van de vrouwen in deze groep tijdens de ontsluiting of de uitdrijving verwezen naar de tweede lijn. De spreiding tussen ziekenhuizen is afgenomen, van 30,4% tot 88% in 2014 naar 46% tot 75,7% in 2015.

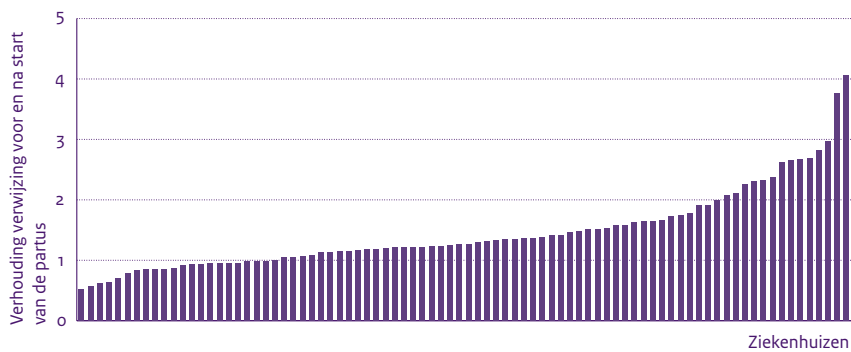
---

[131] 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.

Figuur 15.1.1  
 Percentage spontane bevallingen in de tweede lijn (n=84)



Figuur 15.1.2  
 Verhouding verwijzing voor en na start van de partus (n=84)



Tabel 15.1.1

**Kengetallen spontane bevallingen in de 'NTSV-groep' (n=84)**

	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Gemiddelde (n) (min.-max.)	p10 (%)	p90 (%)
Spontane bevallingen vóór bevalling naar tweede lijn	61,3 (45,3-74,3)	61,5	200 (53-579)	52,2	67,8
Spontane bevallingen tijdens bevalling naar tweede lijn	61 (46-75,7)	61,2	155 (26-611)	48,3	69,8
Totaal spontane bevallingen	61,2 (47,9-74,6)	62,1	355 (95-929)	50,9	67,3

**Aandachtspunten*****De overeenkomst tussen wondzorg en geboortezorg. Een interventie als risico en noodzaak***

Er zijn twee indicatoren in de basisset die qua kwaliteitsproblematiek sterk op elkaar lijken. Er is sprake van een situatie (aandoening is niet het juiste woord voor een zwangerschap), met een natuurlijk beloop, dat ondersteund kan worden door goede zorg, de normale bevalling en de natuurlijke genezing. In die situatie is een kunstverlossing een te vermijden risico, net als een amputatie bij een voetwond. Maar er zijn ernstiger situaties waarbij een kunstverlossing een absolute noodzaak is en de enige vraag is: 'hoe snel regel ik een sectio'. In dat geval is de kunstverlossing geen risico, maar een noodzakelijke ingreep om risico te vermijden. Dit leidt in de beroepsgroepen tot identieke discussies. 'Blind' veroordelen van een amputatie en een sectio is ongewenst. Voor beiden is een risicocorrectie beschikbaar, in de VOKS en de Texas classificatie voor de uitgangssituatie van de wond. Als de indicator Wondzorg nu ook dezelfde spreiding en dezelfde onveranderlijkheid laat zien in uitslagen, geeft dat ook meer inzicht in het soort vraagstelling dat achter deze groep indicatoren zit. Hoe verminder je het aantal niet-essentiële (mogelijk zelfs overbodige) ingrepen, terwijl het aantal essentiële ingrepen op het juiste niveau blijft.

Het opvallende daarbij is dat de twee onderwerpen qua medisch inhoudelijke vraagstelling totaal niet op elkaar lijken. Zij komen wel sterk overeen als het gaat om vraagstukken als: 'hoe stel ik een doel voor en indicator', hoe ontwerp ik en indicator die geen vertraging oplevert als een ingreep noodzakelijk is, terwijl te snel ingrepen wordt voorkomen. Het laat zien dat vakken die inhoudelijk sterk verschillen op het gebied van kwaliteitsbewaking wel samen kunnen leren.

## 15.2 Audit van perinatale zorg

### Indicator

- Mate van invoering perinatale audits

### Wat zijn de risico's?

Eén van de mogelijkheden voor het verbeteren van de perinatale sterfte is het verbeteren van de samenwerking van de zorgverleners betrokken bij de perinatale zorg. De indicator over de perinatale audits maakt voor de inspectie 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 perinatale audit aanwezig moet zijn, plant men de audits over het algemeen ruim van te voren. Indien er dan 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 wijzen op onvoldoende aandacht voor het verbeteren van de perinatale sterfte en samenwerking.

### Resultaten

85 van de 86 ziekenhuizen voerden in 2015 één of meer perinatale audits uit. Noordwest Ziekenhuisgroep (Den Helder) voerden geen lokale audits uit die aan de in de indicator tekst genoemde voorwaarden voldoen binnen het perinatologisch samenwerkingsverband. Het ziekenhuis lichtte toe: *'In overleg met de auditcommissie is besloten om geen audit uit te voeren omdat er geen enkele casus was die in aanmerking kwam.'* Gemiddeld voerden ziekenhuizen, net als in 2013 en 2014, 3 perinatale audits uit, met een bandbreedte van 0 tot 9.

### Aandachtspunten

#### *Indicator Mate van invoering perinatale audits vervalt*

De indicator Mate van invoering perinatale audits is in 2015 voor het laatst uitgevraagd. Reden hiervoor is dat audits (bijna) volledig zijn ingevoerd, waardoor het doel van de indicator is bereikt. Met het vervallen van deze indicator komt er ruimte in de basisset voor ontwikkeling van nieuwe indicatoren.

## 16 Kwetsbare groepen

U vindt de omschrijving van kwetsbare groepen en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 16. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

### 1 Wat zijn de basisrisico's bij kwetsbare groepen?

Patiënten zijn kwetsbaar als de belasting van de zorg en de te verwachten bijwerkingen ervan even groot of zwaarder zijn dan de potentiële draagkracht van de patiënt. Alles wat de belasting van een patiënt vergroot, maakt de kans op kwetsbaarheid groter. Alles wat de draagkracht van de patiënt vergroot verlaagt de kans op kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid is een balans. Zo lang een patiënt de reserves heeft om de potentiële belasting te compenseren is hij (nog) niet kwetsbaar.

'Kwetsbaarheid' is een simpel begrip, maar wel een begrip dat vaak vergeten wordt. Het woord wordt vaak gebruikt in combinatie met 'oudere'. Dat komt omdat de belastbaarheid afneemt bij het stijgen van de leeftijd. De kans dat een patiënt kwetsbaar is neemt toe bij het stijgen van de leeftijd na het 70<sup>e</sup> jaar. Maar het is maar één van de factoren die de balans bepaalt.

Veel van onderdelen van de zorg die de draagkracht van de patiënt kunnen vergroten zijn onderdeel van de verpleegkundige zorg. Preventieve zorg, goede voeding, een normaal dag en nacht ritme, pijnbestrijding, valpreventie psychosociale ondersteuning dragen allen bij aan een grotere draagkracht. In principe zouden die dan ook het best ontwikkeld moeten zijn in de centra die de zwaarste zorg leveren. Dit blijkt helaas niet altijd het geval te zijn. Veel indicatoren voor verpleegkundige zorg bleven in het afgelopen decennium achter in deze instellingen.

Voor kwetsbare patiënten geldt altijd dat de totale balans bekeken moet worden voordat een belastende actie wordt gestart. Als de belasting exact te meten zou zijn, zou dat ook tot een ander palet aan behandelingen leiden. In de praktijk moet de balans per keer bekeken worden omdat vaak niet exact bekend is wat de belasting is en belangrijker, vaak niet bekend is wat de belasting is van een combinatie van verschillende ziekten en/of verschillende therapieën.

In de praktijk betekent dat ook dat de zorg voor kwetsbare patiënten een goede indicator is voor de zorg als geheel. Problemen met coördinatie, overdracht, samenwerking, onvoldoende kennis etc. worden het eerst zichtbaar bij kwetsbare groepen.

Goede coördinatie is belangrijk bij iedereen, maar kan bij een kwetsbare patiënt de balans verstoren. Het bewaken van die balans is ook de reden dat er in de basisset meer nadruk wordt gelegd op de inbreng van 'generalistische specialisten met kennis van de ouderenzorg'. Dit is niet ter controle van de behandelend specialist, maar deze dient als tegenwicht

tegen te groot enthousiasme voor de kans op succes van de eigen therapie. Samen leidt dat tot betere besluitvorming.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel rondom kwetsbare groepen?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[132]</sup> 30 risico's<sup>[133]</sup> genoemd die betrekking hebben op het operatieve proces. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[134]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn: **toenemende specialisatie versus toename comorbiditeit/fragmentatie van zorg, multimorbiditeit en gebrekkige overdracht.**

Het risico toenemende specialisatie versus toenemende comorbiditeit ofwel fragmentatie van zorg wordt door meerdere verenigingen genoemd. Allen geven aan dat met name de kwetsbare, vaak multimorbide (oudere) patiënt hierdoor at risk zijn. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) gaf in gesprek met de inspectie over de risicoprofielen aan dat er op dit moment een gebrek is aan overstijgend inzicht in de complexe problematiek, met name bij spoedeisende zorg voor individuele (vaak oudere) patiënten met multimorbiditeit en/of polyfarmacie. Er is een significante toename van het aantal (oudere) patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie. Tegelijkertijd vindt er een subspecialisatie plaats met daarmee samenhangend verlies van generalistisch handelen. Een regiefunctie is nodig, maar ook duidelijke behandelplannen (besproken en bekend bij eventueel MDO). Ook de Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en V&VN Oncologie benoemden het risico 'fragmentatie in de zorg' in hun risicoprofielen.

Multimorbiditeit is een risico dat samenhangt met het eerst genoemde risico. Zoals al eerder genoemd in het hoofdstuk Medicatieproces zijn er volgens de NVKG 1,5 miljoen ouderen met multimorbiditeit. De NVKG signaleert dat er onvoldoende afstemming en regie ontbreekt bij ouderen met multimorbiditeit. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) benoemt 'comorbiditeit bij kwetsbare oudere patiënt' als risico in hun risicoprofiel. Zij lichtte in gesprek met de inspectie toe dat het voor risicopatiënten steeds belangrijker wordt dat alle risico's geïnventariseerd zijn en deze met de patiënt besproken zijn (informed consent) om samen tot een juiste afweging te komen.

Ook in dit hoofdstuk komt het risico 'gebrekkige overdracht' meerdere malen terug in de risicoprofielen van de verenigingen. Hoe kwetsbaarder de patiënt, hoe belangrijker dat er een goede, adequate overdracht plaatsvindt. Omdat het risico 'overdracht' al in andere hoofdstukken besproken wordt (1 Operatief proces, 2 Spoedprocessen, 3 Intensive care), wordt in dit hoofdstuk hier geen aandacht aan besteed.

---

[132] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen  
[133] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

---

[134] Zie inleiding voor meer informatie

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

Drie types interventies zijn belangrijk:

- 1 Het vergroten van de draagkracht;
- 2 Het verbeteren van het overzicht over de complete toestand van de patiënt;
- 3 Het verbeteren van het inzicht in de belasting die behandelingen opleveren voor een complexe patiënt.

De meeste interventies voor het vergroten van de draagkracht worden beschreven in het onderdeel verpleegkundig proces.

Het verbeteren van de coördinatie heeft vele aspecten. Beter inzicht in het aanwezig zijn van kwetsbaarheid, via een comprehensive geriatric assessment of gelijkgestelde beoordeling, multidisciplinaire besluitvorming, inclusief de patiënt, waarbij de draagkracht goed wordt meegenomen. Goede communicatie en informatievoorziening en richtlijnen aangepast aan de mogelijkheden van kwetsbare patiënten. Hoewel dit adequate reflectie vraagt, moet het tempo van dit denkproces ook passen bij de snelheid van handelen die noodzakelijk is in een spoedeisend proces. De geriater (of verpleegkundig specialist geriatrie) zal een normaal gezicht worden op elke SEH.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

De meeste op draagkracht gerichte indicatoren staan in het hoofdstuk Verpleegkundige zorg.

Typen indicatoren die daarvoor geschikt bleken zijn:

- 1 Screeningsindicatoren voor draagkrachtproblemen (ondervoeding, delirium etc.), meestal bestaande uit drie stappen; infrastructuur; screening; gebruik van screeningsinformatie;
- 2 Coördinatie indicatoren om zorgzwaarte in te schatten, zoals de geriatric assessment of de SOFA score;
- 3 Indicatoren gericht op de inzet van generalisten (gebruik CGA, consult geriatisch team).



## 16.1 Ondervoeding geriatrische patiënten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 16.1.

### Indicator

- Screening ondervoeding geriatrische patiënten.

### Wat zijn de risico's?

De indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten vraagt naar het percentage op ondervoeding gescreende geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek. Ondervoeding is binnen kwetsbare groepen een veel voorkomend probleem met mogelijk verstrekkende gevolgen voor de kwaliteit van leven. Een eerste stap om ondervoeding bij deze patiënten aan te pakken is screening op ondervoeding. Het doel van deze indicator is dan ook om ondervoeding bij deze populatie terug te dringen door het bevorderen van vroegtijdige herkenning, zodat op tijd adequate behandeling van ondervoeding ingezet kan worden.

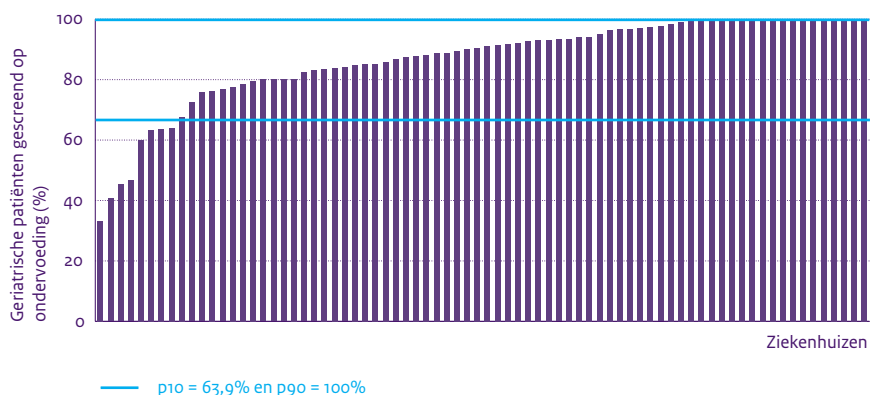
### Resultaten

94 ziekenhuizen leverden gegevens aan, waarvan dertien ziekenhuizen aangaven niet te beschikken over een geriatrische poli- of dagkliniek. Drie ziekenhuizen gebruikten geen gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding op de poli- of dagklinieken, dit waren de volgende ziekenhuizen: Amphia Ziekenhuis (Breda), MUMC+ (Maastricht) en Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal). Amphia Ziekenhuis lichtte toe: *'Alleen patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de combi poli Geriatrie worden gescreend.'* MUMC+ lichtte toe: *'De Short Nutritional Assessment Procedure verder ontwikkeld, maar nog niet geïmplementeerd op de poliklinieken MUMC. Het behandeltraject voor poli geriatrie is ingericht is eerstelijns diëtetiek, zij zijn benaderbaar via het mdo geriatrie MUMC/eerste lijn, dat 4-6x per jaar plaatsvindt, (aanwezig klinische gerieters/paramedici, verpleegkundig specialisten).'* Refaja Ziekenhuis lichtte toe: *'Alle patiënten (inclusief geriatrische patiënten) worden bij OPNAME gescreend op ondervoeding. Indien op basis van deze screening een patiënt moet worden doorverwezen, gebeurt dit naar de geriatrische poli. Echter moet deze screening op de geriatrische polikliniek op locatie Refaja nog worden geïmplementeerd.'* In twee ziekenhuizen – Flevoziekenhuis (Almere) en Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) was het aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brachten aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument, onbekend. Het Flevoziekenhuis beschikt sinds december 2015 over een geriatrische polikliniek die gebruik maakt van het MNA screeningsinstrument, aldus de toelichting. Ikazia Ziekenhuis lichtte toe: *'alle (geriatrische) patiënten worden middels een gevalideerd screeningsinstrument (SNAQ/STRONG) gemeten op risico op ondervoeding en eiwitname.'*

In totaal brachten 32.792 geriatrische patiënten in 2015 voor het eerst een bezoek aan de geriatrische poli- of dagkliniek, variërend van 17 tot 2.997 patiënten per ziekenhuis. Het gemiddelde percentage geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brachten aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruikt

was gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding is 86,7. De spreiding tussen ziekenhuizen is afgenomen ten opzichte van 2014: van 18,1% tot 100% naar 33,3% tot 100%. Achttien ziekenhuizen gaven aan 100% van de geriatrische patiënten te screenen op ondervoeding.

Figuur 16.1.1  
Percentage geriatrische patiënten gescreend op ondervoeding (n=76)



### Aandachtspunten

#### *Een screening op ondervoeding op de polikliniek geriatrie is geen geïsoleerde functie*

De functie van screening op ondervoeding en eiwit inname voor een operatieve ingreep is duidelijk. Een geopereerde patiënt heeft eiwit en energie nodig om de operatiewond te laten genezen. De functie van een beoordeling op kwetsbaarheid is ook duidelijk. Bij een kwetsbare patiënt moet een nauwkeurige beoordeling worden gemaakt van de draagkracht van de patiënt en de voedingstoestand heeft daar grote invloed op, als onderdeel van een groter aantal factoren. Het is dan ook geruststellend dat veel ziekenhuizen in hun toelichting aangeven dit het gebeurt als onderdeel van de CGA (Comprehensive Geriatric Assessment). Maar niet iedereen doet dat. Een voorbeeld daarvan is het MUMC+ uit Maastricht die vermeldde dat 'Het behandeltraject voor poli geriatrie is ingericht is eerstelijns diëtetiek'. Daarbij is het dus niet duidelijk hoe deze informatie wordt meegenomen bij het beoordelen van de totale toestand van de patiënt.

#### *Soms versterken definities elkaar, maar niet altijd*

Het is goed dat indicatoren op meerdere plaatsen worden gebruikt, maar soms leidt dat tot vreemde effecten. Een daarvan zijn de academische ziekenhuizen die steekproeven van 30 patiënten aanleveren onder vermelding dat dit de definitie is van deze indicator. Nu is het ook in de basisset toegestaan om een steekproef te nemen, maar het verdient de voorkeur om dit gegeven, wat op vele plaatsen gebruikt moet worden op te nemen in een EPD. In dat

EPD moet dan een goede analysefunctie aanwezig zijn, zodat audits mogelijk zijn. Het moet duidelijk zijn dat steekproeven een inferieure wijze zijn om inzicht te verkrijgen. Goed als een handmatige analyse mogelijk is, maar niet de voorgeschreven manier van handelen. Het geeft in ieder geval een aardige indicatie van de kwaliteit van de analysefuncties van de (EPD's van de) betreffende instellingen.

### **Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?**

Zie 'welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag' hoofdstuk 16.2.

## 16.2 Colonchirurgie bij ouderen

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 paragraaf 16.2.

### Indicatoren

- Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie.
- Beoordeling bij kwetsbaarheid.

### Wat zijn de risico's?

De indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie geeft inzicht in het aantal op kwetsbaarheid gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met een indicatie voor electieve colonchirurgie. De patiënten die uit deze screening als kwetsbaar worden geclassificeerd, dienen vervolgens preoperatief beoordeeld te worden door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie.

In het ziekenhuis zijn oudere patiënten met een indicatie voor colonchirurgie gevoelig voor perioperatieve complicaties en de nadelige gevolgen hiervan. De kans op complicaties is het hoogst bij kwetsbare ouderen. In de praktijkgids Kwetsbare ouderen van VMS<sup>[135]</sup> wordt geadviseerd om alle 70-plussers in het ziekenhuis te screenen op tenminste het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies, vier belangrijke domeinen van kwetsbaarheid. Het is van belang dat alleen die ouderen worden geopereerd, waarbij de operatieve interventie waarde zal toevoegen aan de kwaliteit van leven, de levensduur en/of aan verbetering van het functioneren. Daarvoor is beoordeling door een generalistisch specialist met ervaring op het gebied van de geriatrie van belang.

### Resultaten

#### Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

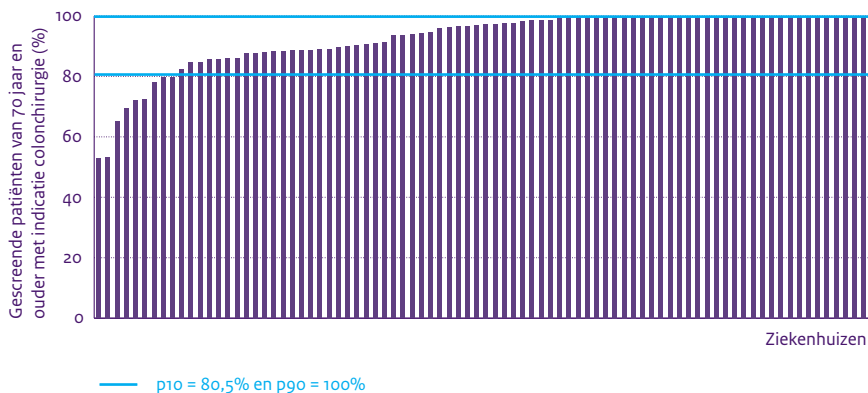
*Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen.* 86 ziekenhuizen gaven aan dat er electieve colonchirurgie plaatsvindt in hun ziekenhuis. Van deze 86 ziekenhuizen gaven (net als in 2014) Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) en Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) aan dat het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie, onbekend is. In totaal werden in 2015 6.741 patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie opgenomen, variërend van 2 patiënten tot 452 patiënten per ziekenhuis. Gemiddeld werden 92,6% (in 2014 89,3%) van deze opgenomen patiënten met een gevalideerd instrument gescreend op kwetsbaarheid. De spreiding tussen ziekenhuizen is afgenomen ten opzichte van 2014: van 39,7% tot 100% naar 52,8% tot 100%.

---

[135] VMS (2013). [http://www.vmszorg.nl/\\_page/vms\\_inlin e?nodeid=7001&subjectid=6702](http://www.vmszorg.nl/_page/vms_inlin e?nodeid=7001&subjectid=6702) (geraadpleegd op 28-8-2015)

Figuur 16.2.1

Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie (n=86)

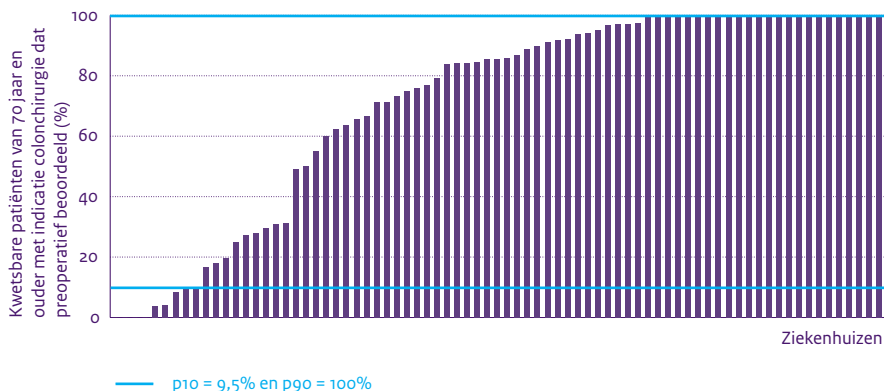


#### Beoordeling bij kwetsbaarheid bij colonchirurgie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbelstellingen. Van de bovengenoemde 86 ziekenhuizen gaven negen ziekenhuizen aan dat het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld was door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie niet bekend is. Deze ziekenhuizen gaven hier de volgende redenen voor op: het niet in dienst hebben van een medisch specialist met ervaring in de geriatrie en/of cijfermatige aanlevering van de data kan nog niet gerealiseerd worden. Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) gaf geen toelichting. In totaal werden in 77 ziekenhuizen in 2015 2.259 (spreiding: 2-114) kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie opgenomen. Gemiddeld waren dit 29 patiënten per ziekenhuis. Gemiddeld werd 71% (in 2014 54,7%) van de kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie preoperatief beoordeeld door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie. De spreiding tussen ziekenhuizen was maximaal: 0% tot 100%. Bij 24 ziekenhuizen lag dit percentage op 100 en bij vier ziekenhuizen lag dit percentage op 0. Van deze vier ziekenhuizen gaf enkel Laurentius Ziekenhuis (Roermond) geen toelichting.

Figuur 16.2.2

Percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie (n=77)



### Aandachtspunten

#### *De relatie tussen indicatoren en richtlijnen*

Een van de wijdverspreide misverstanden over de relatie tussen richtlijnen en indicatoren is dat er éérst richtlijnen moeten zijn vóórdat indicatoren gebruikt kunnen worden. Het is duidelijk dat indicatoren effectiever zijn wanneer zij een duidelijk doel hebben. Dat doel kan het implementeren van een richtlijn zijn. Het is eenvoudig waar te nemen dat zorgverleners hun gedrag aanpassen aan hetgeen in een indicator gevraagd wordt. Dit wordt meestal ‘sociaal wenselijk gedrag’ genoemd en heeft een negatieve lading. Dat is onterecht mits het sociaal wenselijke gedrag ook maar echt gewenst gedrag is. Als een publieke indicator het gebruik van een richtlijn stimuleert is dat zeker gewenst gedrag. Maar het omgekeerde is ook mogelijk. Een indicator kan de omstandigheden geschikt maken voor het gebruik van een richtlijn. In 2015 bracht de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) een conceptringrichtlijn uit ‘multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen’. Daarin werd de coördinatie rond de behandeling van het heupfractuur en de colonchirurgie vastgelegd. Het is goed dat de kwetsbaarheid beoordeeld wordt van oudere patiënten die een colonoperatie ondergaan, maar het moet passen in een kader waarin duidelijk is welke behandeling kwetsbare ouderen krijgen. Hier heeft de indicator bijgedragen aan de voorwaarden om de richtlijn te laten slagen.

#### *Screenen op risico, zonder actie als het risico er is, is niet goed*

De volgorde van deze twee indicatoren moet duidelijk zijn. Niet elke oudere patiënt is kwetsbaar. Een screening deelt de groep patiënten die een operatie en verdere behandeling moet ondergaan in twee groepen. De ene groep is niet kwetsbaar en heeft geen specifieke zorg gericht op kwetsbaarheid nodig. De andere groep is wel kwetsbaar en heeft wel een beoordeling nodig van een ‘generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie’.

Wel screenen, maar vervolgens niet (zichtbaar) gebruik maken van de wetenschap dat deze patiënt kwetsbaar is, is geen goede zorg, tenzij het ziekenhuis op duidelijke wijze laat zien op welke andere wijze zij de opvang regelen. Hier geldt de regel die bij elke andere indicator geldt: als een ziekenhuis een opmerkelijke uitslag publiceert moet het een sluitende verklaring geven in de toelichting. In goed Nederlands: ‘Pas toe of leg uit’.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

### *Fase 1 (ontwikkelen van infrastructuur) of fase 2 (screening), het ziekenhuis voldoet aan één van de volgende drie condities*

- 1 Het percentage geriatrische patiënten op de poli- of dagkliniek dat is gescreend op ondervoeding (voor 2015: screening ondervoeding minder dan 63,9%)
- 2 en het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met een indicatie voor electieve colonchirurgie dat gescreend is op kwetsbaarheid is relatief laag (voor 2015: screening kwetsbaarheid minder dan 80,5%)
- 3 of de screening is afwezig (het ziekenhuis is 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 het risico op delirium?
    - Op kwetsbaarheid?
  - Wat wordt gedaan met screeningsuitkomsten en welke interventies volgen bij opvallende uitkomsten?
  - Beschikt het ziekenhuis over de infrastructuur op de polikliniek om een consult door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie te laten verrichten?
  - Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

*Het percentage geriatrische patiënten op de poli- of dagkliniek dat is gescreend op ondervoeding en het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met een indicatie voor electieve colonchirurgie dat gescreend is op kwetsbaarheid is relatief hoog (voor 2015: screening op ondervoeding en screening op kwetsbaarheid gelijk aan 100%)*

- 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 beoordelen van patiënten met een verhoogde kwetsbaarheid)**

*Het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met de indicatie electieve colonchirurgie dat beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie is relatief laag (voor 2015: minder dan 9,5%) of onbekend*

- Waarom screent het ziekenhuis?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de indicatiestelling bij kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

*Het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met de indicatie electieve colonchirurgie dat beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie is relatief hoog (voor 2015: gelijk aan 100%)*

- Is het totaal aantal patiënten in de noemer in verhouding met het aantal 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?



## 17 Algemeen kwaliteitsbeleid

U vindt de omschrijving van algemeen kwaliteitsbeleid en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 17. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

Dit hoofdstuk over het algemene kwaliteitsbeleid van zorginstellingen zou moeten bestaan uit een beschrijving van twee inhoudelijk verschillende onderwerpen. Het ene betreft het algemene kwaliteitsbeleid wat het ziekenhuis voert.

Daar zijn in de vijftien jaar dat de basisset bestaat minimaal risico's in benoemd en (op een enkele uitzondering na) geen specifieke indicatoren op geformuleerd.

Structuurindicatoren, zoals de aanwezigheid van een NIAZ of JCI keurmerk, lieten geen verschillen zien op het niveau van de kwaliteit de zorgverlening. Deze zijn na twee jaar verwijderd uit de basisset en werden niet vervangen door een zelfde soort indicatoren.

Op dit moment lijkt het algemene kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis nog steeds een blinde vlek in de basisset. Het is de vraag of dat erg is. Op specifieke onderwerpen die zorg-professionals direct aangaan is veel werk verzet. De stelling is te verdedigen dat de som van al die specifieke onderwerpen een uitstekend beeld geven van het 'algemene' kwaliteitsbeleid. Een van de aanwijzingen daarvoor is dat de uitkomsten (resultaten) op de totale set van indicatoren per ziekenhuis wel een patroon laten zien. Dit patroon geeft een aanwijzing voor de algemene kwaliteits- en veiligheidscultuur in het betreffende ziekenhuis zo dicht mogelijk bij de patiëntenzorg. Wellicht is dat de beste strategie voor het krijgen van inzicht in het succes van het algemene kwaliteitsbeleid in een instelling.

Het andere niveau is het kwaliteitsbeleid op het niveau van de individuele professional, in dit geval van of in het bijzonder van de medisch specialist. Hoe kan (moet) een hoog opgeleide, gespecialiseerde zorgverlener functioneren in een complexe (en op het oog gefragmenteerde) zorginstelling. Die laatste vraag wordt in de volgende paragrafen verder uitgewerkt.

### 1 Wat zijn de basisrisico's voor het individueel functioneren van een zorgprofessional in een ziekenhuis?

Voor het goed functioneren zijn drie groepen kenmerken (en dus risico's) van belang:

- 1 De geschiktheid van de individuele zorgverlener voor zijn taak;
  - a lange termijn
  - b incidenteel
- 2 De instelling als werkomgeving voor die professional (inclusief collega's);
- 3 De interactie tussen de hierboven genoemden onder punt 1 en 2.

De voorwaarden voor de lange termijn individuele geschiktheid zijn voor een belangrijk deel opgenomen herregistratievereisten; bijscholing, visitatie en individuele feedback. Een potentieel risico ontstaat als bij de herregistratie niet alle voorwaarden worden getoetst of dat de afwezigheid van een bepaald item niet leidt tot actie. Een voorbeeld daarvan is dat enkele wetenschappelijke verenigingen niet op alle locaties de kwaliteitsvisitaties uitvoeren, zodat er medisch specialisten zijn die nog niet aan de kwaliteitsvisitatie hebben deelgenomen en wel worden hergeregistreerd. Twintig jaar na de start van de kwaliteitsvisitatie vormt dit nog steeds een risico. Na de invoering van het nieuwe toetsingskader voor de specialistenregistratie in 2019 zullen deze medisch specialisten niet meer kunnen worden hergeregistreerd.

Kortdurende ongeschiktheid 'fit to perform' binnen een lange termijn geschiktheid is een veel lastiger probleem, omdat in principe alle zorgverleners dat risico lopen. Het is ook moeilijker te signaleren omdat het kan gaan om episoden van enkele uren. Voorbeelden daarvan zijn: het stellen van een complexe diagnose, vlak na een periode met grote drukte, of het uitvoeren van een complexe ingreep na een zware nachtdienst. Of dit door een zorgverlener benoemt kan worden hangt samen met de cultuur van de instelling. Soms kan dit ook tot lastige situaties leiden. Medisch specialisten worden steeds meer gespecialiseerd waardoor taken ook niet zomaar overgenomen kunnen worden. De wenselijkheid van melden kan dan onder spanning komen te staan door de niet eenvoudige op te lossen consequenties. Het is opvallend dat maar een beperkt aantal wetenschappelijke verenigingen dit risico (spontaan) benoemt, terwijl de meeste individuele specialisten dit risico aanwijzen als hen wordt gevraagd het grootste risico aan te geven uit een lijst met potentiële risico's voor de kwaliteit van zorg.

Een ziekenhuis is een complexe organisatie, waar veel verschillende disciplines werken. Door de toegenomen specialisatie, de toegenomen mogelijkheden en de toegenomen zorgzwaarte, kan een specialist zelden geïsoleerd van de organisatie werken. Het geheel moet meer zijn dan de som der delen. Eén van de punten daarbij is het hebben van een gezamenlijke doelstelling. Dit was ook het focus van het HRT 2014, waarin aandacht besteed is aan samenwerking. Twee op zich goede manieren van werken kunnen toch samen tot problemen leiden. Een wetenschappelijk ingestelde specialist in een op productie gerichte vakgroep vraagt bijzonder vaardigheden. Het ontbreken daarvan geeft dan mogelijk risico's voor de patiëntenzorg.

Het onderscheid tussen individueel functioneren en het functioneren van de omringende organisatie is vaak niet goed te maken. Ingrijpende gebeurtenissen in een organisatie kunnen (zoals fusies, bestuurswisselingen, financiële tekorten) direct of indirect van invloed zijn op de kwaliteit van de geleverde zorg.

## 2 Welke risico's zijn genoemd binnen het risicoprofiel die betrekking hebben op het algemeen kwaliteitsbeleid?

In totaal worden door de verenigingen<sup>[136]</sup> elf risico's<sup>[137]</sup> genoemd die betrekking hebben op het algemeen kwaliteitsbeleid van een zorginstelling. De verenigingen benoemen deze risico's in zogenaamde risicoprofielen<sup>[138]</sup>. Per specialisme kan het profiel verschillen. De risico's die overkoepelend terugkomen in de risicoprofielen zijn: **bekwaamheid en bevoegdheid nieuwe beroepen, nieuwe technieken, concurrentie in de zorg en centralisatie van de zorg en werkdruk**.

De Nederlandse Vereniging voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) en de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) hebben het risico 'bekwaamheid en bevoegdheid nieuwe beroepen' benoemd. De NVALT gaf in gesprek met de inspectie over het risicoprofiel aan dat de toename van nieuwe beroepen met BIG registratie, zoals bijvoorbeeld de klinisch technologen, het afstemmen kan bedreigen. De NVRO gaf in gesprek met de inspectie aan dat er in de radiotherapie, tussen de technisch geneeskundigen en physician assistants in verschillende centra grote verschillen in bevoegdheden bestaan.

De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) benoemt het risico 'concurrentie in de zorg'. Door de marktwerking in de zorg worden ziekenhuizen en hun specialisten concurrenten van elkaar. Tegelijkertijd worden concentratie en continuïteit van zorg nagestreefd. Dit vereist grondige samenwerking en partnerschap, wat met elkaar wringt. Dit risico hangt samen met het al eerder besproken, door verenigingen veelgenoemde risico 'centralisatie van de zorg'. Daarover gaf de NVU aan in gesprek met de inspectie dat het logisch is dat bepaalde zorg beter op zijn plaats is in enkele centra die daarin expertise hebben dan dat het versnipperd plaatsvindt. Door verschillende partijen – onder meer verzekeraars – wordt versneld aangedrongen op centralisatie, waarbij uitsluitend gelet wordt op aantallen ingrepen, zonder dat daarbij noodzakelijke randvoorwaarden worden beschouwd. Te denken valt aan adequate onderlinge communicatie, onderhouden van elkaars expertise, afspraken m.b.t. spoedzaken en complicaties. Dit risico geldt met name voor de kleinere perifere ziekenhuizen.

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) noemt als risico 'verantwoorde inzet anesthesiologen en hulp personeel, werkdruk in relatie tot risico's voor de patiënt'. In gesprek met de inspectie lichtte zij toe dat op basis van zorgzwaarte beter ingeschat moet worden welke patiënten baat hebben bij een anesthesioloog op de kamer, en welke patiënten door medewerkers kunnen worden gemonitord met supervisie op afstand van de anesthesioloog. Een te hoge werkdruk (geassocieerd met risico's voor de patiëntenzorg) door inefficiënte inzet van anesthesiologen kan zo beheerst worden.

---

[136] Wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen

[137] In totaal zijn door de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen in de individuele risicoprofielen 206 risico's genoemd

[138] Zie inleiding voor meer informatie

Het risico (inzet van) nieuwe technieken is door meerdere verenigingen genoemd en is al in eerdere hoofdstukken uitvoerig besproken, zie hoofdstuk 1 Operatief proces, 3 Intensive care, 5 Diagnostiek en 6 Interventies.

### **3 Op welke wijze kunnen deze risico's worden gereduceerd?**

In de paragraaf over de basisrisico's (hierboven) zijn al een paar mechanismen genoemd. De systematische geschiktheid van de medisch specialist kan worden bewaakt via de herregistratie. Uiterlijk in 2019 worden een aantal vereisten aangescherpt. Deze ontwikkeling wordt met interesse gevolgd door de inspectie. Isolatie, geslotenheid en gebrek aan feedback vormen een risico voor het functioneren. Teamvorming, een open cultuur (transparantie in een andere zin van het woord dan op dit moment te doen gebruikelijk) en feedback, zowel op intermenselijk niveau als via betere data, ondersteunen het functioneren.

### **4 Welke soorten indicatoren zijn geschikt om deze risico's te reduceren?**

Veel indicatoren in de basisset geven bij nadere analyse inzicht in de algemene cultuur van de instelling. Zo kan het laat of onvoldoende reageren op uitkomsten of resultaten van de indicatoren gezien worden (is voorgesteld door wetenschappelijke verenigingen) als een symptoom van isolatie. Dat is ook de reden waarom bij de analyse van de uitkomsten zo veel aandacht wordt besteed aan de door de zorginstelling verstrekte toelichting bij de uitkomsten. Zelfs als instelling begrijpen en weten wat een resultaat betekent en dat met de ontvanger delen is een goede graadmeter voor van het zelfinzicht. Slechte data leveren zonder daarvan rekenschap te geven, of daarvan de schuld bij anderen in de organisatie te leggen (bijvoorbeeld zorgverleners versus kwaliteitscoördinatoren), zijn voorbeelden van gedrag dat past bij een instelling met een 'ontkennende' of 'reactieve' cultuur<sup>[139]</sup>.

Van de meer 'geformaliseerde' indicatoren zijn indicatoren over deelname aan feedbacksystemen als IFMS nuttig gebleken om de kwaliteitscultuur zichtbaar te maken. Een indicator over de deelname aan evaluatie in de hiërarchische sfeer (jaargesprekken) zijn dat minder, omdat de specialist hier zelf niet voor kan kiezen. Het systeem hoeft daarom niet minder nuttig te zijn voor de instelling, het is allen niet geschikt als indicator voor de samenwerkingscultuur van de instelling.

[139] Zie de Cultuurladder

## 17.1 **Evalueren van het functioneren van medisch specialisten**

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015 in paragraaf 17.1 en paragraaf 17.2. Dit hoofdstuk bevat ook de indicator die in basisset 2015 uitgevraagd wordt in paragraaf 17.2: Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

### **Indicatoren**

- Jaargesprekken.
- Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS).
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

### **Wat zijn de risico's?**

Het bespreekbaar maken van het functioneren van de medisch specialist heeft een belangrijke rol in het continue verbeteren van de kwaliteit van zorg<sup>[140]</sup>. 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, in ieder geval ingevoerd in academische ziekenhuizen en in ziekenhuizen waar specialisten in dienstverband werken, en het IFMS. De inspectie maakt voor het vaststellen van indicaties voor een gesprek met een ziekenhuis geen onderscheid tussen deze systemen. Door de uitvraag van deze indicatoren krijgt de inspectie zicht op het belang wat ziekenhuizen hechten aan het bespreekbaar maken van het functioneren van medisch specialisten. Daarnaast vindt de inspectie het belangrijk dat ziekenhuizen een regeling hebben ingevoerd en toepassen bij het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist. Het tijdig signaleren en ingrijpen bij disfunctioneren van medisch specialisten kan veel leed voorkomen.

### **Resultaten**

#### ***Jaargesprekken en IFMS***

In 47 instellingen (ziekenhuizen en radiotherapeutische centra) werden in 2015 jaargesprekken gevoerd tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist. 46 van deze instellingen leverden het percentage jaargesprekken aan bij de inspectie. In 88 instellingen (ziekenhuizen en radiotherapeutische centra) is IFMS in volle omvang ingevoerd. In de ziekenhuizen en radiotherapeutische centra waar IFMS nog niet in volle omvang was ingevoerd werden jaargesprekken gevoerd. Gemiddeld voerden ziekenhuizen en radiotherapeutische centra met 75,5% van de medisch specialisten een jaargesprek (in 2014 lag dit op 72,9%), het St. Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg), het TweeSteden

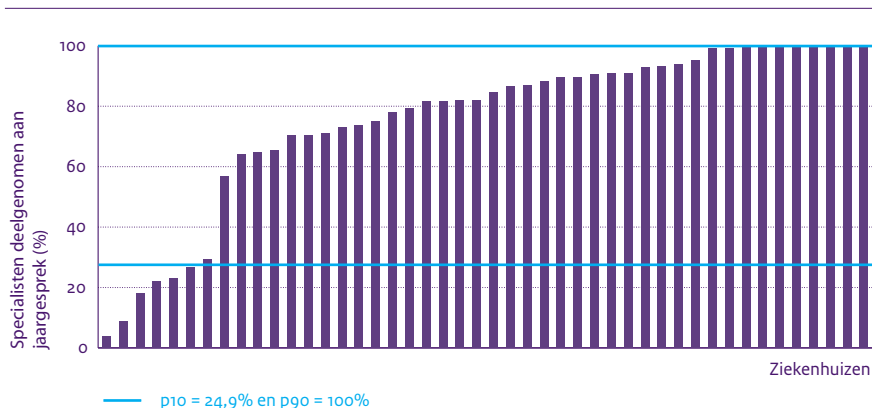
---

[140] Orde van Medisch specialisten en Wetenschappelijke verenigingen. Optimaal functioneren van medisch specialisten. Utrecht: Orde van a specialisten, december 2013.

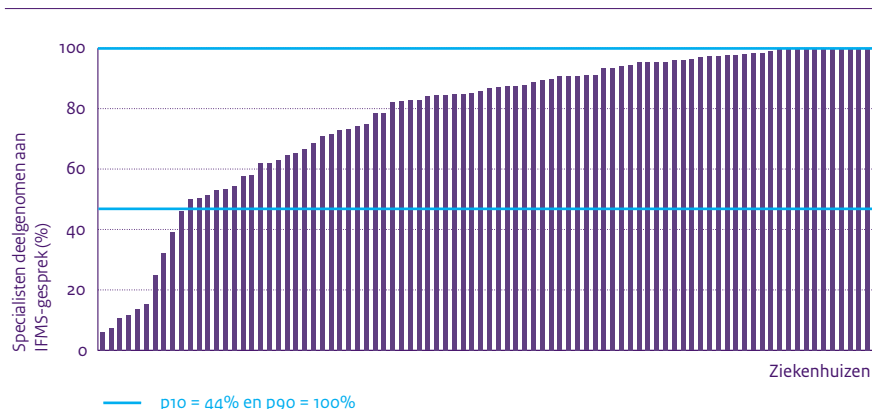
Ziekenhuis (Tilburg) en het Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) hadden het laagste percentage met respectievelijk 3,9%, 8,9% en 18,2%. De drie instellingen voerden ook IFMS-gesprekken maar scoorden ook hier laag. Gemiddeld voerden 77,2% van de ziekenhuizen (in 2014 lag dit op 81,4%) een IFMS-gesprek met medisch specialisten. Het Alexander Monro Ziekenhuis, het Oogziekenhuis (Rotterdam) en het Refaja ziekenhuis (Stadskanaal) scoorden het laagste percentage met respectievelijk 6,1%, 7,3% en 10,7%.

Er waren 36 instellingen die zowel een jaargesprek als een IFMS-gesprek voerden met medisch specialisten (2 minder dan in 2014). In acht van deze ziekenhuizen hadden exact hetzelfde aantal specialisten zowel een jaargesprek als een IFMS-gesprek gevoerd (één ziekenhuis minder dan in 2014).

Figuur 17.1.1  
**Percentage specialisten dat aan een jaargesprek heeft deelgenomen (n=47)**



Figuur 17.1.2  
**Percentage specialisten dat aan een IFMS-evaluatiegesprek heeft deelgenomen (n=88)**



Tabel 17.1.1

**Kengetallen evalueren functioneren medisch specialisten**

	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Ziekenhuizen die deze vorm niet gebruiken (n)
Specialisten die aan een jaargesprek hebben deelgenomen	75,6 (3,9-100)	83,3	8	52
Specialisten die aan een IFMS-evaluatiegesprek hebben deelgenomen	77,2 (6,1-100)	86,4	11	11

**Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten**

97 ziekenhuizen en instituten voor radiotherapie hadden in 2015 een regeling voor het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist. Deze instellingen gaven allemaal aan dat deze regeling gebruikt werd elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist werd vermoed. Twee instellingen hadden geen regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Radboudumc (Nijmegen) lichtte net als in 2014 toe dat een dergelijke regeling niet noodzakelijk is, omdat de bestaande mogelijkheden zoals bijvoorbeeld jaargesprekken voldoende handvatten boden om adequaat te handelen indien het functioneren van een medisch specialist dat vroeg. *‘De regeling disfunctioneren past niet goed in een privaatrechtelijk arbeidsverhouding zoals wij die kennen’*, aldus dit ziekenhuis. Alle medische specialisten werkzaam binnen Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) waren in dienst van Radboudumc (Nijmegen).

**Aandachtspunten****Indicator Jaargesprekken vervalt**

De indicator Jaargesprekken wordt in 2016 voor het laatst uitgevraagd. In de ziekenhuizen waar geen jaargesprek werd uitgevoerd, werden wel IFMS gesprekken gevoerd. Hierdoor is de doelstelling van deze indicator bereikt en ontstaat er door het vervallen van deze indicator ruimte in de basisset voor een nieuwe indicator. De Federatie Medisch Specialisten heeft de IFMS verplicht gesteld voor alle medisch specialisten. Het jaargesprek is niet langer een alternatief voor het IFMS gesprek. De indicator ‘Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten’ zou kunnen vervallen, maar blijft op verzoek van de veldpartijen gehandhaafd.

**Doorontwikkeling in het IFMS systeem zichtbaar in de toelichtingen**

In 2015 werd een nieuw systeem voor het uitvoeren van de IFMS ingevoerd. Tekenen daarvan zijn zichtbaar in de gegeven toelichting bij deze indicator. Veel ziekenhuizen gaven aan veranderd te zijn van informatiesysteem, van ‘Vrest’ naar ‘Q3’. Ook is een verschuiving zichtbaar van de individuele naar de groeps- IFMS. Een andere ontwikkeling die gevolgen

zal hebben voor de deelname aan IFMS, is dit een verplichte voorwaarde wordt voor de herregistratie<sup>[141]</sup>. Ziekenhuizen die op dit moment (slechts) jaargesprekken houden, zullen het IFMS systeem binnen redelijk korte tijd (eind 2019 moet dit voltooid zijn) volledig moeten invoeren.

***Percentage specialisten deelgenomen aan een IFMS gesprek is gestabiliseerd, maar niet overal***

Het gemiddelde percentage aan IFMS deelnemende medisch specialisten is iets gestegen (van 85,1 naar 86,4). Maar er zijn wel opvallende verschillen tussen 2014 en 2015. In 2015 zijn er meer uitschieters aan de onderkant. De grens van de laagste 10% is gedaald van 51% naar 44%. Daarnaast is er een veel grotere groep ziekenhuizen met een laag percentage. Hier zijn de toelichtingen zeer verhelderend. 2015 was een overgangsjaar van het oude IFMS systeem naar een vernieuwd systeem. De tien ziekenhuizen met het laagste percentage geven allen als verklaring dat zij in 2015 overgegaan zijn van een oud naar een nieuw systeem en in 2016 streven naar een veel hogere deelname. Hoewel stabilisatie van een indicator dus normaal gesproken een indicatie is voor verwijdering uit de basisset, is er hier nog reden deze ontwikkeling te volgen.

## Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Jaargesprekken of IFMS zijn ingevoerd maar niet actief in gebruik (deelname: onbekend of 0%)*

- 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 som van deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken en het IFMS is relatief laag<sup>[142]</sup> (voor 2015: jaargesprek minder dan 24,9%, IFMS minder dan 44%)*

- Indien zowel de deelname aan het jaargesprek als het IFMS-evaluatiegesprek laag scoort:
  - Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
  - Welk percentage deelname streeft het ziekenhuis na voor beide of één van beide systemen? Hoe denkt het ziekenhuis dit te bereiken? Welke rol heeft de bestuurder hierin? Welke rol heeft het stafbestuur?
  - Welke belemmeringen waren er om dit percentage te halen?
- Indien alleen het jaargesprek of het IFMS-gesprek relatief laag scoort:
  - Welk beleid voert het ziekenhuis ten aanzien van de jaargesprekken/IFMS-gesprekken?
  - Welk percentage deelname streeft het ziekenhuis na? Hoe denkt het ziekenhuis dit te bereiken? Welke rol heeft de bestuurder hierin? Welke rol heeft het stafbestuur?

---

[141] <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/nieuwe-eisen-voor-herregistratie.htm> (geraadpleegd op 29 augustus 2016).

---

[142] Mits niet dubbel geteld.



*De som van deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief hoog<sup>[143]</sup>  
(voor 2015: jaargesprek 100%, IFMS 100%)*

- Hoe heeft het ziekenhuis deze hoge deelname bereikt?
- Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen?<sup>[144]</sup>
  - 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?
- Welke informatiebronnen worden gebruikt?
  - 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*

- Zijn jaargesprekken en het IFMS beide ingevoerd of wordt één gesprek onder beide noemers geteld?
  - Hoe geeft het ziekenhuis de gesprekken vorm?
- Welke rol speelt het (medisch) 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?

---

[143] Mits niet dubbel geteld.

---

[144] De inspectie heeft de ervaring bij navraag in de ziekenhuizen dat de 100% vrijwel altijd niet werkelijk wordt gehaald.

## 18 Volume

U vindt de omschrijving van volume en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 18. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

Onder volume wordt in dit geval verstaan het aantal ingrepen van een bepaald type dat is uitgevoerd. Het risico hier is vooral onvoldoende volume, leidend tot onvoldoende ervaring met hoogrisico verrichtingen (zowel diagnostisch als therapeutisch), als een mogelijke indicator voor onvoldoende vertrouwen van verwijzers in de locatie waar naartoe niet meer verwezen wordt. Dit onderdeel heeft een directe relatie met vraagstukken rond profielkeuzes van ziekenhuizen, taakverdeling en concentratie. Die zijn regelmatig genoemd als risico. Zij zijn besproken in de desbetreffende hoofdstukken, waaronder Hart en vaten en Oncologie.

Op termijn zal dit als specifiek hoofdstuk verdwijnen, nu de volume indicatoren voor verrichtingen hun doel(en) hebben bereikt.

## 19 Onverwacht lange opnameduur en heropname

U vindt de omschrijving van onverwacht lange opnameduur (OLO) en heropname en de indicatoren die binnen dit hoofdstuk een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 19. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan risico's voor de kwaliteit van zorg.

De risico's die in de eerdere hoofdstukken genoemd zijn kunnen leiden tot een langere opnameduur en heropnames. Bij een onverwacht hoog aantal heropnames of veel patiënten is er aanleiding om op zoek te gaan welke problemen hebben geleid tot deze uitslag. Dit zal meestal gebeuren in samenhang met andere indicatoren, zoals de HSMR.

## 19.1 Onverwacht lange opnameduur en heropname

U vindt de omschrijving van de indicator onverwacht lange opnameduur (OLO) in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2015, hoofdstuk 19.1. De indicator Heropnamen, te vinden in basisset 2015, hoofdstuk 19.2, is niet uitgevraagd. Uitleg hierover is te vinden in de aandachtspunten van dit hoofdstuk.

### Indicator

- Onverwacht lange opnameduur.

### Resultaten

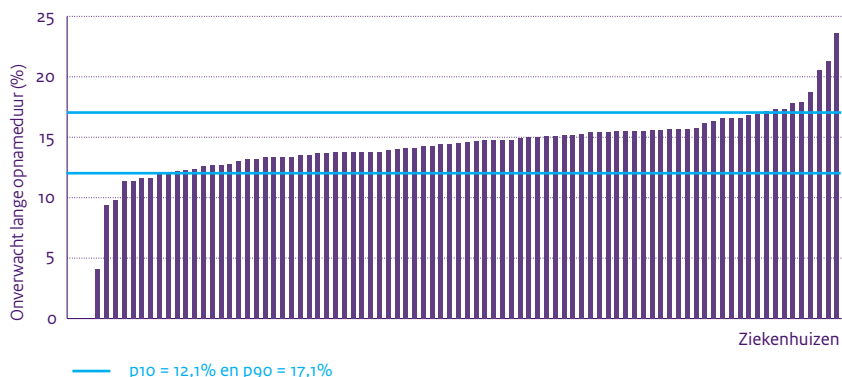
Dutch Hospital Data heeft voor 88 ziekenhuizen de onverwacht lange opnameduur kunnen berekenen. Drie van deze ziekenhuizen hebben geen resultaten aangeleverd: het St. Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg), het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) en het UMCG<sup>[145]</sup> (Groningen). Het UMCG gaf geen toelichting. De andere twee ziekenhuizen gaven beiden de volgende toelichting: *De OLO's voor locatie ETZ TweeSteden en locatie ETZ Elisabeth wijken nadrukkelijk af van de OLO's van afgelopen jaren. Analyse van de totstandkoming van de OLO 2015 is noodzakelijk met behulp van de rapportage LBZ-indicatoren. Beoordeling van de OLO's van het ETZ Elisabeth en ETZ TweeSteden moet, vanwege het fusieproces en lateralisatie van zorg, in samenhang worden uitgevoerd. Daarbij zal gebruik worden gemaakt van de indicator 'Lange verpleegduur', zoals die door beide ziekenhuizen wordt gemonitord in een apart softwareprogramma. De uitkomsten van de OLO's en indicator 'Lange verpleegduur' komen niet overeen en geven een tegengesteld resultaat. Aanlevering van OLO's is op het moment dan ook niet zinvol. Zie ook figuur 19.1.1.*

Gemiddeld werden 2.976 patiënten langer opgenomen dan verwacht, in 2014 waren dit 2.798 patiënten. Dat is gemiddeld 14,6%, een stijging van 0,7% ten opzichte van 2014.

---

[145] Het UMCG meldt dat er van uitgegaan is dat na in het portal akkoord gegaan te zijn met doorlevering van de getallen door DHD dit automatisch in Ziekenhuizen transparant zou worden opgenomen. Helaas is dit ergens fout gegaan. Klinische opnames: 33.430; opnameduur 50% langer dan verwacht: 7.983; OLO percentage 23,9%

Figuur 19.1.1  
**Percentage patiënten met een onverwacht lange opnameduur (n=85)**



### Aandachtspunten

#### *Indicator Heropnamen niet uitgevraagd over verslagjaar 2015*

Over het verslagjaar 2015 is besloten de indicator Heropnamen niet uit te vragen (zie: Erratum basisset 2015). Dit betekent dat ziekenhuizen in 2016 geen data hoeven aan te leveren voor deze indicator over registratiejaar 2015. De inspectie heeft in overleg met de NVZ en NFU de uitvraag naar de indicator heropnamen een jaar uitgesteld. De reden hiervoor is dat de indicator Heropnamen (zoals deze in basisset 2015 staat) nog niet gereed was voor toezicht doeleinden. Momenteel wordt onderzoek gedaan naar de doorontwikkeling van deze indicator. De eerste uitkomsten van dit onderzoek hebben ervoor gezorgd dat de vernieuwde indicator Heropnamen opgenomen kon worden in basisset 2017. De eerste data van deze vernieuwde indicator Heropnamen zal begin juni 2018 bij de inspectie bekend zijn.

### Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

*Het percentage patiënten met een langere opnameduur dan verwacht is relatief hoog (voor 2015: meer dan 17,1%)*

- Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom de opnameduur relatief hoog is en bij welke patiëntengroepen?
- Past dit cijfer bij het profiel van het ziekenhuis en de trend die het ziekenhuis heeft gezien in de afgelopen jaren?
- Welke verbetermaatregelen neemt het ziekenhuis?
- Wat is de uitslag voor de onverwacht lange opnameduur?

*Het percentage patiënten met een langere opnameduur dan verwacht is relatief laag (voor 2015: minder dan 12,1%)*

- Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom de opnameduur relatief laag is?
- Past dit cijfer bij het profiel van het ziekenhuis en de trend die het ziekenhuis heeft gezien in de afgelopen jaren?
- Wat is de HSMR?

*Het ziekenhuis heeft een eigen methode voor status onderzoek*

- Heeft het ziekenhuis inzicht in het type problemen dat met deze methode opgespoord kan worden?
- Wat is de sensitiviteit en specificiteit van de methode?

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

# 2015

Het resultaat telt  
ziekenhuizen

Gezond  
vertrouwen

