

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



Het resultaat telt 2004

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

Den Haag, april 2006

Inhoudsopgave

Het resultaat telt 5

- 1 Wat levert het gebruik van prestatie-indicatoren op? 7**
 - 1.1 Onderbouwd beeld van kwaliteit van zorg 7
 - 1.2 Jaargesprekken 7
 - 1.3 Belang van prestatie-indicatoren onderkend 7
 - 1.4 Stimulans om te komen tot richtlijnen 8
 - 1.5 Openbaarheid heeft effect 8
 - 1.6 Gerichter toezicht mogelijk 9
 - 1.7 Markante onderzoekresultaten 9

- 2 Thermometer 11**

- 3 Gebruik en ontwikkeling prestatie-indicatoren in de komende jaren 16**
 - 3.1 Risico-gestuurd en effectief toezicht 16
 - 3.2 Wanneer nader onderzoek 16
 - 3.3 Trends 17
 - 3.4 Samenwerkingsovereenkomst 18
 - 3.5 Gebruik en aanscherping als continu proces 18
 - 3.6 Opname in Jaardocument zorg 18

- 4 Werkwijze en verantwoording 19**
 - 4.1 Vooronderzoek: literatuurstudie en overleg met wetenschappelijke verenigingen 19
 - 4.2 Output: eerste set prestatie-indicatoren 19
 - 4.3 Dataverzameling 20
 - 4.4 Verwerking en interpretatie van de data 20
 - 4.5 Leeswijzer 21

- 5 Resultaten 23**
 - I Ziekenhuisbrede indicatoren 23**
 - I.1 Decubitus 23
 - I.2 Bloedtransfusies 31
 - I.3 Medicatieveiligheid 37
 - I.4 Zorg Informatie en Communicatietechnologie (ICT) 45
 - I.5 Postoperatieve wondinfecties 51
 - I.6 Complicatieregistratie, inclusief complicatieregistratie bij cataractoperaties 57

II	Indicatoren hoogerisico afdelingen	63
II.1	Pijn na operatie	63
II.2	Volume van risicovolle interventies	71
II.3	Cholecystectomie	77
II.4	Afgezegde operaties	83
II.5	Ongeplande heroperaties	91
II.6	Intensive Care	97
III	Indicatoren bij specifieke aandoeningen of ingrepen	107
III.1	Zwangerschap	107
III.2	Diabetes mellitus	117
III.3	Hartfalen	129
III.4	Sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct	135
III.5	Cerebrovasculair accident	143
III.6	Heupfractuur	151
III.7	Mammatumor	157
Bijlage 1	Literatuuroverzicht	163
Bijlage 2	Lijst van ziekenhuizen	164
Bijlage 3	Lijst van afkortingen	169
Bijlage 4	Samenwerkingsovereenkomst IGZ-NVZ-NFU-Orde	170

Het resultaat telt

Met dit rapport, het tweede in rij, presenteert de inspectie de resultaten en interpretaties die de prestatie-indicatoren van de ziekenhuizen over 2004 hebben opgeleverd. De gegevens per ziekenhuis, waarop deze resultaten zijn gebaseerd, zijn vermeld op een cd-rom die aan dit rapport is toegevoegd.

De gezamenlijk met het veld ontwikkelde prestatie-indicatoren en de scores van de ziekenhuizen daarop geven inzicht in de kwaliteit van onderdelen van verleende zorg. Met behulp van deze gegevens krijgt de inspectie zicht op de grootste risico's voor patiënten en kan zij prioriteit aanbrengen in het toezicht door daar waar dat uit oogpunt van patiëntveiligheid het hardst nodig is, nadere vragen te stellen of onderzoek te doen.

Sinds de eerste cyclus is de belangstelling voor prestatie-indicatoren sterk toegenomen. Wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen interne indicatoren voor gebruik binnen de beroepsgroep om de kwaliteit van hun eigen handelen en de effectiviteit van ontwikkelde richtlijnen te monitoren. Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelt prestatie-indicatoren voor de kwaliteit van de zorg die zij inkoop. De indicatoren, opgesteld door patiëntenverenigingen, leiden tot een grotere transparantie in de zorg en meer keuzemogelijkheid voor de patiënt.

De ontwikkeling van indicatoren door veel verschillende partijen kan ook tot doublures en overdaad leiden en daarmee contraproductief worden. Regie op dit onderwerp is geboden. Door de prominente plaats van de Basisset prestatie-indicatoren ligt het voor de hand dat de inspectie deze regisseursrol blijft vervullen. Om de administratieve lastendruk voor ziekenhuizen te verminderen, ook in relatie tot transparantie en verantwoording, zullen de prestatie-indicatoren vanaf 2006 deel uitmaken van het *Jaardocument maatschappelijke verantwoording*. De ziekenhuizen hoeven zodoende jaarlijks slechts éénmaal relevantie informatie te verstrekken.

Ook de aandacht in de media heeft bijgedragen aan de groeiende belangstelling voor de indicatoren. In 2004 publiceerde een landelijk dagblad voor het eerst een ranglijst van de Nederlandse ziekenhuizen, op basis van de ruwe gegevens van de Basisset 2003. Deze rangorde van ziekenhuizen heeft ertoe geleid dat de betrokkenheid van ziekenhuisdirecties is toegenomen, waardoor zowel de hoeveelheid gegevens als ook de kwaliteit van deze gegevens positief is beïnvloed.

De inspectie vermeldt in dit rapport geen ranglijst van ziekenhuizen. Een ziekenhuis is een complexe organisatie waar diagnostiek, behandeling en zorg van patiënten met een grote diversiteit van aandoeningen plaatsvindt. Een 'waardeoordeel' over het gehele ziekenhuis doet geen recht aan deze verscheidenheid. Bovendien is het belang van de inspectie dat in *alle* ziekenhuizen, ongeacht welke rangorde dan ook, zorg wordt geleverd van voldoende niveau.

Voor het ontwikkelen en onderhouden van de prestatie-indicatoren is samenwerking tussen de wetenschappelijke verenigingen, de (academische) ziekenhuizen en de inspectie van groot belang. Hiertoe hebben de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, de Orde van Medische Specialisten en de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 19 december 2005 een samenwerkingsovereenkomst getekend. Aan de overeenkomst is een protocol gehecht waarin de procedure beschreven staat.

Prestatie-indicatoren leveren veel discussie op, zowel wat betreft de methodiek als de inhoud. De inspectie beschouwt deze discussie als een welkome bijdrage aan de ontwikkeling van indicatoren en veldnormen, die vervolgens van positieve invloed zijn op de kwaliteit van de zorgverlening.

Prof. dr. J.H. Kingma

Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg tot 1 februari 2006

1 Wat levert het gebruik van prestatie-indicatoren op?

De belangrijkste conclusies

1.1 Onderbouwd beeld van kwaliteit van zorg

Prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen geven een indicatie van de kwaliteit en veiligheid van de zorg die ziekenhuizen leveren. De kwaliteit van zorgverlening lijkt in ziekenhuizen sterk te verschillen. Dit kan veroorzaakt worden door verschillende meetmethoden, interpretatieverschillen of daadwerkelijke verschillen in kwaliteit. Prestatie-indicatoren geven een ruwe schatting van de situatie; voor een adequaat oordeel is altijd aanvullende informatie of onderzoek nodig.

1.2 Jaargesprekken

Mede met het oog op de noodzaak van aanvullende informatie zijn het afgelopen jaar (en uitlopend in dit jaar) met alle ziekenhuizen zogenoemde jaargesprekken gevoerd. Het belangrijkste onderwerp van deze bijeenkomsten met de Raad van Bestuur, bijna altijd in aanwezigheid van betrokken zorgverleners, is de bespreking van het resultaat van de Basisset 2003 en 2004 van het betreffende ziekenhuis.

Tijdens deze gesprekken worden afspraken gemaakt over de acties die het ziekenhuis, indien noodzakelijk, zal ondernemen naar aanleiding van de scores. Tevens kan het ziekenhuis een nadere toelichting geven op de verstrekte gegevens.

1.3 Belang van prestatie-indicatoren onderkend

Uit de jaargesprekken blijkt dat zowel management als staf het onderwerp prestatie-indicatoren duidelijk op de agenda heeft staan. Meer nog dan in 2003 neemt de Raad van Bestuur de verantwoordelijkheid voor de resultaten van de Basisset. Dit blijkt onder andere uit het feit dat meer gegevens per indicator worden aangeleverd en uit de kwaliteit van de gegeven toelichtingen.

Indicatoren krijgen in toenemende mate een rol in de dialoog tussen directie en medische staf over de richting waarin het beleid van het ziekenhuis zich ontwikkelt, bijvoorbeeld ten aanzien van keuzes over de aard en omvang van het aanbod van voorzieningen.

De groeiende marktwerking maakt dat ook ziekenhuizen behoefte hebben aan informatie over de kwaliteit van zorg. In de basisset is een aantal indicatoren opgenomen, die zich richten op zorgvernieuwingsprocessen. Deze bieden ziekenhuizen

de mogelijkheid zich te profileren en kunnen als inzet dienen bij de onderhandeling over zorginkoop.

Ziekenhuizen nemen op geleide van de prestatie-indicatoren ook maatregelen om de kwaliteit van de zorg en de zorgprocessen te verbeteren. Structuur- en proces indicatoren blijken hierin een betere aanjaagfunctie te hebben dan de specifieke uitkomstindicatoren.

Het tweede jaar van de prestatie-indicatoren laat dan ook vooral zien dat processen zijn veranderd. Voor een daarmee samenhangende verbetering van uitkomsten is het nog te vroeg.

1.4 Stimulans om te komen tot richtlijnen

Een aantal indicatoren heeft binnen de beroepsgroepen een discussie teweeggebracht over de urgentie om te komen tot richtlijnen en normen.

Zo is het minimum aantal operaties bij slokdarmkanker (OCR) dat nodig is om de vaardigheid te behouden, vastgesteld op 10 ingrepen per jaar per ziekenhuis.

Ziekenhuizen conformeren zich hieraan en maken hierover regionale afspraken.

Een voorstel voor een minimum aantal operaties bij een verwijde buikslagader, nodig om de vaardigheid te behouden (15 ingrepen per jaar per ziekenhuis), is momenteel in bespreking.

1.5 Openbaarheid heeft effect

De openbaarheid van de gegevens en de media-aandacht voor de scores op de prestatie-indicatoren hebben wellicht het grootste effect gesorteerd. Vele malen wordt door de ziekenhuizen de positie van het ziekenhuis in de top 100 van het Algemeen Dagblad genoemd als een belangrijke prikkel om prestaties te verbeteren. In een enkele situatie is het bereiken van een hoge plaats op deze rangorde opgenomen in het beleids(jaar)plan van het ziekenhuis.

De gegevens uit de Basisset prestatie-indicatoren worden ter beschikking gesteld aan de website www.KiesBeter.nl. Het raadplegen van deze website zou patiënten beter in staat kunnen stellen tot het maken van een beredeneerde keuze voor een ziekenhuis(afdeling). De gegevens dienen daartoe echter wel beter toegankelijk gemaakt te worden.

Een aanzet daartoe is inmiddels gegeven door de Consumentenbond en door het opstellen van verklarende ‘factsheets’ door de Orde van Medisch Specialisten.

1.6 Gerichter toezicht mogelijk

De prestatie-indicatoren maken het toezicht slagvaardig. Zij zijn openbaar en dit stimuleert ziekenhuizen tot 'spontaan' beleid om risico's te detecteren en te minimaliseren. Bij nog persisterende risico's voor de veiligheid en kwaliteit van zorg kan de inspectie snel en vooral gericht ingrijpen.

1.7 Markante onderzoekresultaten

Ziekenhuizen leverden over 2004 meer en betere gegevens dan over 2003

Gegevens over de uitkomst van zorg geven niet alleen de inspectie maar vooral de ziekenhuizen zelf meer inzicht in de kwaliteit van de verleende zorg:

- Openbaarheid over de sterfte na myocardinfarct en na CVA is verdubbeld. Hierbij kunnen veel meer ziekenhuizen differentiëren naar leeftijd of oorzaak.
- Gegevens over heropnames bij patiënten met hartfalen zijn toegenomen met bijna 50 procent.
- Vrijwel alle ziekenhuizen kunnen nu gegevens aanleveren over het tijdsverloop tussen opname en operatie bij ouderen met een heupfractuur.
- Veel meer ziekenhuizen dan in 2003 meten het effect van de geïntegreerde diabetespolikliniek: tweederde registreert een gemiddelde HbA1c waarde en de helft hiervan maakt hierbij onderscheid tussen type I en type II.
- Meer dan 80 procent van de ziekenhuizen registreert hoeveel patiënten decubitus hebben.
- Vrijwel alle ziekenhuizen beschikken over gegevens over transfusiereacties.
- De vermelding dat iets voor honderd procent van de patiënten geldt, zonder onderbouwing met cijfers, komt bijna niet meer voor.
- Meer dan in 2003 wordt in de toelichtingen aan de hand van gegevens over patiëntenpopulaties geschetst hoe de resultaten tot stand zijn gekomen.

Prestatie-indicatoren geven een impuls aan verbetering van de kwaliteit van zorg

Deelname aan landelijke kwaliteitssystemen is toegenomen:

- LPOD-registratie voor decubitus (65% van alle ziekenhuizen).
- TRIP-registratie voor bloedtransfusiereacties (96% van alle ziekenhuizen).

De inspectie kan veldnormen benoemen voor de volgende aspecten van zorg, omdat zij inmiddels in meer dan 80 procent van de ziekenhuizen aanwezig zijn, zoals:

- Het bewaken en registreren van transfusiereacties via de TRIP-registratie.
- Het uitvoeren van gestandaardiseerde postoperatieve pijnmetingen.
- Het registreren van decubitusprevalentie.

- Het gebruik van de CDC/WIP-criteria bij de registratie van postoperatieve wondinfecties.
- De aanwezigheid van een stroke service en stroke unit in het eigen ziekenhuis of in de regio.
- Landelijke, gestandaardiseerde registratie van gegevens over zwangerschap.

Prestatie-indicatoren laten zien waar het (nog) niet goed gaat

- De geautomatiseerde beschikbaarheid van informatie over voorgeschreven medicatie is nog steeds zeer beperkt. Naar verwachting is een integraal medicatie-dossier niet vóór 1 januari 2007 realiseerbaar.
- De sterfte bij patiënten die al uit het ziekenhuis ontslagen zijn (bijvoorbeeld 180-daagse sterfte na opname voor CVA) is voor ziekenhuizen moeilijk te achterhalen. Naar verwachting zal de invoering van het Burger Service Nummer hierin verbetering brengen.
- Tussen ziekenhuizen bestaat nog altijd een grote variatie in beschikbaarheid van geautomatiseerde gegevens en ordercommunicatie.
- Het registreren van complicaties in een landelijk systeem is nog geen gemeengoed.
- Visitatie van intensive care afdelingen door de beroepsgroep is nog niet overal gebruikelijk. Met name in de level II afdelingen blijft visitatie achter.
- Uitgaande van de minimaal benodigde formatie intensivisten die vereist is om continuïteit van zorg te bieden, overschatten veel ziekenhuizen het niveau van de IC-zorg die zij kunnen bieden. Dit vormt een directe bedreiging voor de veiligheid van de patiëntenzorg.

2 Thermometer

In tabel 1 t/m 3 zijn de belangrijkste gegevens van de geanalyseerde indicatoren samengevat.

De eerste kolom (beschikbaar/bekend in %) geeft aan bij hoeveel procent van de ziekenhuizen in 2004 een gegeven bekend is of bij hoeveel procent een voorziening beschikbaar is. Tussen haakjes zijn de percentages van 2003 opgenomen. Bijvoorbeeld 89 procent van de ziekenhuizen neemt in 2004 deel aan TRIP (85% in 2003) en in 86 procent van de ziekenhuizen is het aantal transfusiereacties per 1.000 patiënten bekend (64% in 2003).

Bij een groot deel van de indicatoren wordt naar cijfers gevraagd. Bij die indicatoren staat in de tweede kolom het gemiddelde; in de derde kolom de mediaan; in de vierde kolom de minimale waarde en in de vijfde kolom de maximale waarde over 2004. Bijvoorbeeld oogheelkundige controles vinden plaats bij gemiddeld 72 procent van de diabetespatiënten. De mediaan is 69,8; dat wil zeggen dat in de helft van de ziekenhuizen minder dan 69,8 procent van de diabetespatiënten een oogheelkundige controle kreeg, in de andere helft was dit bij meer dan 69,8 procent het geval.

Daar waar van toepassing is in de zesde kolom het aantal patiënten genoemd waarop de gegevens betrekking hebben. In enkele gevallen is dat het aantal eenheden, ingrepen of het aantal bepalingen. Bij bloedtransfusiereacties staat hier achtereenvolgens dat zij zijn berekend voor 143.338 patiënten die een bloedproduct kregen en voor 726.629 getransfundeerde eenheden.

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

Op deze wijze is snel na te gaan wat het resultaat van een indicator is. Daarnaast is deze lijst te gebruiken als een onafhankelijke graadmeter van de kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen, samen met de markante onderzoekresultaten uit de conclusies.

Tabel 1

I Indicatoren ziekenhuisbreed

	Beschikbaar/ Bekend in 2004 (2003) in %	Uitkomst				Aantal patiënten/ eenheden
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum	
I.1 Decubitus						
Systematische decubitusregistratie	86 (82)					
Prevalentie decubitus, onderzochte patiënten	81	7,5%	6,3%	1,4%	22,9%	19.001
Prevalentie decubitus, opgenomen patiënten	67 (69)	5,7%	5,2%	1,1%	15,8%	66.192
Incidentie van decubitus bij totale heupvervangning	47	4,0%	1,0%	0%	26,7%	8.678
I.2 Bloedtransfusiereacties						
Deelname TRIP	89 (85)					
Transfusiereacties per 1.000 patiënten	86 (64)	0,3‰	0	0	14,6‰	143.338
Transfusiereacties per 1.000 eenheden	93 (87)	0,1‰	0	0	1,5‰	726.629
I.4 Zorginformatie en communicatietechnologie (ICT)						
Aantal geautomatiseerde functies voor inzage in kliniek	87 (100)	6,3	7	0	10	
Aantal geautomatiseerde functies voor inzage op de polikliniek	87 (100)	6,2	7	0	10	
Aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders in kliniek	87 (97)	1,5	1	0	9	
Aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders op polikliniek	87 (94)	1,4	1	0	11	
I.5 Wondinfectieregistratie						
Wondinfectieregistraties	80 (84)					
Incidentie- of prevalentieonderzoek	64					
I.6 Complicatieregistraties per ziekenhuis						
	91 (81)	22,9	18,2	0	100	

Tabel 3

III Indicatoren bij specifieke aandoeningen of ingrepen

	Beschikbaar/ Bekend in 2004 (2003) in %	Uitkomst			Aantal patiënten/ bepalingen
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum	
III.1 Zwangerschap					
Aantal bevallingen per praktijk	92 (90)	1.232	1.140	296	112.170
VOKS-percentage	75 (34)				
III.2 Diabetes mellitus					
Geïntegreerde diabeteszorg	88 (68)				
Gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar					
Type I	32	2,9	2,7	1,2	9.525
Type II	32	2,8	2,7	1,1	34.579
Geen onderscheid in type	36	1,8	2,0	0	59.258
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling					
Type I	32 (3)	7,9	7,7	6,8	9.525
Type II	32 (3)	7,7	7,7	5,9	34.579
Geen onderscheid in type	36 (21)	7,2	7,3	0	59.258
Oogheelkundige controle	47 (14)	72,0%	69,8%	4,1%	71.137
III.3 Hartfalen					
Hartfalenpoli	81 (77)				
Heropname hartfalen jonger dan 75 jaar	59 (39)	11,1%	9,5%	0%	6.541
Heropname hartfalen 75 jaar en ouder	59 (39)	9,5%	8,0%	0%	8.621

	Beschikbaar/ Bekend in 2004 (2003) in %	Uitkomst			Aantal patiënten
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum	
III.4 Acuut myocardinfarct (AMI)					
Ziekenhuissterfte AMI <65 jaar	31 (26)	3,1%	2,9%	0,9%	4.167
Ziekenhuissterfte AMI 65 jaar en ouder	31 (26)	14,3%	14,0%	8,1%	5.271
30-Daagse sterfte AMI <65 jaar	35	3,5%	2,9%	0%	4.699
30-Daagse sterfte AMI 65 jaar en ouder	35	13,2%	13,2%	1,6%	5.842
90-Daagse sterfte AMI <65 jaar	22 (17)	4,0%	3,8%	0%	3.938
90-Daagse sterfte AMI 65 jaar en ouder	24 (17)	15,7%	16,2%	0%	4.622
III.5 Cerebrovasculair accident (CVA)					
Strokeservice/unit	88 (93)				
Sterfte ischemisch CVA < 65 jaar	60 (30)	4,3%	3,8%	0%	3.554
Sterfte ischemisch CVA 65 jaar en ouder	60 (30)	15,9%	14,5%	6,1%	9.942
Sterfte hemorrhagisch CVA < 65 jaar	60 (30)	16,8%	14,3%	0%	828
Sterfte hemorrhagisch CVA 65 jaar en ouder	58 (30)	35,6%	34,6%	4,2%	2.017
III.6 Heupfractuur					
Percentage <24 uur geopereerd, ASA 1-2	22	86,6%	93,5%	16,2%	1.665
Percentage <24 uur geopereerd, ASA 3-5	21	75,8%	82,0%	8,1%	1.217
Percentage <24 uur geopereerd, geen onderscheid in ASA	59 (59)	78,4%	81,9%	24,6%	8.194
III.7 Mammatumor					
Mammapoli	87 (78)				
Percentage diagnose < 5 dagen	68 (31)	85,4%	90,7%	30,3%	269.423

3 Gebruik en ontwikkeling prestatie-indicatoren in de komende jaren

3.1 Risico-gestuurd en effectief toezicht

De Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) bepaalt dat de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk is voor het verlenen van verantwoorde zorg. De wet verstaat hieronder zorg van een goede kwaliteit: effectief, veilig en patiëntgericht. Zorg die niet effectief, niet veilig of niet patiëntgericht is, vergroot de kans op ongewenste uitkomsten, of op, zoals de Engelsen zeggen, Death, Disease, Disability, Discomfort en Dissatisfaction. De inspectie houdt toezicht op de zorg en in het kader van overheidsbreed beleid^[1] doet zij dat selectief en risicogericht. Zij hanteert daarbij een risicoprofiel gebaseerd op de ernst van mogelijke ongewenste effecten en de kans dat ze optreden (ernst x frequentie).

Bij de introductie van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen heeft de inspectie drie belangrijke doelen voor ogen gehad.

Allereerst indicatoren te ontwikkelen als instrument om efficiënter en effectiever toezicht te houden op een complex gezondheidszorgveld. Ten tweede indicatoren te ontwikkelen als middel om kwaliteitsbewustzijn te bevorderen. Ten derde indicatoren te ontwikkelen om op een globale wijze de resultaten van de geleverde zorg openbaar te maken.

Bij een efficiënter en effectiever toezicht nemen de toezichtlasten voor de ziekenhuizen af. Immers, op basis van de resultaten van de Basisset wordt alleen daar geïntervenieerd, waar dat noodzakelijk is.

Daarnaast krijgen professionals en bestuurders binnen de ziekenhuizen met de resultaten van de prestatie-indicatoren niet alleen de eigen ziekenhuiscijfers, maar ook die van de benchmark onder ogen, waardoor een drive ontstaat om, meer nog dan voorheen, kritisch te kijken naar de eigen kwaliteit. Tenslotte wordt door de inzet van indicatoren transparantie bevorderd. Transparantie is voor het ziekenhuis belangrijk omdat men, door middel van een toelichting, publiekelijk kan uitleggen waarom men als ziekenhuis per indicator een bepaalde score haalt.

3.2 Wanneer nader onderzoek

De inspectie ziet de resultaten van de Basisset als signaal, op basis waarvan nader onderzoek kan worden verricht. De resultaten van dat onderzoek leiden zonnodig tot het nemen van die maatregelen die de wet de inspectie toestaat.

[1] Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De kaderstellende visie op toezicht; minder last, meer effect www.anderoverheid.nl

De inspectie hanteert bij haar overweging om nader onderzoek in te stellen zoveel mogelijk de normen en richtlijnen die het veld stelt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de indicator die gaat over de levelindeling van de intensive care of voor de indicator die vraagt naar het aantal oesophaguscardiaresecties. Bij de meeste indicatoren is echter nog geen eenduidige richtlijn geformuleerd en deze is in de nabije toekomst ook nog niet te verwachten. In deze gevallen legt de inspectie de grens bij de 10 procent van de ziekenhuizen die zich ten aanzien van een bepaalde indicator aan de ondergrens (p90) of aan de bovengrens (p10) bevinden.

Bij de beoordeling van de resultaten wordt gekeken of een ziekenhuis dat boven de p90 scoort, correct heeft gemeten. Als de meting correct is, wordt nagegaan of er een gegronde reden is voor dit resultaat. Bij ziekenhuizen onder de p10 wordt eveneens gekeken of op een juiste wijze is gescoord. Indien dit het geval is wordt nagegaan op welke wijze men dit goede resultaat heeft bereikt, ten einde de toegepaste methode(en) elders uit te dragen (best practice).

Bovengenoemd nader onderzoek vindt plaats in het zogenaamde jaargesprek van de inspectie met het ziekenhuis. In dit jaargesprek worden de gewogen resultaten van het onderzoek, in samenhang met andere onderzoeksresultaten zoals verkregen door thematisch en interventie-onderzoek, gebundeld tot een finale rapportage over het ziekenhuis. In dit rapport geeft de inspectie zonnodig aan welke maatregelen door het ziekenhuis moeten worden genomen.

3.3 Trends

Met het voorliggende rapport beschikt de inspectie over geaggregeerde resultaten van de prestatie-indicatoren over de jaren 2003 en 2004.

Het jaar 2003 was een pilotjaar met indicatoren die, zoals bij nadere analyse bleek, onvoldoende eenduidig gedefinieerd waren. In 2004 is een beperkt aantal indicatoren gewijzigd of zelfs helemaal komen te vervallen. Er zal dan ook nog uiterst voorzichtig omgegaan moeten worden met conclusies die verbonden worden aan mogelijke trends. Daar waar het toch mogelijk is trends aan te geven, zal de inspectie deze beschrijven en daaraan een aparte publicatie wijden. In de toekomst, wanneer over een aantal achtereenvolgende jaren de resultaten van ongewijzigde indicatoren bekend zijn, zullen trends betrouwbaarder kunnen worden weergegeven dan nu het geval is.

Voor het vaststellen van verbanden tussen verschillende indicatoren onderling geldt hetzelfde als voor het opstellen van trends. De betrouwbaarheid zal in de komende jaren ook hiervoor toenemen. Tenslotte zal de inspectie het komende jaar onderzoek doen naar de correlatie tussen de resultaten van bepaalde indicatoren uit dit rapport, bijvoorbeeld zoals die tussen de hoogrisico ingrepen en het level van de intensive care, en zal zij hierover waar mogelijk publiceren.

3.4 Samenwerkingsovereenkomst

Op 19 december 2005 zijn tussen de inspectie enerzijds en de koepels anderzijds samenwerkingsafspraken gemaakt. Ten aanzien van de ontwikkeling en samenstelling van de Basisset prestatie-indicatoren wordt verwezen naar de samenwerkingsovereenkomst in bijlage 4.

Met deze afspraken maakt de inspectie duidelijk veel belang te hechten aan een nauwe samenwerking met de koepels en de professionals in de zorg ten aanzien van de ontwikkeling en het onderhoud van de Basisset. De professionals in de zorg zijn met name betrokken bij de ontwikkeling van indicatoren over de geleverde zorg binnen het vakgebied waarover zij verantwoording afleggen. Indicatoren die zoveel mogelijk gebaseerd worden op evidence based richtlijnen en vice versa. Op den duur ontstaat hiermee een continu proces van vernieuwing, verbetering en verantwoording met behulp van indicatoren. Een proces dat gedragen en uitgevoerd wordt door 'het veld' en waarin de toezichthouder dient als regisseur.

3.5 Gebruik en aanscherping als continu proces

De set prestatie-indicatoren die thans in gebruik is, is geen statisch gegeven. Vanzelfsprekend zal zij kritisch geëvalueerd worden. Waar nodig worden verbeteringen aangebracht en vindt aanscherping van definities plaats. In 2007 wordt maximaal 25 procent van de huidige indicatoren die geen discriminerende waarde (meer) hebben, vervangen door andere.

Een indicator die op enig moment geen discriminerende waarde meer heeft, kan na zekere tijd weer terugkeren in de Basisset. Dit bijvoorbeeld als ziekenhuizen de extra aandacht aan het door de indicator bestreken gebied verloren hebben; deze indicator brengt dan als 'booster' gedurende één of twee jaar de ziekenhuizen weer terug bij de les.

3.6 Opname in Jaardocument zorg

Vanaf 2006 zullen de prestatie-indicatoren opgenomen worden in het *Jaardocument zorg*. Het Jaardocument stelt de ziekenhuizen in staat in één keer en op geïntegreerde wijze te voldoen aan alle jaarlijkse (wettelijke) verantwoordingsverplichtingen. Dat betekent voor de ziekenhuizen een aanzienlijke administratieve lastenverlichting.

4 Werkwijze en verantwoording

4.1 Vooronderzoek: literatuurstudie en overleg met wetenschappelijke verenigingen

Vanuit de wens het toezicht efficiënter, effectiever en op basis van risicoselectie uit te voeren, heeft de inspectie in 2002 besloten om outcome-gegevens van de ziekenhuizen te verzamelen. Deze gegevens moesten zodanig van karakter zijn, dat zij een indicator vormen voor de mate waarin verantwoorde zorg wordt geleverd. Er is literatuuronderzoek verricht naar het gebruik van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg in de Verenigde Staten, Canada, Australië, Engeland en Zweden. De indicatoren uit de buitenlandse projecten zijn in kaart gebracht en ter beoordeling op mogelijke bruikbaarheid in Nederland voorgelegd aan experts. Dit waren deels medisch specialisten die één of meerdere indicatoren op het terrein van hun specialisme onder de loep namen. Voor een ander deel vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en koepelorganisaties, aan wie de hele set van indicatoren ter beoordeling werd voorgelegd. Daarnaast heeft de inspectie met de wetenschappelijke verenigingen van verschillende disciplines van medische specialismen intensief overlegd om te komen tot betrouwbare indicatoren. Een belangrijk criterium daarbij was dat de te verstrekken data al zoveel mogelijk door de ziekenhuizen of de specialismen werden geregistreerd, waardoor deze gegevens in feite al beschikbaar waren.

4.2 Output: eerste set prestatie-indicatoren

De zo ontwikkelde set indicatoren is vervolgens in een kort onderzoek op haalbaarheid getoetst. Dit alles resulteerde in een set prestatie-indicatoren bestaande uit drie groepen:

- 1 Ziekenhuisbrede indicatoren.
- 2 Indicatoren voor afdelingen met een hoog risico.
- 3 Aandoening- of interventiespecifieke indicatoren.

De per groep gerangschikte indicatoren kunnen verschillend van karakter zijn doordat zij iets zeggen over de uitkomst, de structuur of het proces van de zorgverlening.

Een belangrijk onderdeel van de indicator was de mogelijkheid van het ziekenhuis om aan de data een nadere toelichting te koppelen. Gebleken is dat deze toelichting onmisbaar is bij de beoordeling van de verstrekte gegevens.

Indicatoren die belangrijk worden geacht maar waarvan de haalbaarheid twijfelachtig

is omdat de bijbehorende gegevens nog niet worden geregistreerd, zijn in de Basisset als facultatieve indicatoren opgenomen.

Door de deelnemende koepelorganisaties is een aantal inhoudelijke indicatoren in het eerste deel van de Basisset ingevoegd. Daarnaast hebben de koepels enkele parameters opgenomen die van belang worden geacht voor verantwoording, sturing en benchmarking. Het gaat hierbij om vragen over bijvoorbeeld klachtbehandeling, wachttijden, verzuimpercentages, financiële positie, onderwijs en onderzoek. De gegevens die deze parameters hebben opgeleverd, zijn in dit inspectierapport niet verder uitgewerkt.

4.3 Dataverzameling

De set prestatie-indicatoren is toegestuurd aan 105 ziekenhuizen: acht academische ziekenhuizen en 94 algemene ziekenhuizen, waarvan negen locaties en drie categorale ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen hebben de set, voorzien van de gevraagde data, geretourneerd.

4.4 Verwerking en interpretatie van de data

De definitieve ziekenhuisdata, waarover de inspectie op 1 juni 2005 beschikte, zijn door de inspectie statistisch bewerkt en geanalyseerd. Bij de bewerking zijn gegevens soms aangepast. Bijvoorbeeld, als een ziekenhuis opgeeft dat iets bekend is, terwijl het gevraagde cijfers niet publiceert omdat hiervoor een tijdrovend dossieronderzoek nodig zou zijn, is het resultaat gewijzigd in 'bekend, geen cijfers'. Ook als het berekende percentage (teller/noemer) afwijkt van het opgegeven percentage of bij evidente vergissingen, zoals een IC-level dat nog gebaseerd is op een oude indeling, zijn aanpassingen gedaan.

Aan de hand van het beschikbare materiaal heeft de inspectie beoordeeld welke resultaten aanleiding geven tot nader inspectieonderzoek. Per indicator is aangegeven wanneer dat het geval is.

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 gaat dit om het ontbreken van gegevens en om resultaten die buiten de norm of, als een norm ontbreekt, buiten de verwachte range liggen. Sommige resultaten hebben betrekking op een kleine patiëntengroep en kunnen per jaar sterk variëren. Dit geldt bijvoorbeeld voor de sterftcijfers bij subgroepen patiënten met een hartinfarct of hersenbloeding. Sterftcijfers over één jaar zeggen in dit geval niets over de kwaliteit van de zorg. Pas als over meerdere jaren de sterfte opvallend laag of hoog is in vergelijking met die van andere ziekenhuizen, kan dit een aanwijzing zijn voor betere of minder goede zorg.

4.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 5 vindt u de resultaten van ziekenhuizen, gegroepeerd per indicator. De resultaten zijn gebaseerd op de gegevens zoals deze op 1 juli 2005 in bezit waren van de inspectie.

Opbouw

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

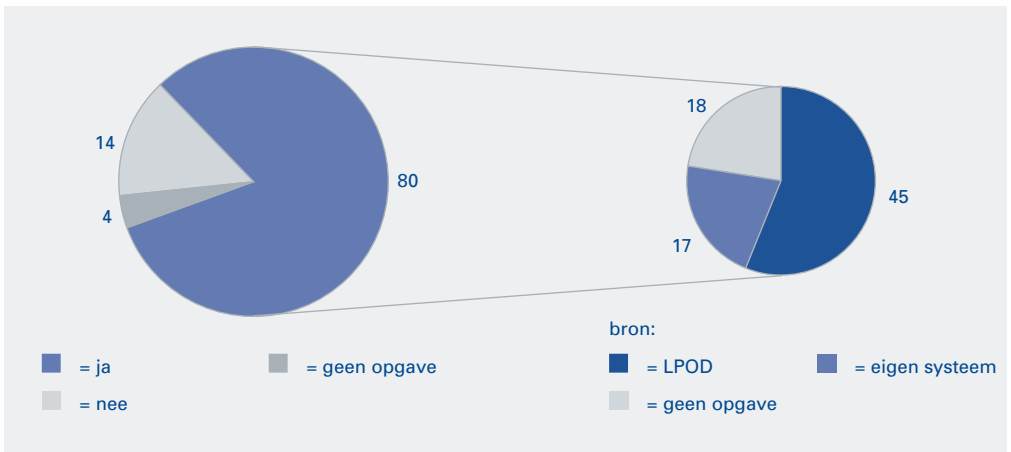
- Beschikbare indicatoren.
- Relevante begrippen.
- Resultaten met een grafische weergave op de linkerpagina en een beschrijving van de resultaten op de rechterpagina.
- Conclusies.
- Reactie van de inspectie.

Grafische weergave

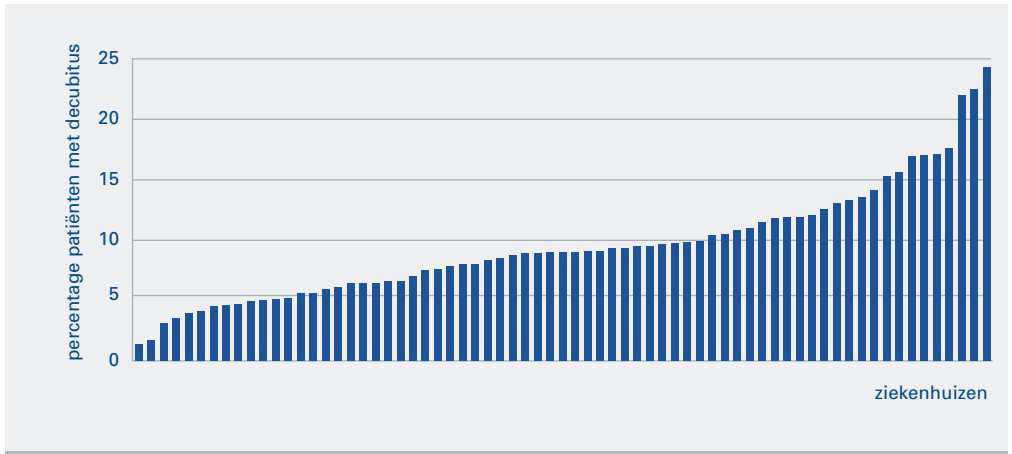
De grafische weergave is deels gebaseerd op de 'taartpunten-methode'. Per indicator is aangegeven hoeveel ziekenhuizen de gegevens hebben verstrekt en vervolgens is de betreffende 'taartpunt' nader uitgesplitst.

In het onderstaande voorbeeld hebben 80 ziekenhuizen gegevens verstrekt.

Deze categorie van 80 ziekenhuizen is in de rechterfiguur nader gespecificeerd.



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



5 Resultaten

I ZIEKENHUISBREDE INDICATOREN

I.1 Decubitus

Beschikbare indicatoren

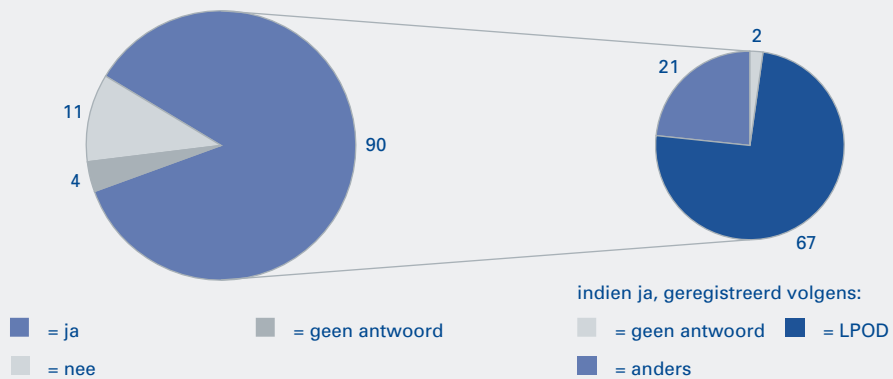
- 1 De beschikbaarheid van een systematische decubitusregistratie, de wijze van registratie en de wijze waarop de resultaten aantoonbaar gebruikt worden in beslissingen van het management.
- 2 Het aantal gevallen van decubitus (graad 2 tot en met 4) bij alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten op een vast tijdstip in het afgelopen jaar (puntprevalentie), exclusief de patiënten die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden.
- 3 Het aantal nieuwe gevallen van decubitus bij patiënten opgenomen voor een totale heupvervangng van 1 januari t/m 31 december 2004.

Relevante begrippen	
Decubitus	Bij decubitus, ook wel doorliggen genoemd, is sprake van beschadiging van de huid en het onderliggende weefsel. Decubitus wordt veroorzaakt door druk of schuif- en wrijfkrachten tussen huid en matras, of een combinatie daarvan. Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
LPOD	Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus, georganiseerd door Universiteit Maastricht, waarbij decubitus gestandaardiseerd wordt vastgesteld en geregistreerd door decubitusconsulenten. Het LPOD maakt deel uit van de Nationale Registratie van verpleegkundige problemen.
Prevalentie	Het aantal patiënten met een bepaalde ziekte (in dit geval decubitus) dat aanwezig is op een bepaalde plaats (ziekenhuis) binnen een bepaalde tijdseenheid gedeeld door het totale aantal opgenomen (of onderzochte) personen.
Puntprevalentie	Een eenmalige prevalentie meting binnen een korte tijdsperiode, meestal een dag.
Incidentie	Het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte op een bepaalde plaats binnen een bepaalde tijdseenheid.

Resultaten

Figuur 1.1.1

Beschikbaarheid van een systematische decubitusregistratie (n=105) en gebruik van registratiesystemen in ziekenhuizen die aangaven over een systematische decubitusregistratie te beschikken (n=90)

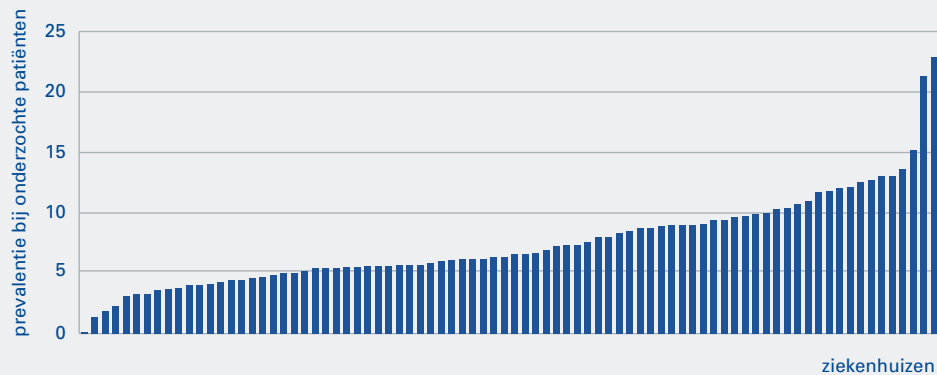


Figuur 1.1.1

In 90 van de 105 ziekenhuizen (86%) is sprake van een systematische registratie van decubitus, elf ziekenhuizen (10%) hebben geen systematische registratie. Vier ziekenhuizen (4%) hebben geen gegevens over decubitus gepubliceerd. In 67 ziekenhuizen, 64 procent van de ziekenhuizen, wordt een methode gebruikt die is gebaseerd op de criteria van de LPOD; 21 ziekenhuizen gebruiken (20%) een eigen systeem. Voorbeelden van eigen systemen zijn registratie in het verpleegkundig of medisch dossier of in de complicatieregistratie heerkunde. Twee ziekenhuizen (2%) geven niet aan hoe ze registreren.

Het merendeel van de ziekenhuizen (84) met een systematische decubitusregistratie gebruikt deze gegevens bij managementbeslissingen. Drie ziekenhuizen gebruiken de gegevens niet bij managementbeslissingen en drie leveren hierover geen gegevens.

Figuur 1.1.2

Puntprevalentie decubitus graad 2-4 voor de onderzochte populatie (n=82)

Figuur 1.1.2^[2]

De puntprevalentie van het aantal *onderzochte* patiënten is bekend bij 82 ziekenhuizen. De grafiek laat zien dat de spreiding van de decubitusprevalentie van de onderzochte patiëntenpopulatie groot is (minimum = 1,9 en maximum = 22,9). Het gegeven van het ziekenhuis met de hoogste score is, vanwege een verkeerde registratie (een verkeerde selectie van de populatie), buiten de analyse en de grafiek gehouden. Het gemiddelde is 7,5.

Figuur 1.1.3

De puntprevalentie van het totaal aantal *opgenomen* patiënten is bij 68 ziekenhuizen bekend. De spreiding van decubitusprevalentie van de opgenomen patiëntenpopulatie is kleiner (minimum = 1,1 en maximum = 15,9) dan bij de onderzochte patiënten. Het gemiddelde is 5,7.

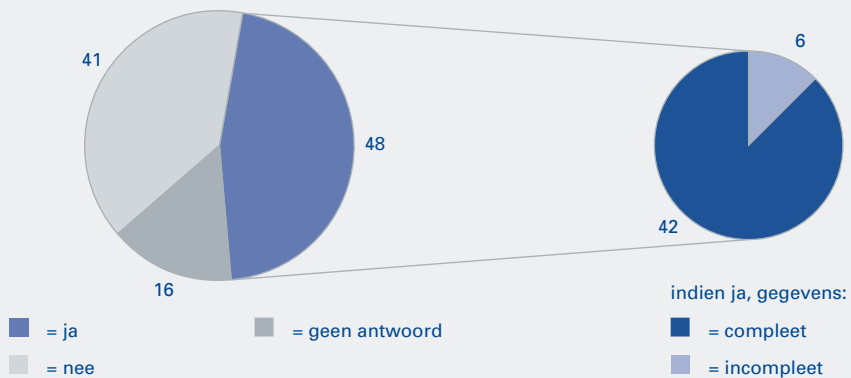
In 2003 bestond een groot verschil tussen de door het LPOD gerapporteerde prevalentie en de prevalentie van decubitus gerapporteerd op basis van de prestatie-indicatoren. Eén verklaring hiervoor is dat het LPOD rapporteert over hoogrisico patiënten terwijl prestatie-indicatoren 2003 vraagt naar alle opgenomen patiënten. Om deze discrepantie te voorkomen is in 2004 zowel gevraagd naar het aantal onderzochte patiënten als naar het aantal patiënten dat is opgenomen ten tijde van het onderzoek. Uit de resultaten van 2004 blijkt dat ziekenhuizen tussen de 15 en 100 procent van de opgenomen patiënten onderzoeken. Het is niet altijd duidelijk op grond waarvan ziekenhuizen voor deze populatie kiezen. Om deze reden is het moeilijk om ziekenhuizen te vergelijken. Het is namelijk niet mogelijk een selectie van 40 procent hoogrisico patiënten eerlijk te vergelijken met een selectie van 80 procent van de algemene patiëntenpopulatie.

Omdat in 2003 en 2004 gebruikgemaakt is van een verschillende onderzoekspopulaties is vergelijking binnen ziekenhuizen niet mogelijk. De daling van het gemiddelde decubituspercentage van 12 naar 7,5 procent is hoopgevend maar kan berusten op verschillen in de selectie van onderzochte patiënten. Bij de indicator 'decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie' is dit risico geringer. Daarom is deze indicator geschikter om per ziekenhuis een uitspraak te doen over de trend van decubitus.

[2] Let op: beide grafieken zijn niet zondermeer onderling vergelijkbaar. Bijvoorbeeld het ziekenhuis op de vijftigste plaats in de eerste grafiek is niet hetzelfde ziekenhuis als dat op de vijftigste plaats in de tweede grafiek. Zie verder de leeswijzer.

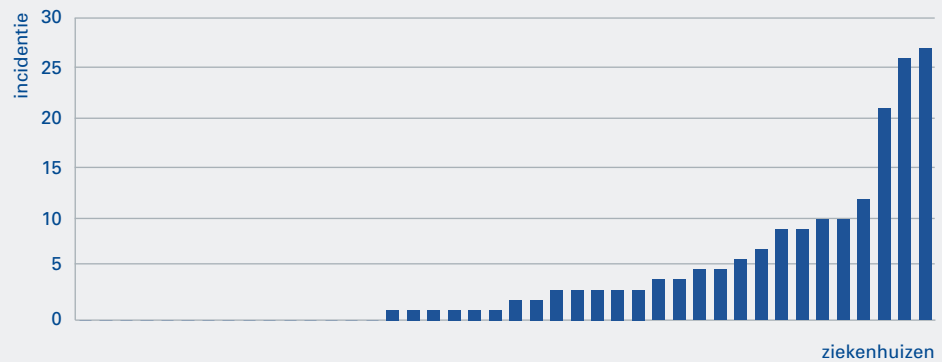
Figuur 1.1.4

Beschikbaarheid van gegevens over de incidentie van decubitus bij patiënten die een totale heupvervangings hebben ondergaan (n=105); van de ziekenhuizen die zeggen de cijfers beschikbaar te hebben, wordt aangegeven welke gegevens compleet of incompleet zijn (n=48)



Figuur 1.1.5

Incidentie van decubitus bij totale heupvervangings (n=42)



Figuur 1.1.4

De incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervanging geeft een meer betrouwbaar beeld over het optreden van decubitus over een langere periode dan de eerder genoemde puntprevalentie. De figuur laat zien dat deze indicator in de helft van de ziekenhuizen bekend is, 42 hiervan rapporteren complete gegevens.

Figuur 1.1.5

De incidentie van decubitus bij totale heupvervanging varieert van 0 tot 26,7 procent. Gemiddeld is de incidentie 4,3 procent. Het ziekenhuis met de uitzonderlijk hoge incidentie van 26 procent geeft aan dat dit mogelijk samenhangt met de populatie. De opvallend lage incidentie hangt mogelijk samen met de wijze van registreren. Vier ziekenhuizen die een incidentie van 0 procent opgeven, baseren dit op de complicatieregistratie van orthopeden. Op een totaal van 1.056 patiënten bij deze vier ziekenhuizen zijn geen gevallen van decubitus gemeld.

Conclusies

- 1 Meer dan 80 procent van de ziekenhuizen registreert de prevalentie van decubitus. De inspectie beschouwt het registreren van de decubitusprevalentie daarom als een veldnorm.
- 2 Registratie volgens de LPOD-methodiek is de meest voorkomende vorm van registratie.
- 3 Bijna alle ziekenhuizen gebruiken de registratie bij hun managementbeslissingen.
- 4 Er is een groot verschil in prevalentie. Dit verschil kan deels, maar niet volledig, verklaard worden doordat:
 - Ziekenhuizen verschillende populaties hebben gemeten.
 - Ziekenhuizen verschillende methoden van opsporing hebben gebruikt.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over de prevalentie van decubitus.
- 2 Het ziekenhuis heeft wel cijfers over de prevalentie van decubitus, maar gebruikt deze niet bij het managementbeleid.
- 3 Het opgegeven prevalentiecijfer is hoger dan 12 procent in de geselecteerde populatie of hoger dan 10 procent in de gehele ziekenhuispopulatie.
- 4 Het opgegeven prevalentiecijfer is lager dan 4 procent in de geselecteerde populatie of lager dan 3 procent in de gehele populatie.
- 5 De incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervanging is gelijk aan 0 of hoger dan 12 procent.

I.2 Bloedtransfusies

Beschikbare indicatoren

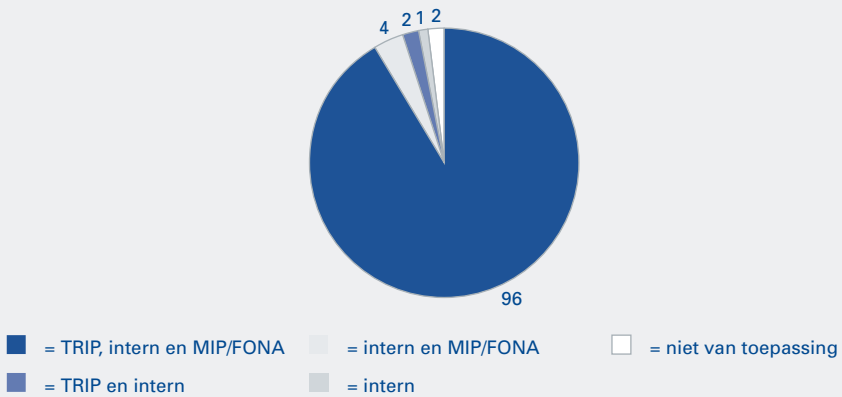
- 1 Het beleid ten aanzien van transfusieveiligheid:
 - Rapportage van transfusiereacties in de TRIP-registratie.
 - Interne rapportage van transfusiereacties.
 - Registratie in de MIP/FONA.
- 2 Het percentage transfusiereacties graad 3 en 4 in het afgelopen jaar, per patiënt en per getransfundeerde eenheid.
- 3 Het percentage transfusiereacties graad 1 en 2 in het afgelopen jaar, per patiënt en per getransfundeerde eenheid (alleen indien geen deelname aan TRIP).

Relevante begrippen	
Transfusiereactie	Het afweersysteem valt gedoneerde bloedcellen aan omdat het de aanwezigheid van deze vreemde cellen niet accepteert. Dit kan ontstaan doordat sprake is van besmet donorbloed (besmetting bijvoorbeeld met HIV, hepatitis of Creutzfeld-Jacob). Wanneer bloed met een verkeerde bloedgroep of een verkeerde resus-factor wordt toegediend bij een transfusie kan bloedincompatibiliteit een transfusiereactie veroorzaken. De ernst van een transfusiereactie is grotendeels afhankelijk van de oorzaak. Meestal treedt een reactie op binnen enkele minuten na aanvang van de transfusie, maar er kan ook sprake zijn van een uitgestelde reactie waarbij de ontvanger pas na enkele dagen klachten krijgt.
Transfusie-eenheid	Eenheid toegediend bloedproduct.
TRIP	TransfusieReacties In Patiënten; stichting, opgericht ter voorkoming van transfusiereacties.
MIP/FONA	Melding Incidenten Patiëntenzorg/ Fouten Ongevallen Near Accidents; commissie ingesteld ter bevordering van het gebruik van incidenteninformatie ter verbetering van ziekenhuisprocessen.

Resultaten

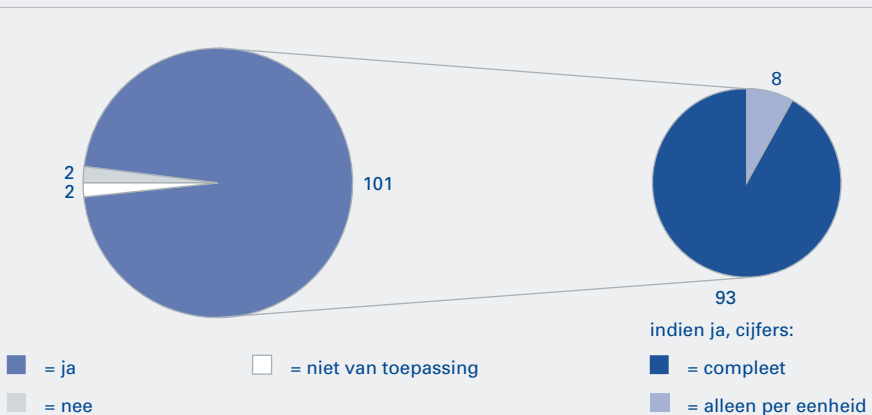
Figuur 1.2.1

Rapportage bloedtransfusiereacties in TRIP, aan het transfusielaboratorium en aan de MIP/FONA-commissie (n=105)



Figuur 1.2.2

Ziekenhuizen waar de transfusiereacties graad 3 en 4 bekend zijn (n=105); van de ziekenhuizen die cijfers beschikbaar hebben, wordt aangegeven welke ziekenhuizen al dan niet complete gegevens aanleveren (n=101)



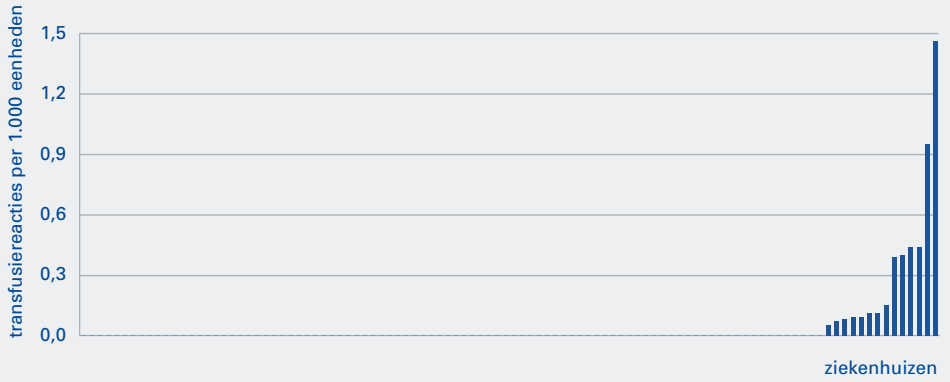
Figuur 1.2.1

Het bewaken van bloedtransfusies is zeer gebruikelijk in ziekenhuizen. Bij twee ziekenhuizen is de vraag niet van toepassing. Alle overige ziekenhuizen geven aan dat transfusiereacties gemeld worden aan het laboratorium, 100 ziekenhuizen (95%) melden ernstige reacties aan de MIP/FONA-commissie en 98 (93%) nemen deel aan TRIP. Figuur 1.2.1 laat zien dat de wijze waarop ziekenhuizen de veiligheid van bloedtransfusies bewaken vrijwel volledig gestandaardiseerd is. Van de 103 ziekenhuizen gebruiken 96 ziekenhuizen alle genoemde registraties en zes ziekenhuizen gebruiken twee van de drie registratievormen. Eén ziekenhuis gebruikt alleen de interne registratie.

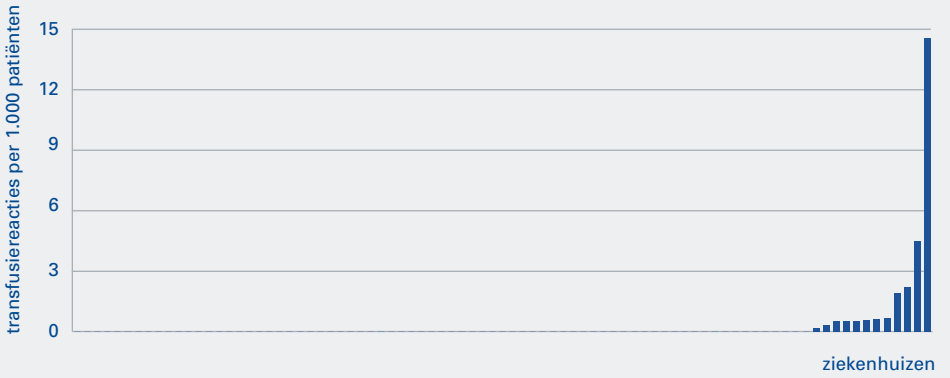
Figuur 1.2.2

Een belangrijke uitkomstindicator voor de veiligheid van het transfusieproces van bloedproducten is het feit dat ziekenhuizen transfusiereacties registreren. Van de 103 ziekenhuizen waar dit van toepassing is, geven 101 (96%) aan dat het percentage bloedtransfusiereacties bekend is. Twee ziekenhuizen hebben deze gegevens niet beschikbaar. Van de 101 ziekenhuizen die aangeven dat het percentage bloedtransfusiereacties bekend is, geven 93 ziekenhuizen (92%) complete gegevens. Acht ziekenhuizen (8%) publiceren alleen het aantal transfusiereacties in relatie tot het aantal transfusie-eenheden.

Figuur 1.2.3

Aantal bloedtransfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 transfusie-eenheden (n=101)

Figuur 1.2.4

Aantal bloedtransfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 patiënten (n=92)

Figuur 1.2.3

Het aantal transfusiereacties graad 3 en 4 varieert in 101 ziekenhuizen van 0 tot 1,46 per 1.000 toegediende eenheden. Van deze 101 ziekenhuizen geven 85 ziekenhuizen aan dat geen sprake is geweest van transfusiereacties. Het aantal getransfundeerde eenheden in deze 85 ziekenhuizen is gemiddeld 6.112 en varieert van 236 tot 33.462.

Figuur 1.2.4

Het aantal transfusiereacties graad 3 en 4 per 1.000 patiënten varieert in 92 ziekenhuizen van 0 tot 14,6. Van deze ziekenhuizen geven 71 ziekenhuizen aan dat geen sprake is geweest van transfusiereacties. Het aantal patiënten dat een bloedtransfusie heeft ontvangen, is in deze 71 ziekenhuizen gemiddeld 1.415 en varieert van 91 tot 7.438.

Transfusiereactie graad 1 en 2

Alleen aan ziekenhuizen die niet deelnemen aan TRIP zijn transfusiereacties graad 1 en 2 gevraagd. Deze vijf ziekenhuizen melden alle hun transfusiereacties graad 1 en 2 in relatie tot de getransfundeerde eenheden. Vier van de vijf doen dat ook in relatie tot het aantal patiënten.

Het aantal transfusiereacties graad 1 varieert in vier ziekenhuizen van 1,8 tot 8,1 per 1.000 transfusie-eenheden. Er is één ziekenhuis waar transfusiereacties graad 2 voorkomen (0,6 reacties per 1.000 eenheden).

Het aantal transfusiereacties graad 1 varieert in drie ziekenhuizen van 7,1 tot 9 per 1.000 patiënten. Eén ziekenhuis meldt transfusiereacties graad 2 (3 reacties per 1.000 patiënten).

Conclusies

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

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

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

I.3 Medicatieveiligheid

Beschikbare indicatoren

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

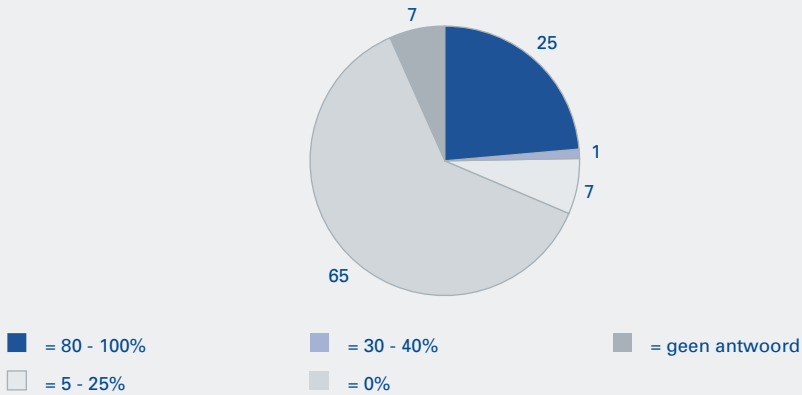
Relevante begrippen

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

Resultaten

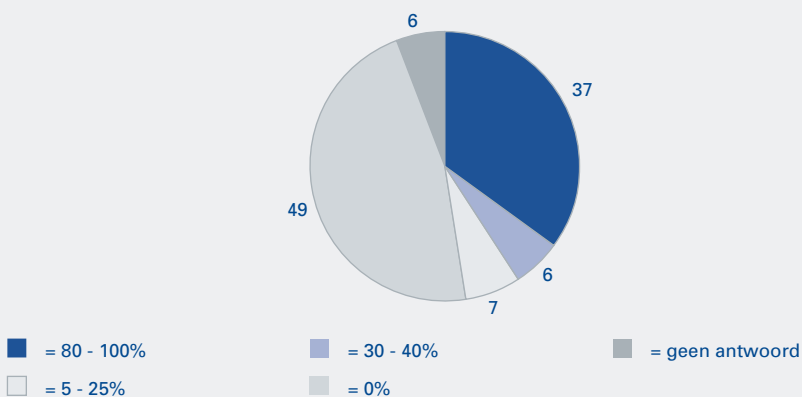
Figuur 1.3.1

Percentage poliklinieksprekkamers waar *klinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=105)^[3]



Figuur 1.3.2

Percentage verpleegafdelingen waar *klinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=105)^[3]



[3] Categorieën 1-4%, 26-29% en 41-79% komen niet voor.

Figuur 1.3.1

In 25 ziekenhuizen (24%) is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie beschikbaar op (vrijwel) alle polikliniekspreekkamers. Bij 65 van de 105 ziekenhuizen (62%) is deze informatie helemaal niet beschikbaar op de polikliniekspreekkamers. Zeven ziekenhuizen verstrekken geen gegevens.

Figuur 1.3.2

In 37 ziekenhuizen (35%) is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie beschikbaar op (vrijwel) alle verpleegafdelingen. Bij 49 van de 105 ziekenhuizen (47%) is deze informatie helemaal niet beschikbaar op de verpleegafdelingen. Zes ziekenhuizen verstrekken hierover geen informatie.

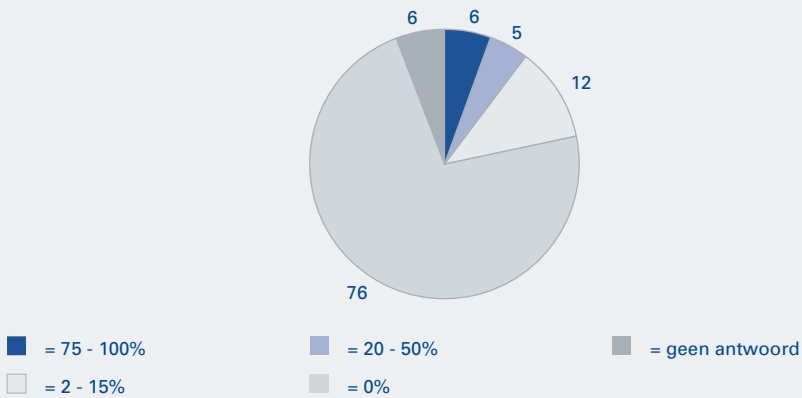
Van de 105 ziekenhuizen geven 87 aan (83%) dat informatie over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is in de ziekenhuisapotheek. Slechts acht (8%) ziekenhuizen geven aan dat de informatie over klinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is buiten het ziekenhuis.

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

De data op basis van de indicator laten zien dat het streven van NICTIZ zeer ambitieus is, omdat voor een integraal dossier bijvoorbeeld ook de intramurale informatie noodzakelijk is van de 65 ziekenhuizen die dit nog niet geautomatiseerd hebben.

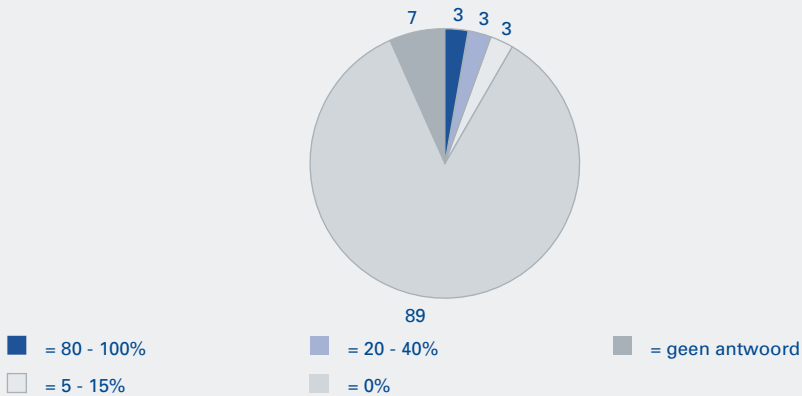
Figuur 1.3.3

Percentage polikliniekspreekkamers waar *poliklinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=105)^[4]



Figuur 1.3.4

Percentage verpleegafdelingen waar *poliklinisch* voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=105)^[5]



[4] Categorieën 1%, 16-19% en 51-74% komen niet voor.

[5] Categorieën 1-4%, 16-19% en 41-79% komen niet voor.

Figuur 1.3.3

Slechts in zes ziekenhuizen is informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie beschikbaar op (vrijwel) alle polikliniekspreekkamers. Bij 76 van de 105 ziekenhuizen (72%) is deze informatie helemaal niet beschikbaar op de polikliniekspreekkamers. Zes ziekenhuizen verstrekken geen gegevens.

Figuur 1.3.4

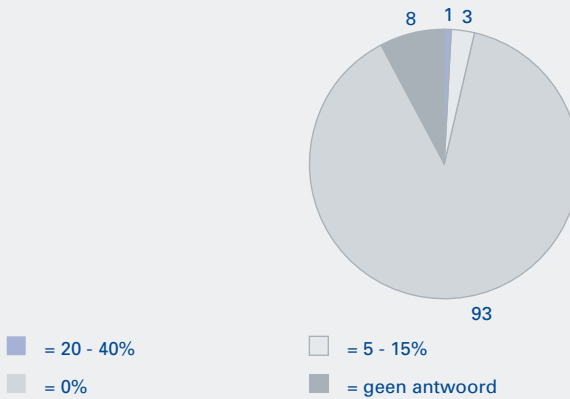
In slechts drie ziekenhuizen is informatie over klinisch voorgeschreven medicatie beschikbaar op (vrijwel) alle verpleegafdelingen. Bij 89 van de 105 ziekenhuizen (85%) is deze informatie helemaal niet beschikbaar op de verpleegafdelingen. Zeven ziekenhuizen verstrekken hierover geen informatie.

Van de 105 ziekenhuizen geven 23 (22%) aan dat informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is in de ziekenhuisapotheek.

Van de 105 ziekenhuizen geven 18 (17%) aan dat de informatie over poliklinisch voorgeschreven medicatie elektronisch ook / wel beschikbaar is buiten het ziekenhuis.

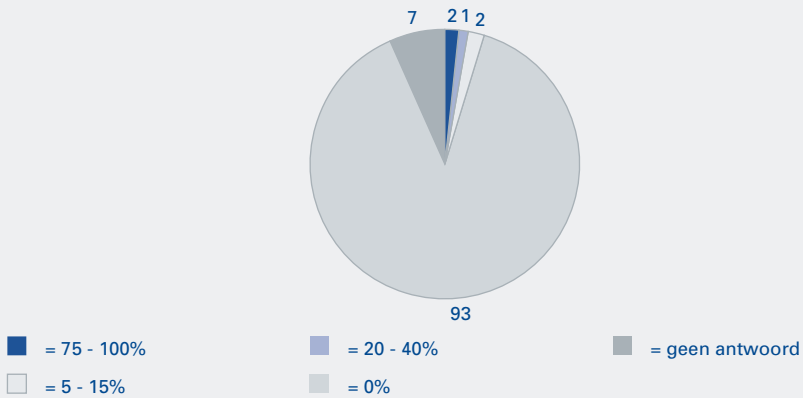
Figuur 1.3.5

Percentage poliklinieksprekkamers waar extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=105)



Figuur 1.3.6

Percentage verpleegafdelingen waar extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar is (n=105)



Figuur 1.3.5 en 1.3.6

Mogelijk is door aanscherping van de definitie van de indicator het aantal ziekenhuizen dat meldt in enige mate over extramurale medicatie-informatie te beschikken, sterk afgenomen ten opzichte van 2003. Deze nieuwe definitie geeft beter weer wat de stand van zaken is rond de ontwikkeling van een integraal medicatiedossier.

In slechts vier ziekenhuizen is informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie beschikbaar op polikliniekspreekkamers.

In slechts vijf ziekenhuizen is informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie beschikbaar op verpleegafdelingen.

Van de 105 ziekenhuizen geven 22 (21%) aan dat informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie beschikbaar is in de ziekenhuisapotheek. Deze informatie wordt veelal ontvangen via een Apotheek Servicepunt. Deze verzamelt en faxt extramurale medicatie-informatie van opgenomen patiënten.

Conclusies

- 1 De elektronische beschikbaarheid van informatie over intramuraal voorgeschreven medicatie op zowel polikliniek als verpleegafdeling is in veel ziekenhuizen nog steeds beperkt.
- 2 De elektronische beschikbaarheid van informatie over extramuraal voorgeschreven medicatie is nog steeds uiterst beperkt. Op grond van deze conclusie is het uiterst onwaarschijnlijk dat totstandkoming van een integraal medicatiedossier op 1 januari 2007 haalbaar is.
- 3 Gezien het belang van goede informatie betreffende de patiëntveiligheid zal de inspectie de komende jaren extra aandacht aan dit probleem besteden en zal het werken met een integraal medicatiedossier als norm worden beschouwd na invoering van het landelijk schakelpunt voor medicatie-informatie.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Op (vrijwel) geen indicator over de elektronische beschikbaarheid van medicatie-informatie zijn gegevens door het ziekenhuis aangeleverd.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen gegevens beschikbaar over *klinisch* voorgeschreven medicatie en maakt in de toelichting op deze indicator niet duidelijk hoe zij in deze lacune gaat voorzien.
- 3 Het ziekenhuis heeft geen gegevens beschikbaar over *poliklinisch* voorgeschreven medicatie en maakt in de toelichting op deze indicator niet duidelijk hoe zij in deze lacune gaat voorzien.
- 4 Het ziekenhuis heeft geen gegevens beschikbaar over *extramuraal* voorgeschreven medicatie en maakt in de toelichting op deze indicator niet duidelijk hoe zij in deze lacune gaat voorzien.
- 5 Het ziekenhuis geeft in 2004 aan geen medicatie-informatie beschikbaar te hebben, terwijl het ziekenhuis in 2003 meldde hierover wel informatie beschikbaar te hebben.

I.4 Zorg Informatie en Communicatietechnologie (ICT)

Beschikbare indicatoren

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

Relevante begrippen	
Elektronische beschikbaarheid van gegevens	Via de computer opvraagbare gegevens op locatie. Gevraagde functies zijn inzage in administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, pathologieverslagen, medicatiegegevens, operatieverslagen, beelden en overige functies.
Proces-ondersteunende ICT	Interactief systeem om processen efficiënter en effectiever te maken. Gevraagde functies zijn: elektronische invoer van medische en/of verpleegkundige intake, de elektronische registratie van medische en/of verpleegkundige decursus, multidisciplinair patiënttraject-planningsysteem, ordercommunicatie voor het laboratorium, ordercommunicatie voor medicatie, ordercommunicatie voor radiologie, ordercommunicatie met behulp van geprotocolleerde ordersets, ordercommunicatie voor overige zorgdiensten, elektronische bewaking van het behandeltraject.

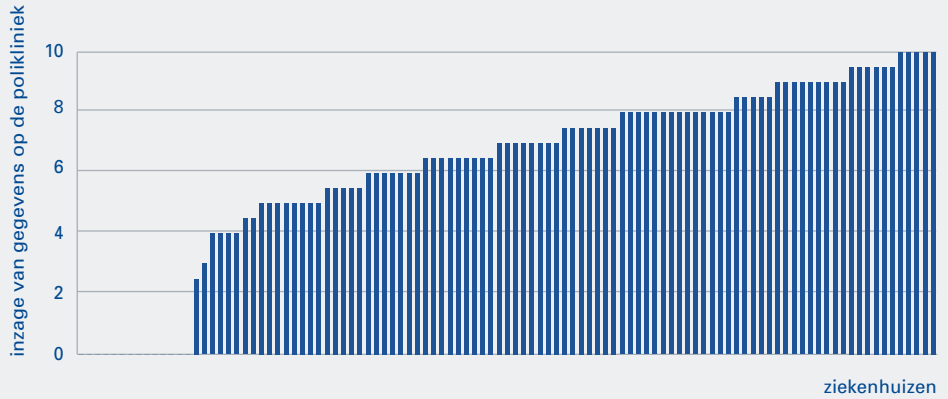
Opmerking

Per functie, zoals inzage radiologiegegevens of ordercommunicatie, zijn de gegevens gehercodeerd naar: 'beschikbaar' (1 punt), 'gedeeltelijk beschikbaar' (0,5 punt) en 'niet beschikbaar' (0 punt). Wanneer een ziekenhuis heeft aangegeven plannen te hebben om in de toekomst (vanaf 2005) de ICT op dit gebied verder te ontwikkelen, is dit ziekenhuis als 'niet beschikbaar' gecodeerd. Ook pilots of de aanwezigheid van een bepaalde functie op één afdeling zijn als experimenteel gekenmerkt en als 'niet beschikbaar' gecodeerd. Het resultaat is een telling van het aantal functies dat een instelling heeft geautomatiseerd.

Resultaten

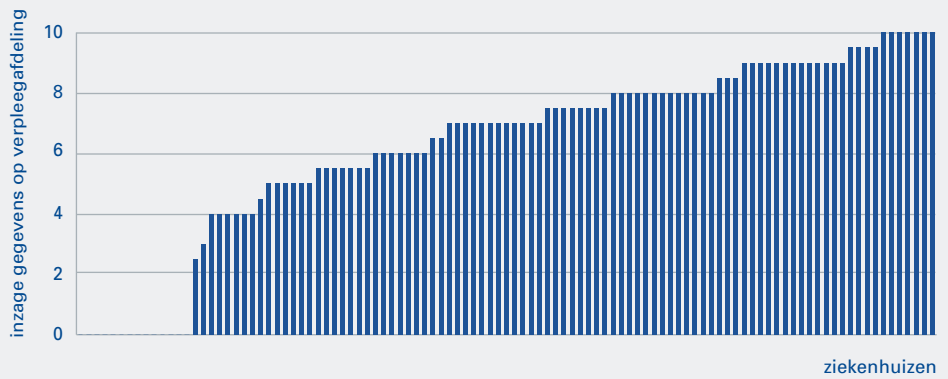
Figuur 1.4.1

Inzage in geautomatiseerde gegevens op de polikliniek (n=105)



Figuur 1.4.2

Inzage in geautomatiseerde gegevens op de verpleegafdeling (n=105)



Figuur 1.4.1 en 1.4.2

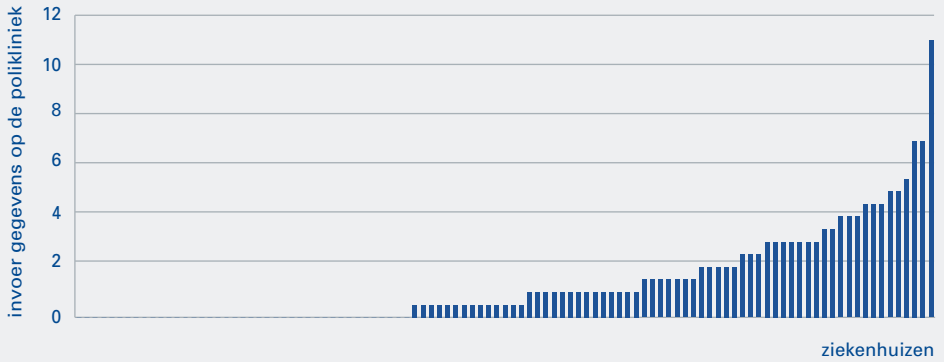
De mogelijkheid tot inzage in elektronische gegevens is in de meeste ziekenhuizen gelijk voor de polikliniek en de verpleegafdelingen. Het aantal geautomatiseerde inzagefuncties varieert evenals in 2003 van 0 tot 10. Er zijn in 2004 veertien ziekenhuizen die geen enkele inzagefunctie opgeven. De meest voorkomende vormen van beschikbare elektronische gegevens op zowel polikliniek als verpleegafdelingen zijn de inzage in laboratoriumgegevens en radiologiegegevens (in respectievelijk 83 en 82 procent van de ziekenhuizen beschikbaar).

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

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

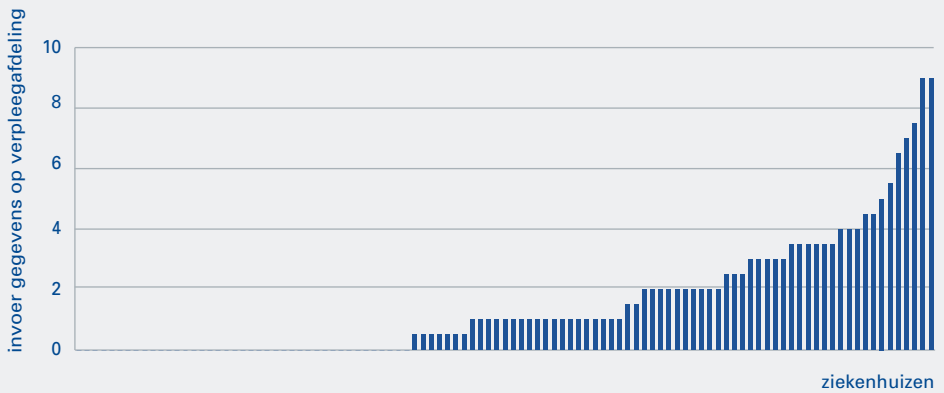
Figuur 1.4.3

Invoer van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens op de polikliniek (n=105)



Figuur 1.4.4

Invoer van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens op de verpleegafdeling (n=105)



Figuur 1.4.3 en 1.4.4

Ook bij de procesondersteunende geautomatiseerde ontwikkelingen blijken nauwelijks verschillen te bestaan tussen kliniek en polikliniek. De meest voorkomende vorm van geautomatiseerde procesondersteuning op de polikliniek is het multidisciplinair patiënttraject-planningsysteem (bij 11% van de ziekenhuizen).

De meest voorkomende vormen van geautomatiseerde procesondersteuning op de verpleegafdelingen zijn het multidisciplinair patiënttraject-planningsysteem (9%) en de ordercommunicatie voor laboratorium (9%).

Procesondersteunende functies zijn duidelijk in mindere mate ontwikkeld dan de geautomatiseerde gegevensinzage. Van de 105 ziekenhuizen hebben 63 één of meer van deze functies beschikbaar. Er zijn ook ziekenhuizen die vrijwel alle gevraagde functies beschikbaar hebben.

Conclusies

- 1 Er bestaat tussen de ziekenhuizen nog altijd een grote variatie in beschikbaarheid van geautomatiseerde gegevens en de ordercommunicatie.
- 2 Er zijn geen duidelijke verschillen in automatisering tussen kliniek en polikliniek.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen functies geautomatiseerd, zoals beschreven in de relevante begrippen; noch op de polikliniek, noch op de verpleegafdelingen.

I.5 Postoperatieve wondinfecties

Beschikbare indicatoren

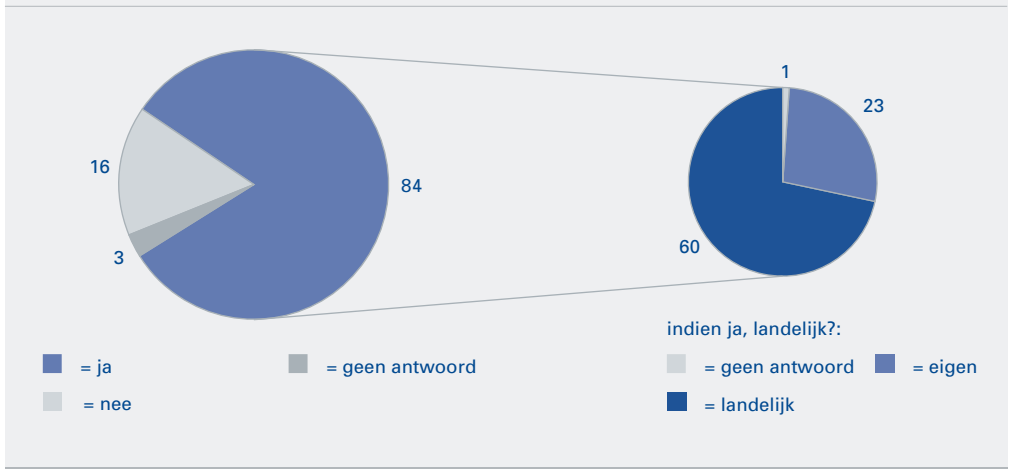
- 1 Surveillance van postoperatieve wondinfecties in het ziekenhuis.
- 2 Deelname aan een landelijk surveillancesysteem voor postoperatieve wondinfecties.
- 3 Gebruik van CDC/WIP-criteria voor definiëring van postoperatieve wondinfecties.
- 4 Vorm van surveillance (incidentieonderzoek / prevalentieonderzoek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

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

Resultaten

Figuur 1.5.1

Aanwezigheid van een systematische postoperatieve wondinfectieregistratie (n=105)



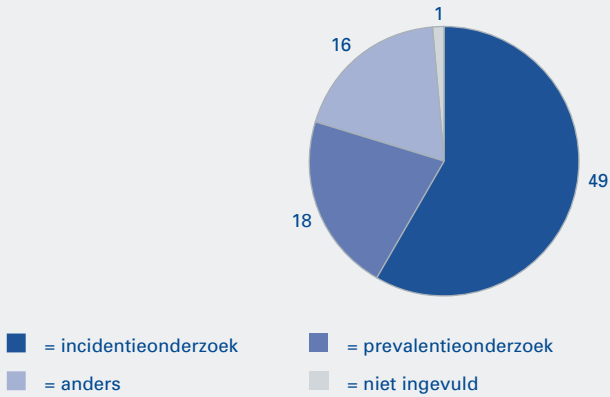
Figuur 1.5.1

Van de 105 ziekenhuizen geven 84 (80%) aan systematisch postoperatieve wondinfecties te registreren. Zestien ziekenhuizen hebben geen systematische postoperatieve wondinfectieregistratie en vijf ziekenhuizen hebben deze indicator niet ingevuld. Het merendeel (71%) van deze ziekenhuizen neemt deel aan een landelijk surveillancesysteem naar postoperatieve wondinfecties. Van die 84 ziekenhuizen doen 23 niet mee aan een landelijk surveillancesysteem en één ziekenhuis geeft op deze indicator geen antwoord.

Alle ziekenhuizen die systematisch postoperatieve wondinfecties registreren, gebruiken bij de surveillance de CDC/WIP-criteria voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties. Daarmee is dit een veldnorm.

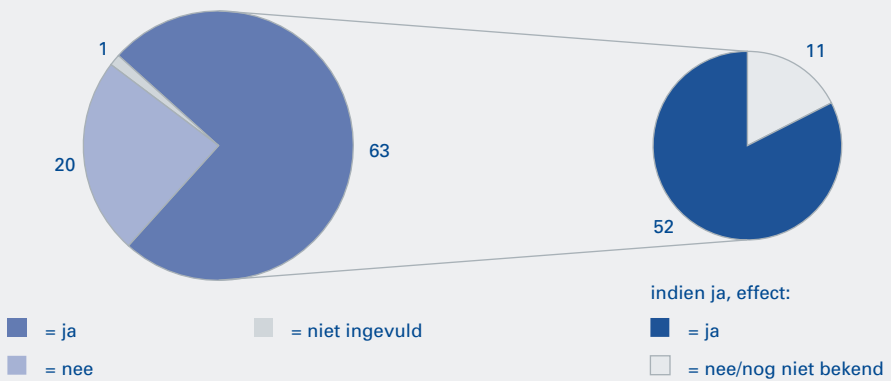
Figuur 1.5.2

Vorm van surveillance van postoperatieve wondinfecties (n=84)



Figuur 1.5.3

Interventies gepleegd naar aanleiding van de resultaten van surveillance en het effect hiervan (n=105)



Figuur 1.5.2

Van de 84 ziekenhuizen die systematisch postoperatieve wondinfecties registreren, doen 49 (58%) incidentieonderzoek als vorm van surveillance. Achttien ziekenhuizen (21%) doen prevalentieonderzoek en zeventien ziekenhuizen (20%) gebruiken een andere vorm. Uit de toelichting die deze zeventien ziekenhuizen geven, blijkt dat zij hun surveillance vaak richten op een specifieke groep patiënten.

Figuur 1.5.3

Surveillance van postoperatieve wondinfecties is een belangrijk instrument voor kwaliteitsverbetering. Een kwart van de ziekenhuizen die een systematische postoperatieve wondinfectieregistratie gebruiken (n=20), geeft aan naar aanleiding van de resultaten hiervan geen interventies te (hoeven) plegen. In driekwart van de ziekenhuizen wordt naar aanleiding van de resultaten van de surveillance wel interventies gepleegd. Bij 52 van deze 63 ziekenhuizen (83%) levert de interventie het gewenste resultaat op. Bij elf ziekenhuizen is dit niet het geval of is nog niet bekend of de interventies het gewenste resultaat opleveren.

Conclusies

- 1 De aanwezigheid van een postoperatieve wondinfectieregistratie is een veldnorm voor Nederlandse ziekenhuizen.
- 2 Het gebruik van CDC/WIP-criteria bij de registratie is een veldnorm.
- 3 Driekwart van de registrerende ziekenhuizen voert interventies uit.
- 4 Tweederde van de ziekenhuizen die interventies uitvoeren, meldt het beoogde resultaat bereikt te hebben.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis meldt geen postoperatieve wondinfectieregistratie.
- 2 Het ziekenhuis heeft in 2003 gemeld geen infectieregistratie te hebben en meldt in 2004 wel succesvol een interventie te hebben afgerond.

I.6 Complicatieregistratie, inclusief complicatieregistratie bij cataractoperaties

Beschikbare indicatoren

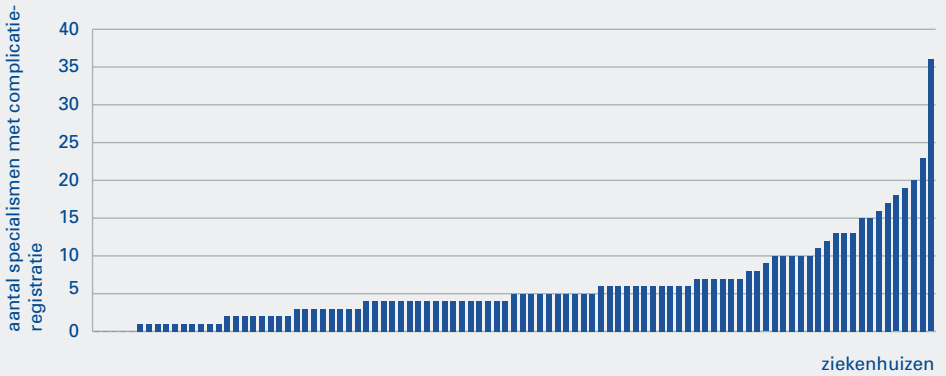
- 1 Het aantal specialismen/disciplines met een landelijke dan wel eigen complicatieregistratie als percentage van het totale aantal specialismen/disciplines in een ziekenhuis.
- 2 Het aantal complicatieregistraties (landelijk en eigen) per specialisme/discipline.

Relevante begrippen	
Complicatie	Een complicatie is een ongewenste uitkomst van zorg waardoor gezondheidsschade ontstaat. Complicaties kunnen een 'normaal' risico van zorg zijn, maar kunnen ook het gevolg zijn van fouten.
Complicatieregistratie	Het registreren van ongewenste of onverwachte uitkomsten van zorg met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Met een registratiesysteem wordt informatie verkregen over de mate waarin complicaties voorkomen en de factoren die daarbij mogelijk een rol spelen. Deze informatie biedt een handvat voor patiëntenvoorlichting over risico's en met die informatie kan gezocht worden naar mogelijkheden om de omvang en ernst van complicaties in de toekomst zo veel mogelijk te beperken.
Cataract	Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de oog lens. Bij een cataractoperatie wordt de oog lens vervangen door een kunst lens.

Resultaten

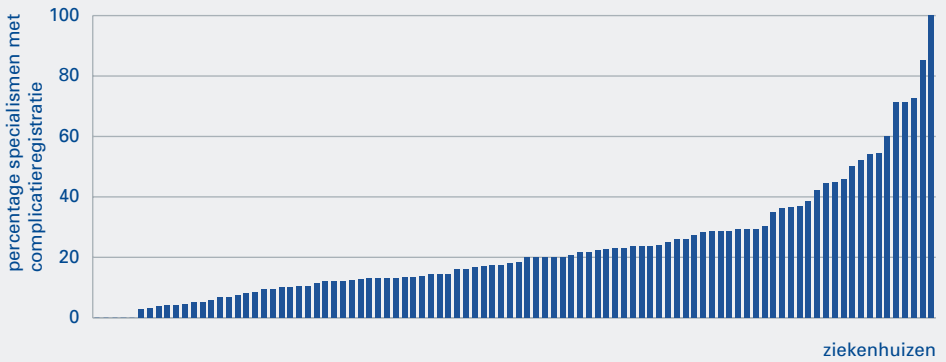
Figuur 1.6.1

Aantal specialismen/disciplines met een complicatieregistratie (n=98)



Figuur 1.6.2

Percentage specialismen/disciplines met een complicatieregistratie (n=98)



Figuur 1.6.1

Het aantal specialismen/disciplines met complicatieregistratie is bekend in 98 van de 105 ziekenhuizen. Vijf ziekenhuizen geven geen antwoord op deze vragen en voor twee ziekenhuizen is het gevraagde niet van toepassing. Het aantal specialismen met complicatieregistratie varieert van 0 (in 5 ziekenhuizen) tot 36 met een gemiddelde van 6.

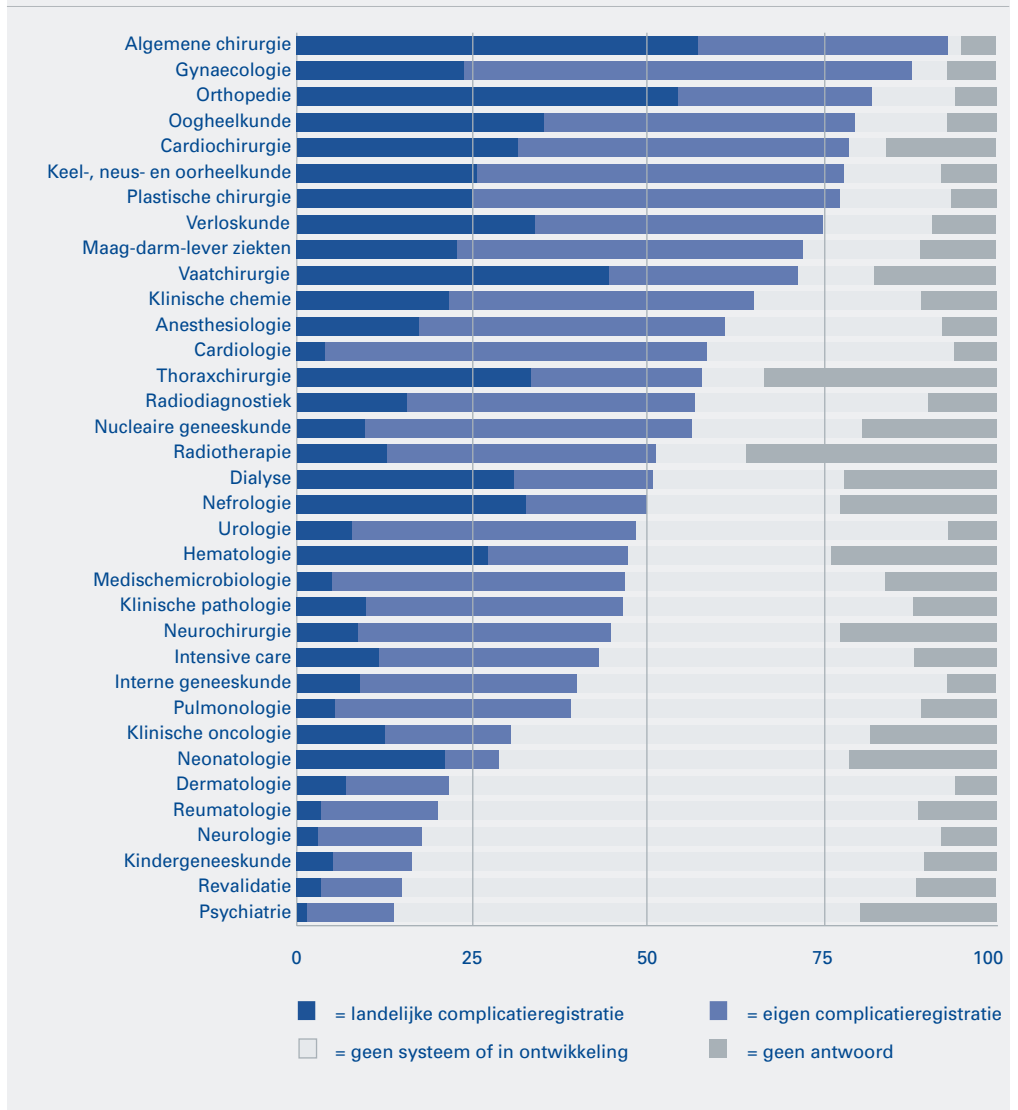
Het totaal aantal specialismen varieert in deze ziekenhuizen van 3 (in een categoriaal ziekenhuis) tot 39. Het gemiddelde aantal specialismen is 26.

Figuur 1.6.2

Het percentage specialismen/disciplines met een complicatieregistratie varieert per ziekenhuis van 0 tot 100 procent per specialisme/discipline met een gemiddelde van 23 procent.

Figuur 1.6.3

Beschikbaarheid van een complicatieregistratie (landelijk of eigen) per specialisme/discipline



Figuur 1.6.3

In de ziekenhuizen is voor 35 specialismen of disciplines gevraagd of zij een landelijke of eigen complicatieregistratie hanteren. Het blijkt dat dit per specialismen sterk verschilt. Bij enkele disciplines bestaat een duidelijke overlap. Zo is de beschikbaarheid van een registratie vergelijkbaar voor de nefrologie en de dialyse of voor de cardiochirurgie, thoraxchirurgie en vaatchirurgie.

In het algemeen is het gebruik van een complicatieregistratie meer gangbaar bij de snijdende specialismen en hier is ook al vaker een landelijk registratiesysteem ontwikkeld. Tenminste driekwart van de ziekenhuizen heeft een complicatieregistratie voor algemene chirurgie, gynaecologie, orthopedische chirurgie, oogheelkunde, cardiochirurgie, keel-neus-oorheelkunde, plastische chirurgie en verloskunde. In de helft van deze ziekenhuizen gebruikt men hierbij een (specialismespecifiek) landelijk registratiesysteem.

Bij de beschouwende specialismen is het registreren van complicaties minder gebruikelijk. Met name binnen de psychiatrie, revalidatiegeneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie, reumatologie, dermatologie en neonatologie is in minder dan een kwart van de ziekenhuizen een registratiesysteem beschikbaar. Landelijke complicatieregistraties zijn voor deze specialismen nog nauwelijks aanwezig of verkeren in een onderzoeksfase.

Ondersteunende specialismen zoals de klinische chemie, radiologie, nucleaire geneeskunde, klinische pathologie en medische microbiologie zitten in de middenmoot. Tussen de 25 en 75 procent van de ziekenhuizen beschikt bij deze disciplines over een complicatieregistratie.

Opvallend is dat ziekenhuizen bij deelspecialismen regelmatig aangeven dat de registratie van complicaties in hun ziekenhuis niet van toepassing is, omdat het deelspecialisme alleen als onderdeel van het moederspecialisme wordt uitgevoerd.

Het registreren van complicaties, maar vooral het analyseren en bespreken hiervan en vervolgens zonnodig aanpassen van handelwijze of toepassing, kan de kwaliteit van de behandeling sterk beïnvloeden.

Het ontbreken van een registratie is voor de inspectie een indicator voor het wellicht onvoldoende sturen en beheersen van het proces van het behandelingsproces.

Het weliswaar registreren van complicaties, maar het daarna onbenut laten van de verzamelde gegevens, is zo mogelijk een nog duidelijkere indicatie. Gegevens hierover zijn echter op dit moment niet beschikbaar.

Een reden waarom complicaties niet geregistreerd worden, kan een definitieprobleem zijn: het is lastig vast te stellen wat onder een complicatie moet worden verstaan.

Conclusies

- 1 Het registeren van complicaties varieert per specialisme/discipline.
- 2 Van de gemiddeld 25 aanwezige medisch specialismen/disciplines in een ziekenhuis hebben gemiddeld 6 een complicatieregistratie.
- 3 Het is niet gebleken dat het ontbreken van een landelijke registratie wordt gecompenseerd door een 'eigen' registratie.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over complicatieregistraties.
- 2 Minder dan een kwart van de specialismen/disciplines in het ziekenhuis heeft een complicatieregistratie.
- 3 Er is geen complicatieregistratie voor een of meer van de volgende specialismen/disciplines: algemene chirurgie, gynaecologie, orthopedische chirurgie, oogheelkunde, cardiochirurgie. Dit zijn de specialismen waarbij 80 procent van de ziekenhuizen wel een complicatieregistratie heeft.

II INDICATOREN HOOGRISICO AFDELINGEN

II.1 Pijn na operatie

Beschikbare indicatoren

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

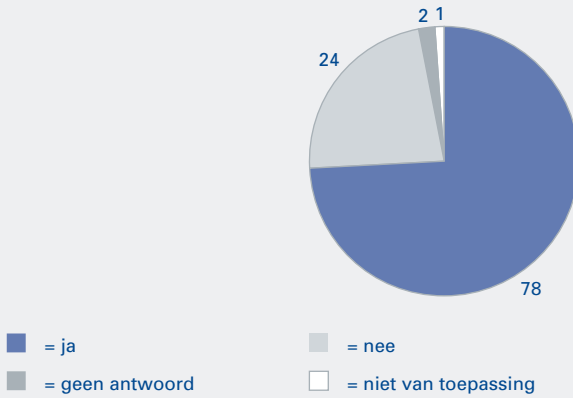
Relevante begrippen	
Pijnprotocol	Een ziekenhuisbreed protocol voor individuele postoperatieve pijnbestrijding.
Acute pijnservice	Dienstverlening waarbij één of meer medewerkers van het pijnteam met deskundigheid op het gebied van pijnbestrijding beschikbaar zijn voor consultatie, voorlichting en educatie.
Gestandaardiseerde pijnmetingen	De Nederlandse Vereniging voor Anaesthesiologie (NVA) heeft in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnmetingen ^[6] . Pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een meer adequate pijnbestrijding.
Acceptabele pijnscore	Een pijnscore van 4 of minder op een schaal van 0 tot 10 (0 = geen pijn; 10 = ergst denkbare) is acceptabel. Het is belangrijk dat de pijnmeting in verschillende situaties plaatsvindt. De pijnbestrijding is pas adequaat als de pijnscore zowel in rust als bij beweging of hoesten 4 of minder is.

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

Resultaten

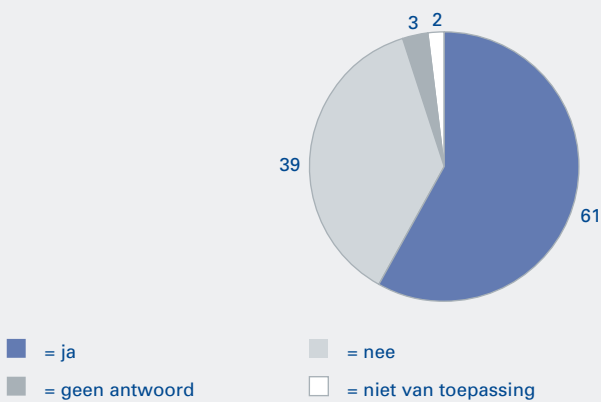
Figuur 2.1.1

Beschikbaarheid ziekenhuisbreed pijnprotocol (n=105)



Figuur 2.1.2

Beschikbaarheid acute pijnservice (n=105)



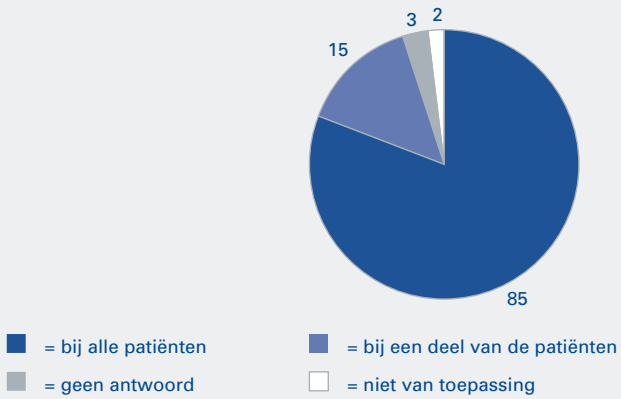
Figuur 2.1.1

Evenals in 2003 geeft driekwart van de ziekenhuizen aan te beschikken over een ziekenhuisbreed pijnprotocol, 24 ziekenhuizen (23%) zeggen dit niet te hebben. Eén ziekenhuis geeft geen antwoord op de vraag en voor twee ziekenhuislocaties is deze vraag niet van toepassing.

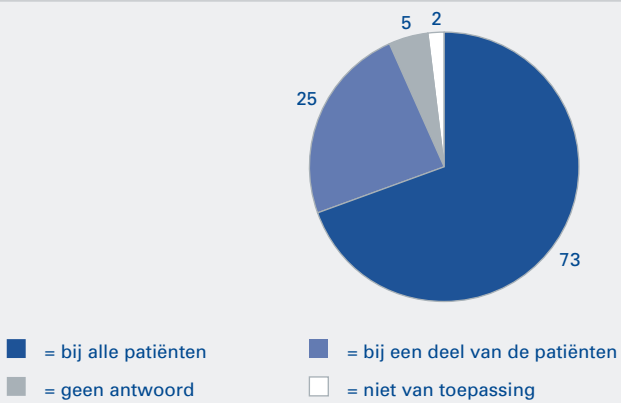
Figuur 2.1.2

Er zijn 61 ziekenhuizen (58%) die aangeven te beschikken over een acute pijnservice. Dit zijn tien ziekenhuizen meer dan in 2003. Van de 105 ziekenhuizen geven 39 (37%) aan niet te beschikken over acute pijnservice. Drie ziekenhuizen geven geen antwoord op deze vraag en voor twee is deze vraag niet van toepassing.

Figuur 2.1.3

Aantal ziekenhuizen waar gestandaardiseerde pijnmeting wordt verricht op de verkoever (n=105)

Figuur 2.1.4

Aantal ziekenhuizen waar gestandaardiseerde pijnmeting wordt verricht op de verpleegafdeling (n=105)

Figuur 2.1.3

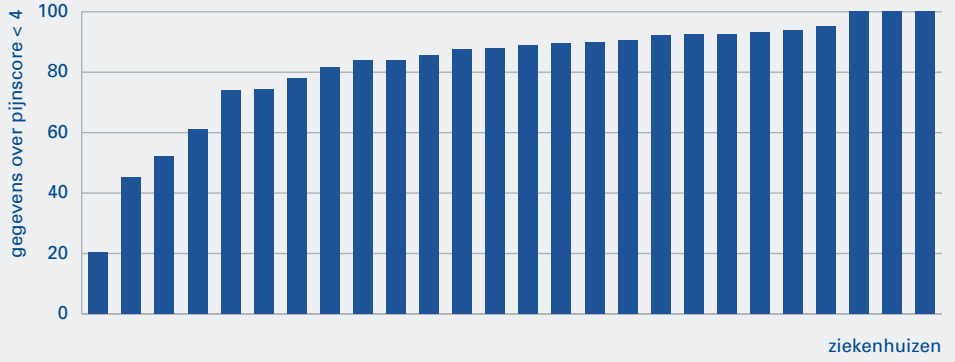
Bijna alle ziekenhuizen geven aan gestandaardiseerde postoperatieve pijnmeting uit te voeren op de verkoeverafdeling, in 85 ziekenhuizen bij alle patiënten en in 15 ziekenhuizen bij een deel van de patiënten. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van 2003. Daarmee vat de inspectie het uitvoeren van pijnmetingen op als een veldnorm. Drie ziekenhuizen geven over dit onderwerp geen informatie en voor twee is deze vraag niet van toepassing.

Figuur 2.1.4

Ook op de verpleegafdeling worden in bijna alle ziekenhuizen gestandaardiseerde postoperatieve pijnmetingen uitgevoerd. Iets vaker dan op de verkoeverafdeling gebeurt dat niet bij alle maar bij een gedeelte van de patiënten. Vijf ziekenhuizen geven hierover geen informatie en voor twee is deze vraag niet van toepassing.

De inspectie vat hiermee het uitvoeren van gestandaardiseerde postoperatieve pijnmeting op als een veldnorm.

Figuur 2.1.5

Percentage patiënten met een pijnscore kleiner dan 4 (n=26)

Figuur 2.1.5

Een centrale registratie van postoperatieve pijnscores, waarmee het ziekenhuis kan monitoren of het pijnbeleid effectief is, is verdubbeld ten opzichte van 2003.

In 26 ziekenhuizen varieert het percentage patiënten met een gemiddelde pijnscore van 4 of lager van bijna 20 tot 100 procent. Een deel van deze variatie is te verklaren door het grote verschil in het aantal patiënten waarop de gegevens betrekking hebben, dat varieert van 24 tot 16.000.

Conclusies

- 1 Evenals in 2003 beschikt in 2004 driekwart van de ziekenhuizen over een ziekenhuisbreed protocol voor postoperatieve pijnbestrijding.
- 2 De aanwezigheid van een acute pijnservice is enigszins toegenomen.
- 3 Bijna alle ziekenhuizen gebruiken gestandaardiseerde pijnmetingen om postoperatieve pijnbestrijding te ondersteunen. Dit gebeurt óf bij alle patiënten óf bij een deel van de patiënten. Het uitvoeren van gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten is daarmee een veldnorm geworden.
- 4 De registratie van het gebruik van gestandaardiseerde postoperatieve pijnmeting is verdubbeld ten opzichte van 2003.
- 5 De gestandaardiseerde pijnmetingen vinden bij gemiddeld 85 procent van de patiënten in de direct postoperatieve periode (verkoeverafdeling) en bij gemiddeld 60 procent tijdens het latere postoperatieve beloop op verpleegafdelingen plaats.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

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

II.2 Volume van risicovolle interventies

Beschikbare indicatoren

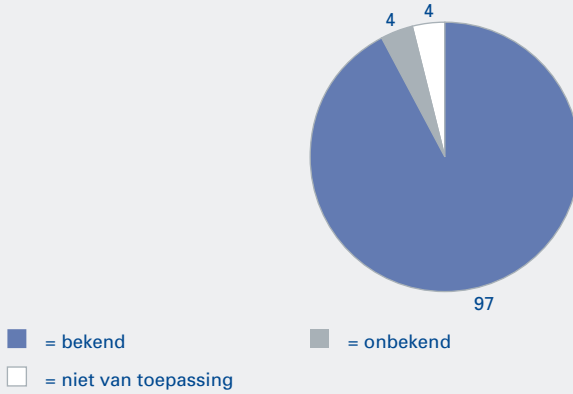
- 1 Volume van operaties aan een aneurysma van de abdominabele aorta.
 - Aantal patiënten per ziekenhuis met een niet-acuut aneurysma van de abdominale aorta (AAA) die hier in 2004 aan zijn geopereerd.
 - Aantal endovasculaire AAA-operaties.
 - Aantal open AAA-operaties.
- 2 Volume van oesophaguscardiaresecties.
 - Aantal patiënten per ziekenhuis waarbij in 2004 een oesophaguscardiaresectie is uitgevoerd.

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

Resultaten

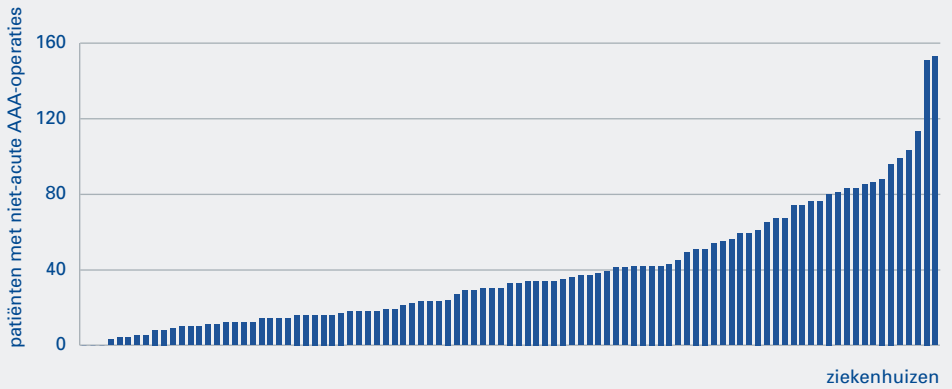
Figuur 2.2.1

Beschikbaarheid gegevens over AAA (n=105)



Figuur 2.2.2

Aantal patiënten met een niet-acute AAA-operatie (n=97)



Figuur 2.2.1

Bij 97 ziekenhuizen/locaties (92%) zijn gegevens over het aantal AAA-operaties bekend. Vier ziekenhuizen (4%) geven geen gegevens en bij vier ziekenhuizen (4%) was deze vraag niet van toepassing.

Figuur 2.2.2

In 94 ziekenhuizen varieert het aantal AAA-operaties van 3 tot 153. Drie ziekenhuizen geven aan deze operatie in 2004 niet uitgevoerd te hebben.

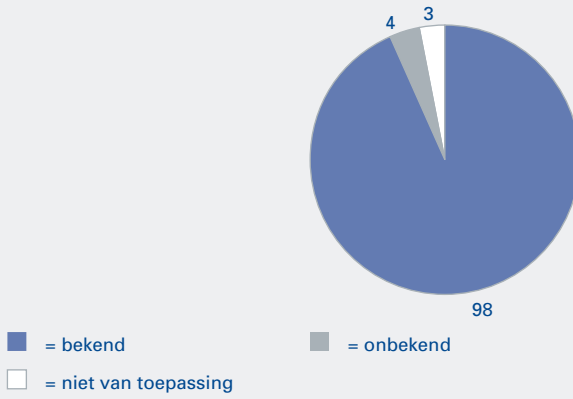
De AAA-resectie kan op twee manieren worden uitgevoerd, namelijk door middel van een open ingreep of door een endovasculaire procedure. Het aantal open ingrepen varieert van 3 tot 109, het aantal endovasculaire ingrepen van 3 tot 67 per ziekenhuis. De endovasculaire ingrepen vinden in de regel plaats in ziekenhuizen waar ook open ingrepen worden uitgevoerd.

In 52 ziekenhuizen werden in 2004 tenminste 30 AAA-resecties verricht. Dit aantal wordt in de literatuur als minimum genoemd voor het onderhouden van voldoende ervaring. Hoewel een open of een endovasculaire operatie van het aneurysma verschillende vaardigheden vraagt, acht de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie een aparte norm niet noodzakelijk. In een concept richtlijn wordt een minimum van 15 ingrepen per jaar bepleit, ongeacht of dit open of endovasculair gebeurt. Zolang deze richtlijn nog niet is vastgesteld, stelt de inspectie in ziekenhuizen met minder dan 30 ingrepen per jaar de vraag hoe men de kwaliteit van de ingreep waarborgt.

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

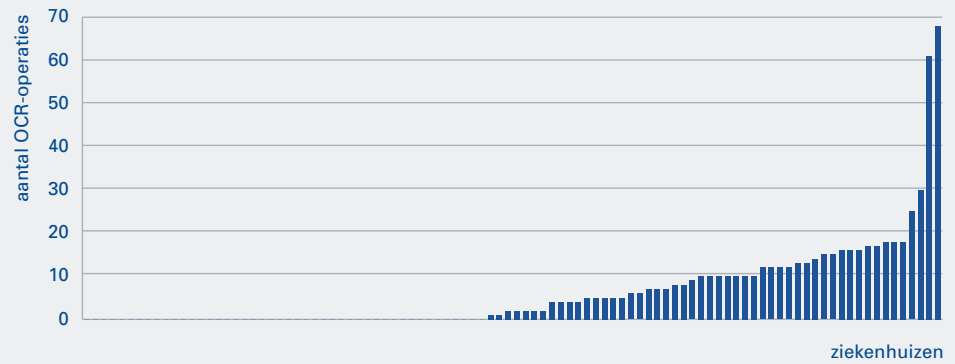
Figuur 2.2.3

Gegevens beschikbaar over het aantal OCR (n=105)



Figuur 2.2.4

Aantal patiënten met een OCR per ziekenhuis (n=98)



Figuur 2.2.3

Bij 98 ziekenhuizen (93%) is het aantal OCR-operaties bekend. Vier ziekenhuizen (4%) geven geen gegevens en voor 3 ziekenhuizen (3%) was deze vraag niet van toepassing.

Figuur 2.2.4

46 ziekenhuizen geven aan deze operatie in 2004 niet uitgevoerd te hebben. Het aantal OCR-operaties bij de 52 ziekenhuizen die deze operatie wel uitvoeren, varieert van 1 tot 68.

Veel ziekenhuizen geven aan een beleid te hebben waarbij gekozen wordt voor het verwijzen van deze patiënten naar andere instellingen. Meer dan de helft van de instellingen die geen OCR-ingrepen verrichten, meldt dat dit beleid ingegeven wordt doordat het ziekenhuis niet voldoende ervaring op kan doen om verantwoord deze ingreep te verrichten.

Enkele van de gemaakte opmerkingen uit de toelichting:

“Het ziekenhuis wil uitmunten in de zorg waar zij goed in is: het leveren van basiszorg. In deze benadering past dat patiënten die een operatie aan een abdominaal aneurysma of een oesophagusresectie moeten ondergaan, hiervoor worden doorverwezen naar een meer gespecialiseerd centrum.”

“Alle oesophaguscardiaresecties worden naar het AMC doorverwezen. Dit omdat het aantal van circa 10 aanmeldingen per jaar te weinig is voor de chirurgen om voldoende routine op te bouwen en daarmee de ingreep voor de patiënt te risicovol is. Het AMC heeft gemiddeld 36 patiënten op jaarbasis, waarmee men voldoende routine en bekwaamheid kan onderhouden en uitbouwen.”

“Dit type operatie zou in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te weinig voorkomen om voldoende kwaliteit te kunnen garanderen. Daarom verwijst het ziekenhuis voor deze operaties naar andere ziekenhuizen die wel voldoende aantallen van deze operatie uitvoeren.”

In de richtlijn van de Nederlandse vereniging voor heilkunde is inmiddels als norm gesteld dat een ziekenhuis deze ingreep tenminste 10 maal per jaar (geïndiceerd) uit dient te voeren. De inspectie neemt deze norm over. In ziekenhuizen met minder dan 10 OCR-operaties per jaar stelt zij de vraag hoe het ziekenhuis de kwaliteit van deze ingrepen waarborgt. In 2004 waren er 28 ziekenhuizen die deze ingreep 10 keer of vaker verrichtten, 24 ziekenhuizen deden dit minder dan 10 keer.

Conclusies

- 1 Het merendeel van de ziekenhuizen rapporteert het aantal AAA- en OCR-operaties.
- 2 Vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland hebben AAA-operaties in hun zorgpakket opgenomen. Ongeveer de helft hiervan verricht deze ingreep voldoende om de volgens de literatuur benodigde ervaring te behouden.
- 3 Bij OCR-operaties is sprake van een gedeeltelijke concentratie van zorg: in de helft van de Nederlandse ziekenhuizen worden patiënten voor deze ingreep naar een ander ziekenhuis verwezen.
- 4 In de ziekenhuizen die deze ingreep wel uitvoeren, doet bijna de helft deze ingreep minder vaak dan op grond van de richtlijn van de eigen beroepsgroep verantwoord wordt geacht.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om het aantal AAA- en/of OCR-operaties per jaar te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan wel AAA-operaties te verrichten, maar minder dan 30 per jaar.
- 3 Het ziekenhuis geeft aan wel OCR-operaties te verrichten, maar minder dan 10 per jaar.

II.3 Cholecystectomie

Beschikbare indicatoren

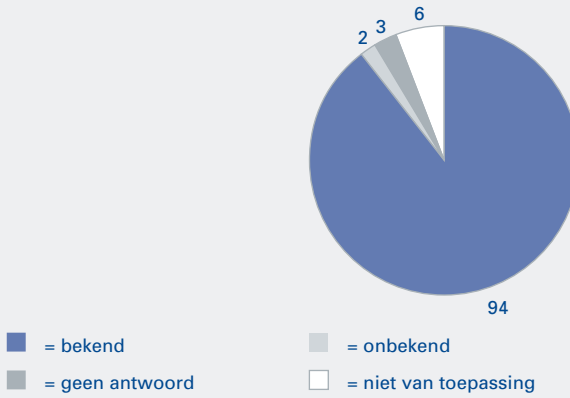
- 1 Het percentage cholecystectomieën uitgevoerd door middel van een laparoscopie.
- 2 Gallekkage na cholecystectomie, het percentage waarin een galblaasoperatie wordt gevolgd door een gallekkage.

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

Resultaten

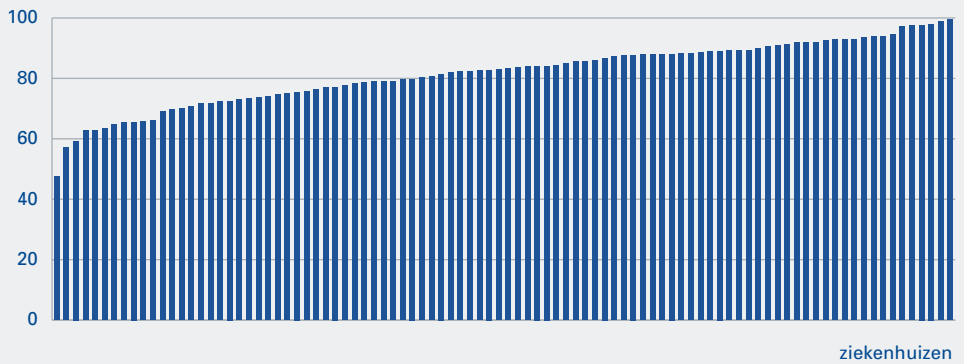
Figuur 2.3.1

Beschikbaarheid van gegevens over het percentage laparoscopische cholecystectomie (n=105)



Figuur 2.3.2

Percentage galblaasoperaties uitgevoerd door middel van een laparoscopie (n=94)



Figuur 2.3.1

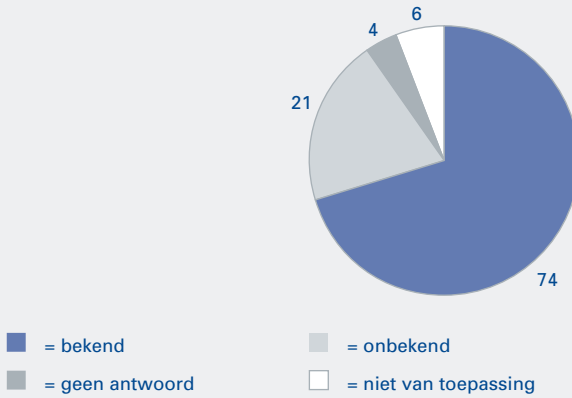
Van de 105 ziekenhuizen geven 94 gegevens over de aantallen laparoscopische en laparotomische cholecystectomieën; twee ziekenhuizen geven geen gegevens. Drie ziekenhuizen geven geen antwoord; voor zes ziekenhuizen is de indicator niet van toepassing.

Figuur 2.3.2

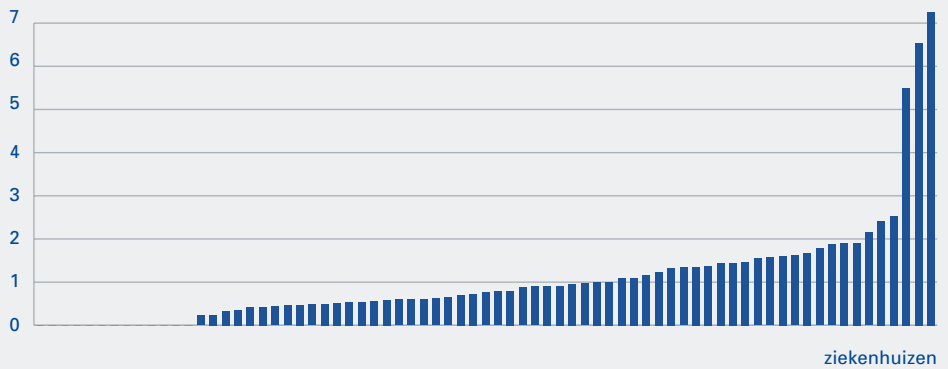
In 2004 varieert het percentage laparoscopische cholecystectomieën van 47 tot 99 procent.

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

Figuur 2.3.3

Beschikbaarheid gegevens over het percentage gallekkages (n=105)

Figuur 2.3.4

Percentage gallekkages na een cholelithotomie (n=74)

Figuur 2.3.3

Van de 105 ziekenhuizen geven 74 gegevens over het percentage gallekkages, 21 ziekenhuizen geven geen gegevens. Vier ziekenhuizen geven geen antwoord, en voor zes is deze indicator niet van toepassing.

Figuur 2.3.4

Het gerapporteerde percentage gallekkages varieert van 0 tot 7,3 procent. Het is bekend dat het percentage beïnvloed wordt door de inspanning van de behandelend arts om ook kleinere lekkages te vinden; dertien ziekenhuizen melden geen enkel geval gevonden te hebben in 2004.

Conclusies

- 1 Het merendeel van de ziekenhuizen levert gegevens over de wijze van uitvoering van cholecystectomieën.
- 2 Op medische gronden bestaat geen voorkeur voor één van beide typen cholecystectomieën en er is geen optimaal percentage bekend van het aantal laparoscopische cholecystectomieën.
- 3 Het percentage galblaasoperaties dat via een kijkoperatie wordt uitgevoerd varieert sterk, maar alle ziekenhuizen voeren beide typen ingrepen uit.
- 4 Veel ziekenhuizen kunnen informatie aanleveren over gallekkages na een cholecystectomie.
- 5 Er is een grote variatie tussen ziekenhuizen in het percentage gallekkages, maar dit percentage wordt beïnvloed door de mate waarin dit gegeven wordt opgespoord in een ziekenhuis.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om gegevens over het percentage laparoscopische galblaasoperaties te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis heeft meer dan 2 procent gallekkages bij galblaasoperaties.
- 3 Het ziekenhuis meldt geen enkel geval van gallekkage te hebben gehad in 2004.

II.4 Afgezegde operaties

Beschikbare indicatoren

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

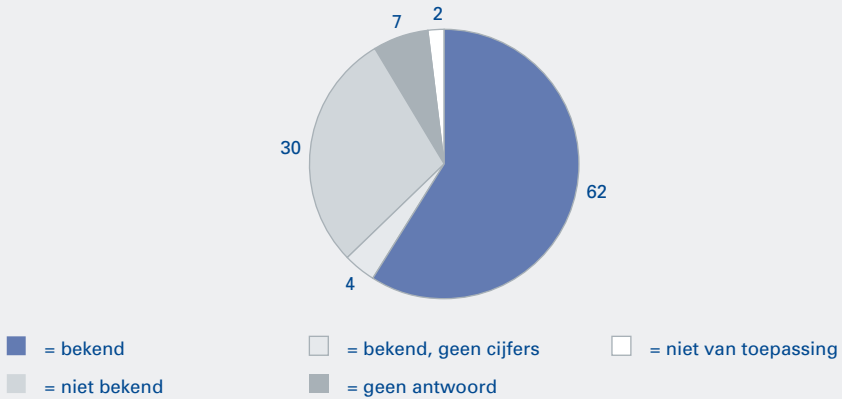
Relevante begrippen

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

Resultaten

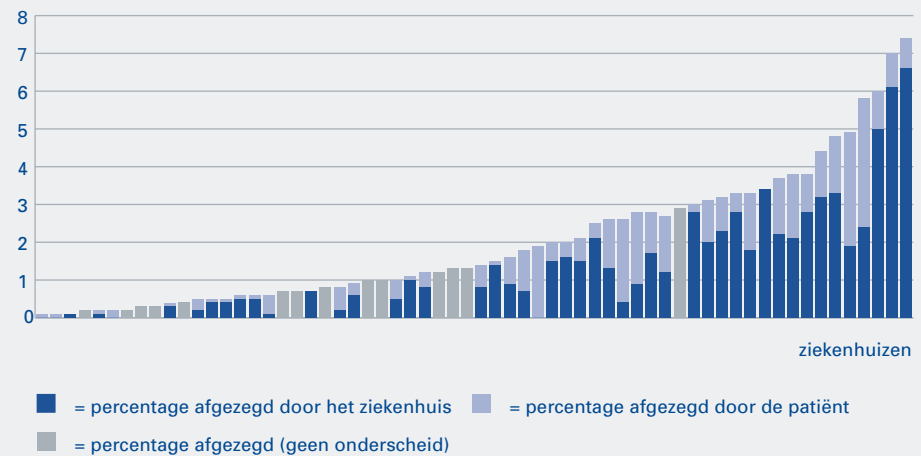
Figuur 2.4.1

Gegevens over afgezegde operaties, al dan niet beschikbaar (n=105)



Figuur 2.4.2

Percentage operaties afgezegd door ziekenhuizen en patiënten, weergegeven per ziekenhuis (n=62)



Figuur 2.4.1

Van de 105 ziekenhuizen geven 66 (63%) aan dat gegevens over afgezegde operaties beschikbaar zijn; dertig ziekenhuizen (29%) zeggen deze gegevens niet te hebben. Zeven ziekenhuizen geven geen antwoord op de vraag en voor twee ziekenhuislocaties is deze vraag niet van toepassing.

Van de 66 ziekenhuizen die gegevens beschikbaar hebben, geven 62 (93%) cijfers over afgezegde operaties; vier ziekenhuizen geven deze cijfers niet.

Figuur 2.4.2

Figuur 2.4.2 is een weergave van de percentages afgezegde operaties. Van de 66 ziekenhuizen die gegevens beschikbaar hebben, geven 62 (93%) cijfers over afgezegde operaties. Het percentage afgezegde operaties (n=62) varieert van 0,07 tot 7,44 procent. In de 62 ziekenhuizen wordt gemiddeld 1,99 procent van de electieve operaties afgezegd.

Van de 62 ziekenhuizen die cijfers beschikbaar hebben over afgezegde operaties, maken 48 ziekenhuizen onderscheid naar *door de patiënt* afgezegde operaties en *door het ziekenhuis* afgezegde operaties. In die 48 ziekenhuizen varieert het percentage *door de patiënt* afgezegde operaties van 0,02 tot 3,37 procent en is het gemiddelde percentage afzeggingen door patiënten 0,78 procent.

Bijna twee keer zo veel electieve operaties, namelijk 1,5 procent, wordt door de ziekenhuizen afgezegd. Het percentage *door het ziekenhuis* afgezegde operaties varieert in 48 ziekenhuizen van 0,03 tot 6,65 procent.

Van de 62 ziekenhuizen geven veertien alleen cijfers met betrekking tot ziekenhuisafzeggingen. In deze ziekenhuizen varieert het percentage afgezegde operaties van 0,02 tot 2,9 procent en is het gemiddelde percentage afzeggingen 0,9 procent.

Tabel 2.4.1

Percentage afgezegde operaties, uitgesplitst naar negen specialismen (n=8)

<i>Specialisme</i>	<i>Percentage afgezegde operaties ten opzichte van het aantal electieve operaties (%)</i>
Algemene chirurgie	2,5
Gynaecologie	1,6
Kaakchirurgie	2,1
KNO	1,4
Neurochirurgie	3,1
Oogheelkunde	3,4
Orthopedie	1,8
Plastische chirurgie	1,2
Urologie	2,4

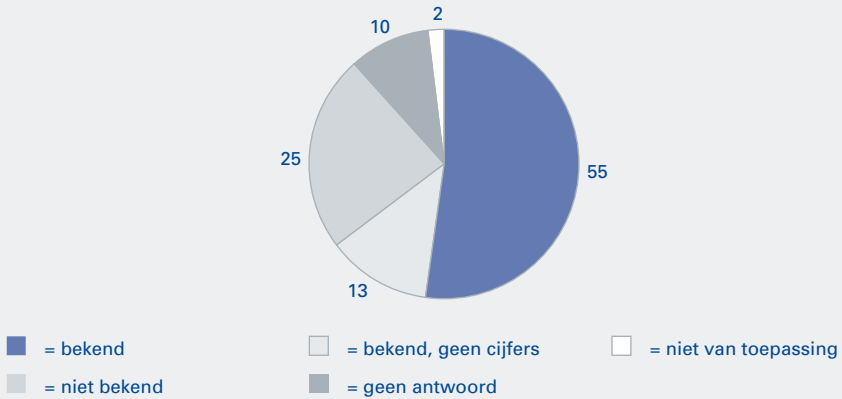
Tabel 2.4.1

Het beleid ten aanzien van OK-planning verschilt per ziekenhuis, maar binnen een ziekenhuis vaak ook per specialisme. Daarom is de mogelijkheid gegeven het aantal afgezegde electieve operaties niet alleen in totaal, maar ook per specialisme te registreren. Door acht ziekenhuizen is van deze mogelijkheid gebruikgemaakt.

Uit tabel 2.4.1 blijkt bijvoorbeeld dat het percentage afgezegde operaties bij algemene chirurgie in deze acht ziekenhuizen gemiddeld 2,5 procent is. Verder laten de gegevens zien dat het percentage afgezegde operaties het hoogst is bij oogheelkunde (3,4%) en het laagst bij plastische chirurgie (1,2%).

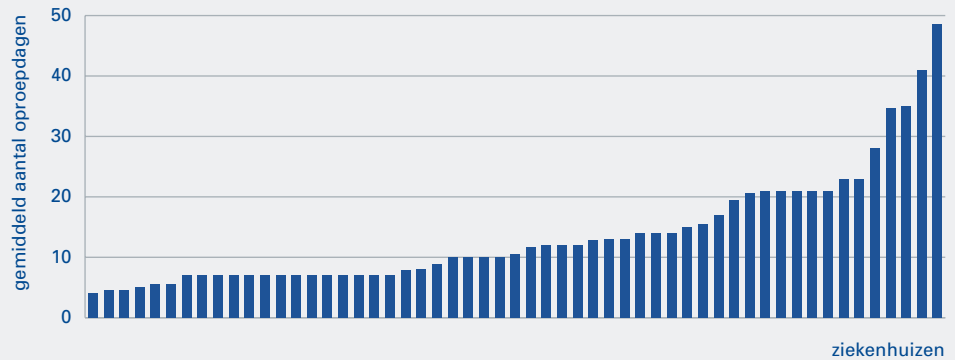
Figuur 2.4.3

Gemiddeld aantal dagen voordat patiënten voor een operatie worden opgeroepen, al dan niet bekend (n=105)



Figuur 2.4.4

Gemiddeld aantal dagen, gemeten vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot de dag van operatie, gemeten voor alle opgeroepen patiënten (n=55)



Figuur 2.4.3

Van de 105 ziekenhuizen geven 68 aan dat het gemiddelde aantal dagen vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot en met de dag van de operatie, bekend is. Van deze 68 geven 55 ziekenhuizen ook cijfers. Van de overige ziekenhuizen is bij 25 het aantal dagen niet bekend, tien ziekenhuizen geven geen antwoord en voor twee ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing.

Figuur 2.4.4

Van het gemiddeld aantal dagen vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot de dag van operatie hebben 55 ziekenhuizen cijfers bekend gemaakt. Dit gemiddeld aantal dagen varieert van 4 tot 48,5 dagen. In de figuur is zichtbaar dat veel ziekenhuizen hun patiënten 7 dagen, 14 dagen of 21 dagen voor de operatie oproepen.

Van de 105 ziekenhuizen geven 47 zowel het aantal opgeroepen patiënten voor een operatie als het totaal aantal electieve operaties. Bij 27 ziekenhuizen zijn deze aantallen gelijk; zij roepen evenveel mensen op als het aantal electieve operaties dat ze uitvoeren. Bij de andere twintig ziekenhuizen zijn de getallen minder vanzelfsprekend. Van de 105 ziekenhuizen geven 58 óf het aantal opgeroepen patiënten óf het aantal operaties, maar niet beide.

Conclusies

- 1 Bij 66 van de 105 ziekenhuizen (63%) is bekend hoeveel operaties afgezegd zijn.
- 2 Het percentage afgezegde operaties varieert van 0,07 tot 7,44 procent. In 62 ziekenhuizen wordt gemiddeld 1,99 procent van de electieve operaties afgezegd.
- 3 Het percentage *door de patiënt* afgezegde operaties (n=49) varieert van 0,02 tot 3,37 procent. Het gemiddelde percentage afzeggingen door patiënten is 0,78 procent.
- 4 Het percentage *door het ziekenhuis* afgezegde operaties (n=61) varieert van 0,03 tot 6,65 procent. Bijna twee keer zo veel electieve operaties, namelijk 1,38 procent, wordt door de ziekenhuizen afgezegd.
- 5 Door acht ziekenhuizen is gebruikgemaakt van de mogelijkheid om het aantal electieve operaties niet alleen in totaal, maar ook per specialisme te registreren. Het percentage operaties dat werd afgezegd, varieert per specialisme van 1,2 tot 3,4 procent.
- 6 Van de 105 ziekenhuizen geven 68 ziekenhuizen (65%) aan dat het gemiddelde aantal dagen vanaf de dag dat de patiënt is opgeroepen tot en met de dag van de operatie, bekend is. Van deze 68 maken 55 ziekenhuizen ook daadwerkelijk cijfers bekend.
- 7 Het gemiddelde aantal dagen tussen oproep en operatie varieert van 4 tot 48,5 dagen (n=55). De meeste ziekenhuizen roepen hun patiënten 7 dagen, 14 dagen of 21 dagen voor de operatie op.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over het percentage afgezegde operaties.
- 2 Het percentage afgezegde operaties is kleiner dan 0,2 procent of groter dan 4,5 procent.
- 3 Het percentage door het ziekenhuis afgezegde operaties is 0,1 procent of kleiner of groter dan 3,0 procent.
- 4 Het percentage door de patiënt afgezegde operaties is kleiner dan 0,08 procent of groter dan 1,6 procent.

II.5 Ongeplande heroperaties

Beschikbare indicatoren

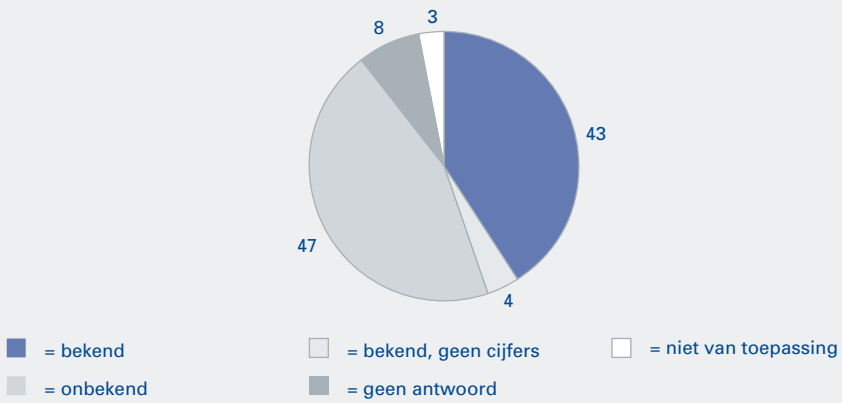
- 1 Percentage ongeplande heroperaties van het totaal aantal operaties in 2004.
- 2 De drie typen initiële operaties die het meest frequent aanleiding geven tot een heroperatie.
- 3 Facultatief: Percentage heroperaties na een hernia inguinalis in 2004.

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

Resultaten

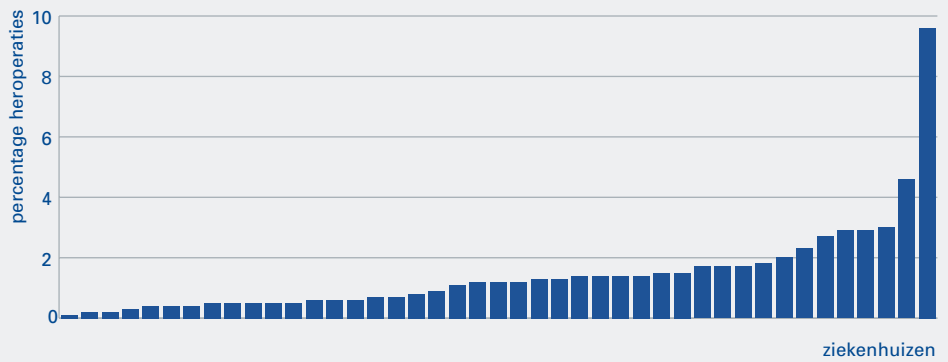
Figuur 2.5.1

Beschikbaarheid van gegevens over het percentage (ongeplande) heroperaties (n=105)



Figuur 2.5.2

Percentage (ongeplande) heroperaties van het totaal aantal operaties in 2004 (n=43)



Figuur 2.5.1

Van de 105 ziekenhuizen geven 47 (45%) aan dat het percentage heroperaties bekend is; hiervan geven vier geen cijfers. Vijf van deze ziekenhuizen geven in hun toelichting specifiek aan geen onderscheid te kunnen maken tussen ongeplande en geplande heroperaties. In de verschillende toelichtingen wordt benadrukt dat heroperaties binnen 30 dagen bijna altijd ongepland zijn. De meeste ziekenhuizen geven aan een tijdsbestek van 30 dagen voor heroperaties te hanteren, ook al is bij deze indicator geen (duidelijk) tijdslimiet vermeld.

In 47 ziekenhuizen is het percentage heroperaties niet bekend. Voor drie ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing en acht ziekenhuizen geven geen antwoord.

Figuur 2.5.2

Bij de 43 ziekenhuizen waarbij heroperaties worden geregistreerd, varieert het percentage heroperaties van 0,1 tot 9,6 procent met een gemiddelde van 1,2 procent.

De twee ziekenhuizen met de hoogste percentages heroperaties (4,6% en 9,6%) geven in de toelichting geen duidelijke verklaring voor de hoge waarde, wel behoren zij tot de vijf ziekenhuizen die zowel de geplande als ongeplande heroperaties hebben meegenomen.

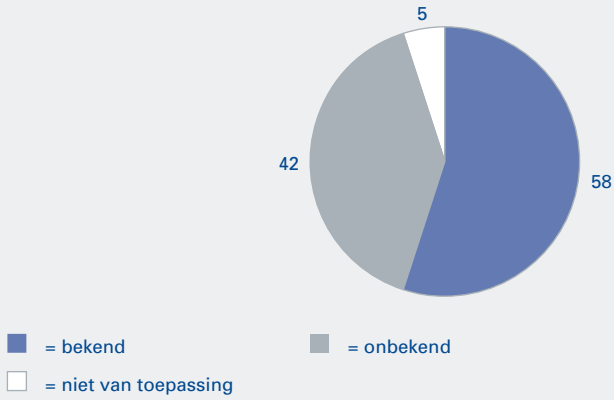
Door 21 ziekenhuizen wordt genoemd welke initiële operaties het meest frequent aanleiding geven tot een heroperatie, zie tabel 2.5.1. Sommige ziekenhuizen geven alleen de reden van de heroperatie (bijvoorbeeld nabloeding) in plaats van de initiële operatie.

Tabel 2.5.1

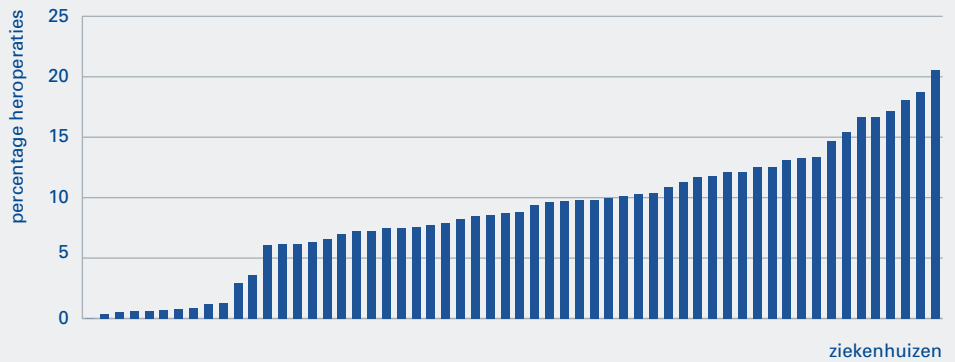
Initiële operaties die het meest frequent aanleiding geven tot heroperatie

<i>Operatie</i>	<i>Aantal</i>
Maag/darm	15
Hart/vaten	10
Borsten	8
Galblaas	5
Heup/knie	5
Keel-/neusamandelen	4

Figuur 2.5.3

Beschikbaarheid van gegevens over het percentage heroperaties na een hernia inguinalis (n=105)

Figuur 2.5.4

Percentage ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis (n=58)

Figuur 2.5.3

Van de 105 ziekenhuizen is bij 58 (55%) het percentage heroperaties na een hernia inguinalis bekend. Bij 42 ziekenhuizen is het percentage onbekend en voor vijf ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing.

Negen ziekenhuizen geven in hun toelichting aan dat heroperaties bij een hernia inguinalis vele jaren later kunnen voorkomen. Derhalve lijkt het hanteren van een tijdsinterval bij deze indicator gewenst.

Figuur 2.5.4

Van de 58 ziekenhuizen die cijfers leveren, is het gemiddelde percentage heroperaties na een hernia inguinalis 8,8 procent met een minimum van 0 en een maximum van 20,6 procent.

Conclusies

- 1 Bijna de helft van de ziekenhuizen kan cijfers aanleveren over (ongeplande) heroperaties; dit is bijna twee keer zoveel als in 2003.
- 2 Opvallend is dat het aantal ziekenhuizen dat cijfers levert voor de ongeplande heroperaties (41%) lager is dan het aantal dat cijfers levert voor de ongeplande heroperaties na een hernia inguinalis (55%).
- 3 Het gemiddelde percentage ongeplande heroperaties is 1,2.
- 4 De drie initiële operaties die het meest tot heroperatie leiden, zijn operaties aan maag en darm, hart en vaten en aan de borsten.
- 5 Het gemiddelde percentage heroperaties na een hernia inguinalis is 8,8.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis is niet in staat om gegevens over het percentage heroperaties te verstrekken.
- 2 Het ziekenhuis heeft meer dan 2,75 procent heroperaties uitgevoerd.
- 3 Het ziekenhuis heeft minder dan 0,4 procent heroperaties uitgevoerd.
- 4 Het ziekenhuis heeft meer dan 16 procent heroperaties na een hernia inguinalis uitgevoerd.
- 5 Het ziekenhuis heeft minder dan 2 procent heroperaties na een hernia inguinalis uitgevoerd.

II.6 Intensive Care

Beschikbare indicatoren

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

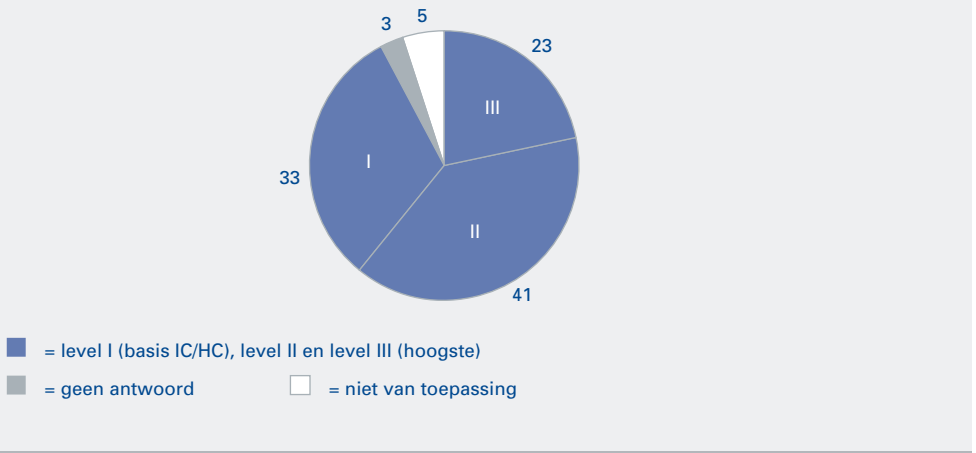
Relevante begrippen	
IC level III	Voorheen niveau 1 ^[7] , hoogste level IC, gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd meerdere vitale functies verstoord zijn, waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is.
IC level II	Is gericht op patiënten met ernstige ziekten maar op deze afdelingen hoeft men niet in staat te zijn patiënten met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen.
IC level I	Voorheen niveau 3, basis IC of HC, gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van één vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met een beademingsnoodzaak die naar verwachting niet langer duurt dan twee tot drie dagen.
Geregistreerde intensivist	Medisch specialist die na zijn primaire specialistenopleiding (meestal anesthesiologie, interne geneeskunde, chirurgie of kindergeneeskunde) een extra specialisatie in de intensive care geneeskunde heeft gevolgd in een door de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC) erkende opleidingskliniek.
FTE intensivist	Het percentage werktijd van een medisch specialist met een volledige werkweek dat aan de IC wordt besteed.
Beademingsdag	Iedere kalenderdag waarop een patiënt wordt beademd, exclusief beademing tijdens een operatie en kortdurende postoperatieve nabeademing. Hoewel dit leidt tot een gemiddelde overschatting van de totale beademingsduur met ongeveer een half etmaal per patiënt is het een goede maat voor de verpleegkundige en medische werkbelasting, die hoger is bij het starten en beëindigen van de beademing.
Opnamedag	Iedere kalenderdag waarop de patiënt op de IC was opgenomen, inclusief de dag van opname en de dag van ontslag.

[7] Richtlijn IC-niveaus uit: Advies organisatie en werkwijze op Intensive Care-afdelingen, CBO, 1993.

Resultaten

Figuur 2.6.1

Level van de IC, volgens opgave van het ziekenhuis, na correctie voor verwisselingen tussen level I en level III (n=105)



Tabel 2.6.1

Bevestiging van het IC-level bij visitatie (n=97)

Level van de IC	Gevisiteerd		Niet gevisiteerd	
	Level bevestigd	Level niet bevestigd		
	N (%)	N (%)	N (%)	
Level III (hoogste)	18 (78)	1 (4)	4 (17)	23
Level II	18 (44)	1 (2)	22 (54)	41
Level I (basis IC/HC)	19 (58)	2 (6)	12 (36)	33
	55 (57)	4 (4)	38 (39)	97

Figuur 2.6.1

Van de 105 ziekenhuizen geven 97 aan op welk niveau zij intensive care verlenen, drie ziekenhuizen vermelden geen enkel gegeven over hun IC-afdeling(en) en in vijf instellingen is geen IC aanwezig. In de nieuwe richtlijn is de naamgeving van het level van de IC in overeenstemming met internationaal gebruik gewijzigd in level III voor de meest complexe patiënten en level I voor basis IC. Het gebruik van deze level-indeling wordt nog niet overal toegepast, waardoor zeven ziekenhuizen nog een level publiceren dat niet overeenkomt met de werkelijkheid. Twee grote IC afdelingen, toegerust voor de behandeling van complexe IC-patiënten, waarden zichzelf als basis IC; vijf kleine basis IC-afdelingen geven zichzelf een level III, behorend bij het hoogste niveau.

Na correctie voor deze evidente verwisselingen tussen level I en level III is de verdeling: 23 IC-afdelingen op level III (hoogste niveau), 41 op level II en 33 op level I (basis IC/HC).

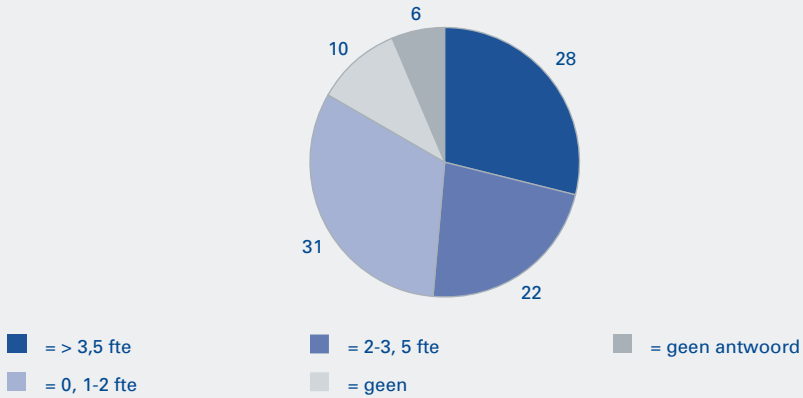
Tabel 2.6.1

Visitatie door de beroepsgroep is een belangrijk middel om de kwaliteit van de medisch specialistische zorg te borgen. Ongeveer 60 procent van de afdelingen is gevisiteerd. Visitatie is een voorwaarde voor de opleidingsbevoegdheid van medisch specialisten; de kwaliteitsvisitatie voor niet-opleidingsafdelingen is vrijwillig. Omdat level III afdelingen vaak ook intensivisten opleiden, zijn zij meestal gevisiteerd (78%). Bij visitatie is een belangrijk onderwerp of de afdeling voldoet aan de kwaliteitscriteria voor het opgegeven level. Bij 55 IC-afdelingen is het door het ziekenhuis opgegeven level bevestigd, vier afdelingen geven aan (nog) niet (volledig) te voldoen aan de criteria. In ziekenhuizen die opgeven over een IC level II te beschikken, is ruim de helft (56%) niet gevisiteerd. Visitatie voor level II is vrijblijvend en verwacht mag worden dat ziekenhuizen die niet voldoen aan de gestelde criteria, geen visitatie aanvragen. Daarom is de kans aanzienlijk dat deze afdelingen het niveau van de zorg die zij kunnen bieden, overschatten. Dit blijkt ook uit een eerder dit jaar gepubliceerd inspectieonderzoek naar de kwaliteit van IC-afdelingen.

De Intensive Care (IC) wordt als één van de kernfuncties van ziekenhuizen beschouwd. Op een IC-afdeling kunnen patiënten worden behandeld en bewaakt als de vitale functies, zoals ademhaling, bloedsomloop, lever- en nierfunctie of hersenfunctie verstoord of bedreigd zijn. In ieder ziekenhuis dient de mogelijkheid te bestaan om een kortdurende verstoring van één orgaansysteem in samenhang met de noodzaak tot beademing op te vangen, bijvoorbeeld na een operatie (vroeger niveau 3, nu level I). De opvang en behandeling van complexe problemen, waarbij sprake is van ernstige verstoring van meerdere orgaansystemen, vaak bij patiënten met een uitgebreid onderliggend ziektebeeld, vindt bij voorkeur plaats in een gespecialiseerde IC-afdeling (vroeger niveau 1 en 2, nu level III en II). De vereniging van intensivisten (NVIC) heeft in concept een richtlijn opgesteld, die aangeeft aan welke kwaliteitseisen de verschillende niveaus dienen te voldoen^[8].

[8] NVIC Conceptrichtlijn organisatie en werkwijze op IC afdelingen. Versie 12f. februari 2005. www.nvic.nl

Figuur 2.6.2

FTE geregistreerde intensivisten, beschikbaar voor de IC (n=97)

Tabel 2.6.2

Formatie intensivisten naar het level van de IC (n=97)

Level van de IC	> 3,5 fte	2 - 3,5 fte	< 2 fte	Geen	Geen gegevens	Totaal
IC level III	20	3				23
IC level II	8	13	15	1	4	41
IC level I		6	16	9	2	33
	28	22	31	10	6	97

Figuur 2.6.2

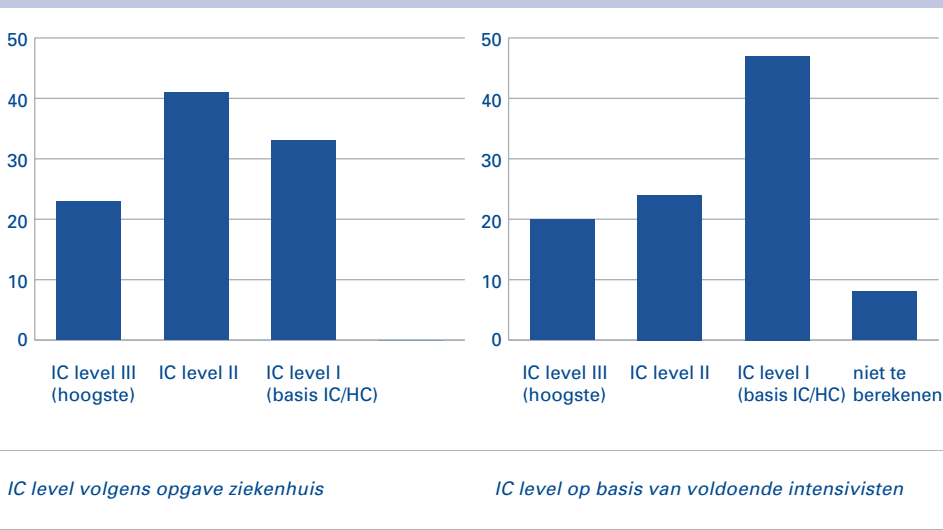
In de 91 ziekenhuizen die gegevens publiceren over het aantal fte intensivisten, zijn in totaal 306,9 fte intensivisten beschikbaar voor de intensive care afdeling. Het aantal fte intensivisten varieert van nul (in 9 ziekenhuizen) tot 25,1. Afgezet naar het level van de verleende IC, zijn er op IC-afdelingen van level III gemiddeld 8,6 fte beschikbaar, in level II IC-afdelingen gemiddeld 2,3 fte en in IC-afdelingen van level I (basis IC/HC) gemiddeld 1,04 fte.

Tabel 2.6.2

Van de 23 level III IC-afdelingen hebben twintig afdelingen meer dan 3,5 fte geregistreerde intensivisten. De overige drie afdelingen hebben te weinig intensivisten om een 7x24-uursbezetting van intensivisten te garanderen. Acht level II afdelingen beschikken eveneens over 3,5 of meer fte intensivist en dertien afdelingen hebben meer dan 2 fte. Dat wil zeggen dat 21 level II afdelingen voldoende intensivisten hebben om in ieder geval voor een beperkte periode 7x24-uurs bezetting mogelijk te maken.

In de conceptrichtlijn 'Organisatie en werkwijze voor IC afdelingen', is de continue en exclusieve beschikbaarheid van een intensivist een belangrijke kwaliteitseis voor IC-afdelingen van level II en III. Voor een 7x24-uursbezetting berekent de Arbeidsvoorwaarderegeling Medisch Specialisten (AMS) een minimum van 3,5 tot 3,8 fte, afhankelijk van de leeftijd van de betrokken specialisten. Omdat in een IC level II mogelijk niet continue zeer complexe patiënten opgenomen zijn, is het mogelijk dat hier met minder fte nog verantwoorde zorg geleverd kan worden.

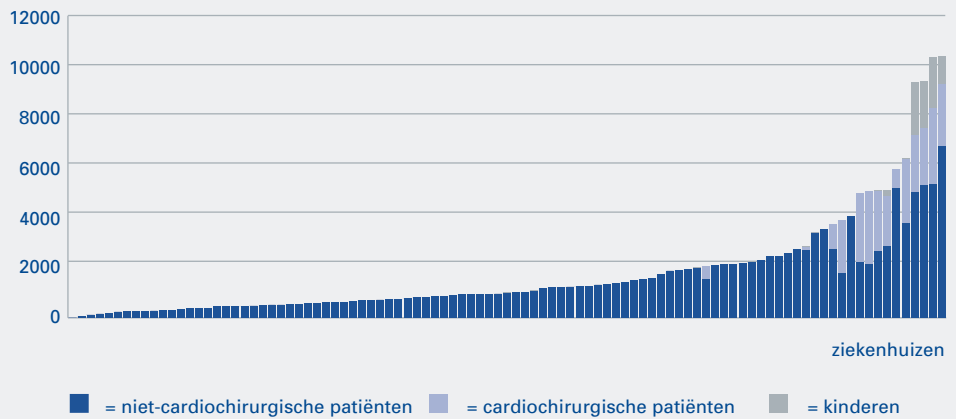
De inspectie hecht veel waarde aan een medisch-specialistische bezetting die in overeenstemming is met de mate van complexiteit van zorg. Zij gaat ervan uit dat ziekenhuizen met minder dan 3,5 fte intensivisten niet voldoen aan de criteria voor een IC level III. Op een IC level II moet te allen tijde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



Op basis van de minimaal benodigde bezetting daalt het aantal ziekenhuizen met een IC level III van 23 naar 20 en het aantal ziekenhuizen met een IC level II halveert van 41 naar 24.

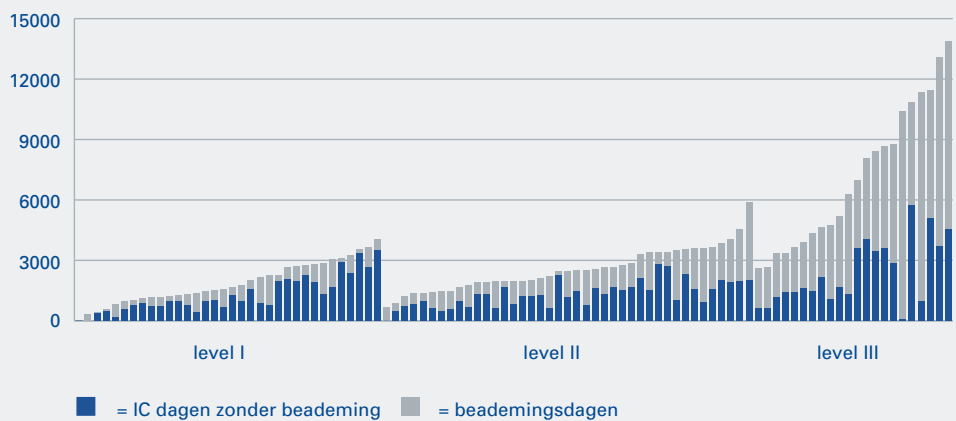
Figuur 2.6.3

Aantal beademingsdagen volwassenen (niet-cardiochirurgisch en cardiochirurgisch) en beademingsdagen voor kinderen opgeteld (n=95)



Figuur 2.6.4

Verhouding beademingsdagen en overige IC-dagen per IC level (n=95)



Figuur 2.6.3

Het totaal aantal beademingsdagen op een IC-afdeling wordt beschouwd als een maat voor de zorgzwaarte van een IC-afdeling. 95 ziekenhuizen registreerden samen 174.496 beademingsdagen. Het aantal beademingsdagen varieert van nul tot meer dan 10.000 per afdeling per jaar. Het gemiddeld aantal beademingsdagen per IC-niveau is verschillend: level III gemiddeld 4.745, level II gemiddeld 1.225 en level I gemiddeld 620.

Figuur 2.6.4

In level I en level II afdelingen is het aantal beademingsdagen in de meeste ziekenhuizen minder dan de helft van het totaal aantal IC-dagen. Dit varieert van 6 tot ruim 75 procent met een gemiddelde van 34 in level I en 47 in level II. In de level III afdelingen worden patiënten gemiddeld op 65 procent van de IC-dagen beademd, met een spreiding van 47 tot 96 procent.

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

Conclusies

- 1 Er zijn veel meer gegevens over de IC door de ziekenhuizen verstrekt in vergelijking met 2003. Twee ziekenhuizen geven geen informatie.
- 2 In de nieuwe richtlijn is de naamgeving van het level van de IC in overeenstemming met internationaal gebruik gewijzigd in level III voor de meest complexe patiënten en level I voor basis IC. Dit is nog niet door elk ziekenhuis overgenomen, waardoor soms een level is gepubliceerd dat niet overeenkomt met de werkelijkheid.
- 3 Visitatie door de beroepsgroep is nog niet overal gebruikelijk. Met name in de level II afdelingen blijft visitatie achter.
- 4 In één ziekenhuis met een IC level II en negen ziekenhuizen met een IC level I zijn geen intensivisten beschikbaar. Zes ziekenhuizen zeggen niet te weten hoeveel fte geregistreerde intensivisten beschikbaar zijn voor de IC.
- 5 Op basis van de minimaal benodigde formatie intensivisten die vereist is om continuïteit van zorg te bieden, daalt het aantal ziekenhuizen met een IC level III van 23 naar 20, het aantal ziekenhuizen met een IC level II halveert bijna.
- 6 Het aantal beademingsdagen varieert sterk namelijk van 0 dagen in een jaar op een kleine IC van een categoriaal ziekenhuis tot meer dan 10.000 beademingsdagen in een universitair medisch centrum. Het gemiddeld aantal beademingsdagen per IC-niveau is verschillend.
- 7 De verhouding tussen beademingsdagen en IC-dagen zonder beademing is te beschouwen als een maat voor de zorgzwaarte. Hierin verschillen met name level I en level II afdelingen met een variatie van minder dan 10 procent tot rond 75 procent beademingsdagen. Ook in IC afdelingen level III zijn de verschillen groot. Hier is echter tenminste de helft van de IC-dagen beademing nodig en wordt gemiddeld 65 procent van de patiënten beademd.

Reactie inspectie

De inspectie doet gericht onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over de IC afdeling.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan dat het aantal intensivisten niet bekend is.
- 3 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over het aantal beademingsdagen.
- 4 Het ziekenhuis geeft aan over een IC level III (hoogste level) te beschikken, maar kan dit niet onderbouwen aan de hand van een visitatierapport, de continue beschikbaarheid van een geregistreerde intensivist (>3,5 fte), of het aantal beademingsdagen.
- 5 Het ziekenhuis geeft aan over een IC level II te beschikken, maar kan dit niet onderbouwen aan de hand van een visitatierapport; kan niet te allen tijde een geregistreerde intensivist raadplegen (> 2 fte); of heeft een onverwacht laag aantal beademingsdagen in verhouding tot de overige IC-dagen.

III INDICATOREN BIJ SPECIFIEKE AANDOENINGEN OF INGREPEN

III.1 Zwangerschap

Beschikbare indicatoren

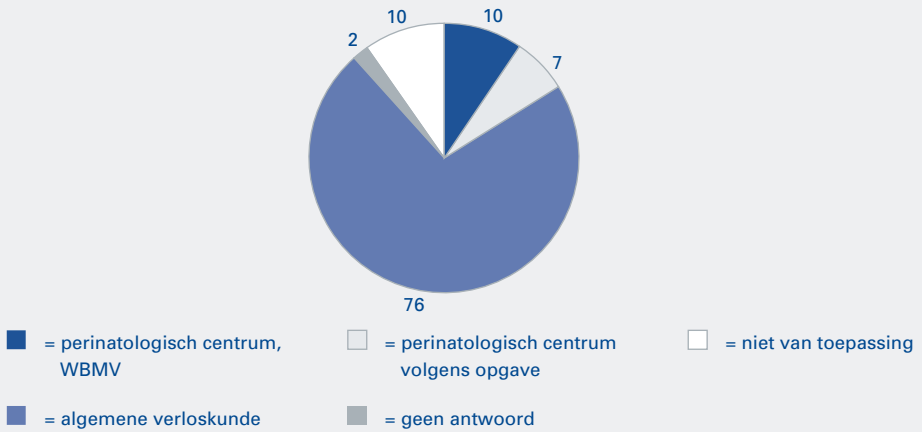
- 1 Niveau van verloskundige zorg: perinatologisch centrum (derdelijn) of tweedelijnscentrum.
- 2 Totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.
- 3 VOKS-percentiel voor primaire sectio's berekend voor een zwangerschapsduur van 37 tot 42 weken.
- 4 VOKS-percentiel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

Relevante begrippen	
Perinatologisch centrum	Een derdelijnscentrum waar de zorg is toegerust voor specifieke en ernstige pathologie tijdens de zwangerschap, baring en na de zwangerschap en waar zonodig intensive care geboden kan worden voor de pasgeborene. De inspectie verstaat onder een perinatologisch centrum een derdelijns voorziening met neonatologische IC en verloskundige HC met een vergunning onder de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV).
Primaire sectio	Geplande keizersnede; vóór de bevalling begint is besloten een keizersnede uit te voeren.
Secundaire sectio	Keizersnede in verband met complicaties tijdens de bevalling.
Kenmerken van zwangeren	Een bepaalde samenstelling van de patiëntenpopulatie kan ervoor zorgen dat de kans op een keizersnede groter is dan normaal. Kenmerken van zwangeren zijn bijvoorbeeld leeftijd, etnische achtergrond of verhoogde bloeddruk.
VOKS	Verloskundige Onderlinge KwaliteitsSpiegeling.
VOKS-percentiel	Geeft het verschil tussen het werkelijke aantal keizersneden in een ziekenhuis en het aantal keizersneden dat door de gemiddelde Nederlandse gynaecoloog in deze praktijk gedaan zou zijn als rekening wordt gehouden met een aantal kenmerken van zwangeren. Een VOKS-percentiel p90 wil zeggen dat 90 procent van alle gynaecologenpraktijken bij eenzelfde populatiesamenstelling minder keizersneden uitvoeren.

Resultaten

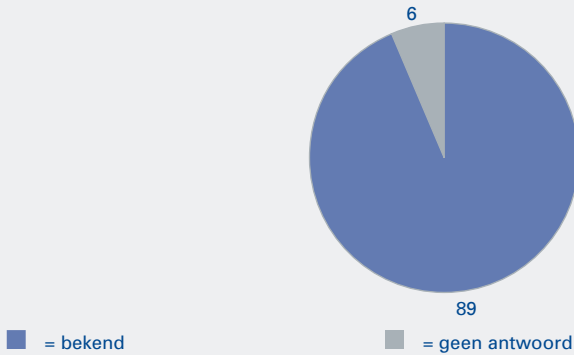
Figuur 3.1.1

Niveau van verloskundige zorg: perinatologisch centrum (derdelijn) of tweedelijnscentrum (n=105)



Figuur 3.1.2

Aantal bevallingen bekend (n=95)



Figuur 3.1.1

In 76 ziekenhuizen of locaties is sprake van een tweedelijns verloskundepraktijk, zeventien ziekenhuizen (18%) geven aan een perinatologisch centrum te hebben. Twee ziekenhuizen hebben geen gegevens aangeleverd.

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

Figuur 3.1.2

Van de 95 ziekenhuizen of locaties met een verloskundeafdeling geven 89 het totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Het aantal bevallingen varieerde van 296 tot 2.819, met een gemiddelde van 1.250 bevallingen per jaar per ziekenhuis. Het totale aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog is in deze ziekenhuizen 112.170; bijna 58 procent van het totale aantal geboorten in dat jaar in Nederland.^[9] Het werkelijke percentage tweedelijns bevallingen kan hiervan verschillen. Enkele ziekenhuizen geven in hun toelichting aan dat ze de bevallingen bij te vroeggeborenen niet meerekenen. Andere ziekenhuizen hebben ook de bevallingen onder leiding van een verloskundige opgenomen.

[9] CBS: totaal aantal geboorten 2004: 194.007

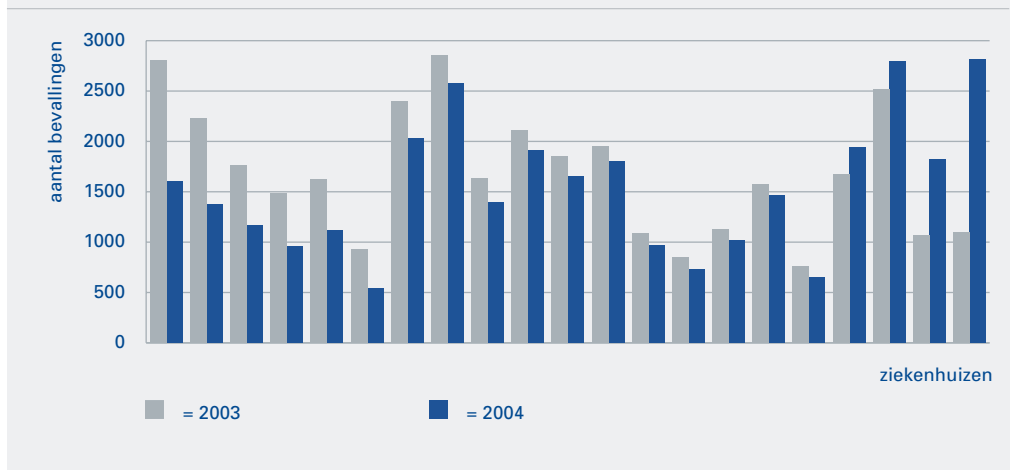
Tabel 3.1.1

Verdeling van praktijken naar omvang in 2003 en 2004, gebaseerd op het aantal bevallingen onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog

Praktijkomvang Aantal bevallingen olv gynaecoloog	Aantal praktijken 2003 n=85		Aantal praktijken 2004 n=90	
	n	%	n	%
	<500	3	3,3	3
500 - 750	8	12,6	12	10,6
750 - 1000	20	16,8	16	23,5
1000 - 1500	29	36,8	35	34,1
1500 - 2000	17	20,0	19	18,8
>2000	8	15,3	5	5,9

Figuur 3.1.3

Ziekenhuizen waar de omvang van de verloskundepraktijk tussen 2003 en 2004 sterk verschilt (tenminste 100 bevallingen meer of minder, n=21)



Tabel 3.1.1

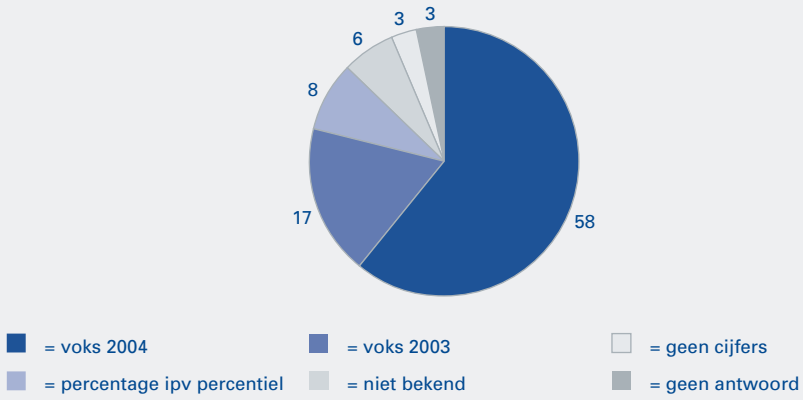
De praktijkomvang gebaseerd op het aantal bevallingen per jaar laat geringe verschuivingen zien. Het aantal kleine praktijken is relatief wat toegenomen, vooral door een toename van praktijken met 750 tot 1.000 bevallingen per jaar. Van de elf kleine praktijken waar in 2003 minder dan 750 bevallingen plaatsvonden, hebben twee het aantal bevallingen in 2004 niet opgegeven, de overige negen zijn ongewijzigd in omvang. Daarnaast zijn er in 2004 zes kleine praktijken waar in 2003 wel meer dan 750 bevallingen plaatsvonden.

Figuur 3.1.3

De meeste ziekenhuizen zagen een lichte afname van het aantal bevallingen, samenhangend met een teruglopend geboortecijfer. Het verschil tussen 2003 en 2004 is in de meeste ziekenhuizen gering. In 21 ziekenhuizen bedroeg het verschil tussen het aantal bevallingen in 2003 en 2004 echter meer dan 100 bevallingen, in achttien ziekenhuizen een afname van 106 tot meer dan 1.200 bevallingen en in vier ziekenhuizen een toename van 266 tot ruim 1.700 bevallingen.

Figuur 3.1.4

Aantal ziekenhuizen waar de VOKS-percentiel bekend is (n=95)



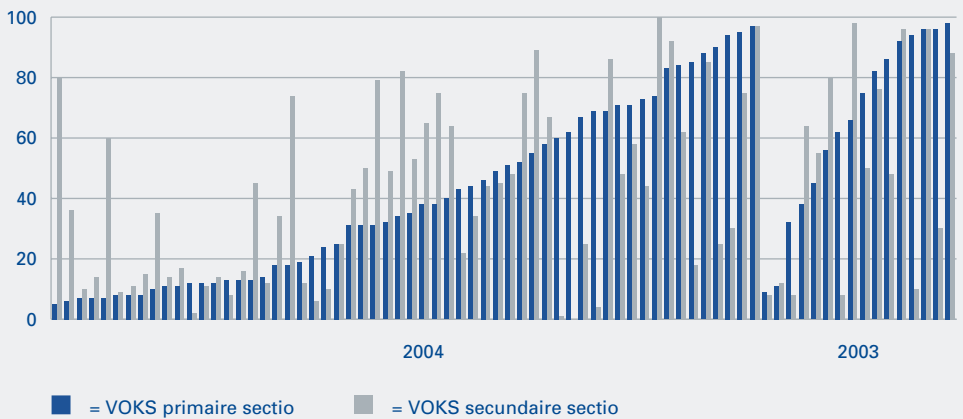
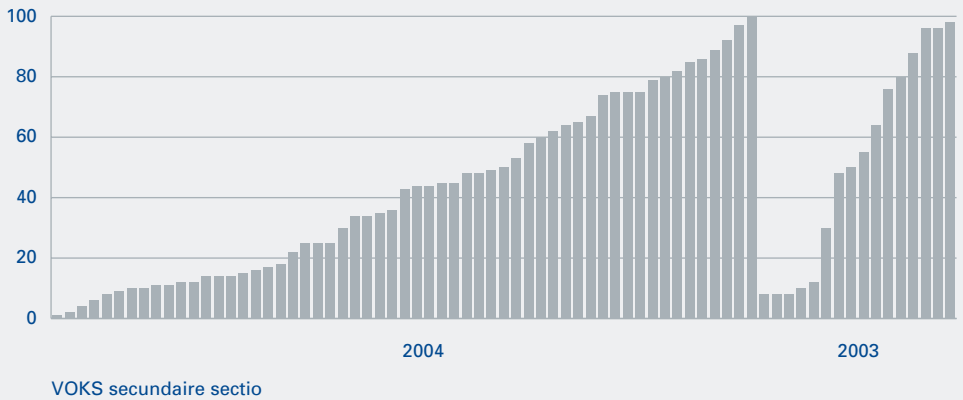
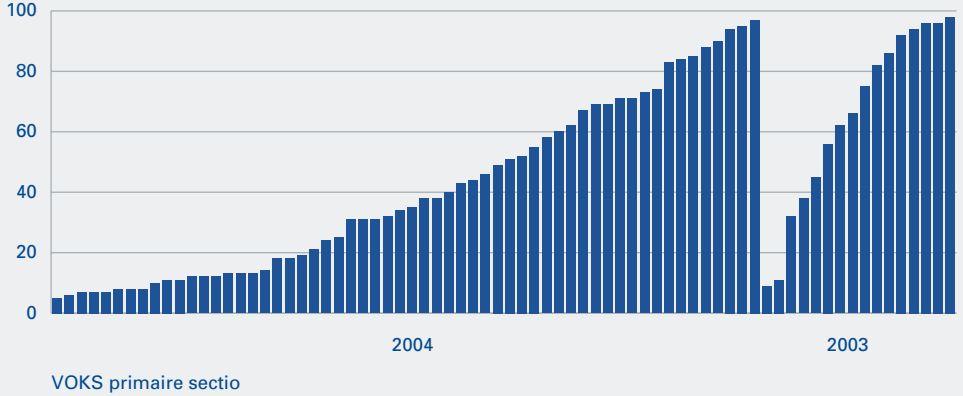
Figuur 3.1.4

De VOKS-percentiel blijft voor het management in veel ziekenhuizen een moeilijk te verkrijgen of moeilijk te interpreteren gegeven. Zes ziekenhuizen zeggen de VOKS niet te kennen of nemen geen deel aan de VOKS, zes ziekenhuizen beantwoorden de vraag niet of geven geen cijfers. Acht ziekenhuizen publiceren het (ongecorrigeerde) percentage keizersneden in plaats van de VOKS-percentiel. Dit blijkt uit de toelichting of uit een vergelijking met de sectio-percentages die zij in 2003 publiceerden. In zeventien ziekenhuizen waren de VOKS-percentielen over 2004 nog niet bekend bij het publiceren van de prestatie-indicatoren. Zij rapporteren, zoals gevraagd, de percentielen over 2003. De overige 58 ziekenhuizen geven wel de gegevens over 2004, vaak samen met die van 2003.

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

Figuur 3.1.5

Verdeling VOKS-percentielen primaire en secundaire sectio



Figuur 3.1.5

De percentielen voor primaire sectio laten zien dat negen ziekenhuizen onder de p10 zitten en acht boven de p90. Bij de secundaire sectio's zitten eveneens negen ziekenhuizen onder de p10 en zes boven de p90. Bij vergelijking van de percentielen voor primaire en secundaire keizersneden per ziekenhuis vallen duidelijke verschillen op. Twee ziekenhuizen hebben voor zowel primaire als secundaire sectio's een VOKS-percentiel onder de p10. In deze ziekenhuizen wordt naar verhouding niet vaak tot een keizersnede overgegaan. Eén ziekenhuis heeft voor zowel primaire als secundaire sectio's een VOKS-percentiel boven de p90. In deze ziekenhuizen wordt relatief vaak tot een keizersnede overgegaan. Zeven ziekenhuizen hebben een lage VOKS-percentiel voor primaire sectio's, maar gaan wel relatief vaak over tot een secundaire sectio. In twee ziekenhuizen is deze verhouding omgekeerd, en gebeurt relatief vaak een primaire sectio ($> p80$), terwijl er minder vaak secundaire sectio's zijn ($< p20$). In de overige ziekenhuizen ligt de VOKS-percentiel voor zowel de primaire als de secundaire sectio tussen de p20 en p80.

Conclusies

- 1 De inspectie verstaat onder een perinatologisch centrum een derdelijns voorziening met neonatologische IC en verloskundige HC met een vergunning onder de WBMV.
- 2 Zeven ziekenhuizen die niet over een vergunning gebaseerd op de WBMV beschikken, geven wel aan dat zij een perinatologisch centrum hebben. Wat dit inhoudt, is niet duidelijk.
- 3 Het aantal ziekenhuizen met een relatief kleine verloskundige praktijk is toegenomen, het aantal ziekenhuizen met een zeer kleine praktijk is gelijk gebleven.
- 4 De VOKS-percentiel blijkt nog steeds een moeilijke indicator, hoewel deze percentiel voor iedere gynaecologenpraktijk in Nederland wordt berekend.
- 5 Landelijk gestandaardiseerde registratie van gegevens over de zwangerschap en bevalling is in alle ziekenhuizen gebruikelijk voor de interne kwaliteitsbewaking van de gynaecologen. Dit betekent dat het registreren van deze indicator de registratielast van ziekenhuizen niet verhoogt.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog.
- 2 Het ziekenhuis geeft geen cijfers over de VOKS-percentiel.
- 3 Het ziekenhuis geeft een percentage van, in plaats van de gevraagde VOKS-percentiel.
- 4 De VOKS-percentiel ligt onder de p10.
- 5 De VOKS-percentiel ligt boven de p90.
- 6 Er bestaat een groot verschil tussen de VOKS-percentiel voor primaire en secundaire sectio.

III.2 Diabetes mellitus

Beschikbare indicatoren

- 1 De beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg.
- 2 Het gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[10].
- 3 De gemiddelde HbA1c-waarde bij patiënten met diabetes mellitus, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[10].
- 4 Het percentage van de bij de internist bekende patiënten met diabetes, die een fundusscopie of -fotografie hebben ondergaan, bij voorkeur afzonderlijk voor patiënten met diabetes type I en type II^[10].

Relevante begrippen	
Geïntegreerde diabeteszorg	Duidelijke werkafspraken en taakomschrijvingen voor instellingen en hulpverleners (intramuraal en transmuraal) betrokken bij diabeteszorg, waarbij een casemanager of coördinator voor de patiënt is aangewezen. Hierbij is het wenselijk te komen tot één regionaal patiëntendossier, ongeacht welke vorm (papier of elektronisch) dat toegankelijk is voor alle hulpverleners op alle locaties.
HbA1c	Een maat voor de gemiddelde bloedglucosespiegel gedurende de voorafgaande 6 weken. Dit geeft aan hoe goed bij een individuele patiënt de diabetes onder controle is. Door de bloedglucosespiegel op een adequaat niveau te stabiliseren kunnen complicaties, zoals hart- en vaatziekten of oogafwijkingen, worden voorkomen of uitgesteld.
Gemiddelde HbA1c-waarde	De som van alle HbA1c-waarden in een praktijk voor interne geneeskunde gedeeld door het aantal bepalingen. Een hoog gemiddelde kan betekenen dat er relatief veel 'moeilijke' diabetespatiënten zijn, het kan ook een aanwijzing zijn dat er bij een effectieve diabetesbehandeling nog winst te boeken is.
Diabetes type I	Insuline-afhankelijke diabetes mellitus, ook wel jeugddiabetes genoemd.
Diabetes type II	Oorspronkelijk niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus, ook wel ouderdomsdiabetes genoemd.
Fundusscopie, -fotografie	Onderzoek van het netvlies om retinopathie, een ernstige complicatie van diabetes, op te sporen. Tijdige behandeling kan ernstige schade aan het oog voorkomen.

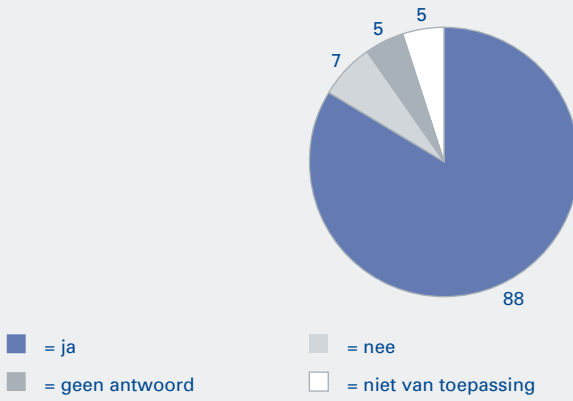
[10] Het doel van de behandeling van diabetes mellitus patiënten is het bereiken van een normoglycaemie. De behandeling van type I en type II kan hierbij verschillen. Het is daarom verstandig het resultaat van geïntegreerde diabeteszorg af te meten aan het apart

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

Resultaten

Figuur 3.2.1

Beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg (n=105)



Figuur 3.2.1

In 88 ziekenhuizen (84%) is sprake van geïntegreerde diabeteszorg. Bij zeven ziekenhuizen is de diabeteszorg niet geïntegreerd en vijf ziekenhuizen geven geen antwoord op deze vraag. Voor vijf ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing, omdat zij patiënten niet primair voor diabetes behandelen.

De vormgeving van de diabeteszorg is door de ziekenhuizen in kaart gebracht aan de hand van de aspecten die in het toelichtingschema bij de indicator genoemd worden. Aspecten die door de ziekenhuizen regelmatig genoemd worden zijn:

- Samenwerking tussen interne geneeskunde, neurologie, oogheelkunde en chirurgie.
- Werkafspraken tussen instellingen en hulpverleners uit de eerste en tweede lijn.
- Inzet van een casemanager/coördinator of diabetesverpleegkundige voor de patiënt.

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

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

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

Aspecten geïntegreerde diabeteszorg

Samenwerking tussen interne geneeskunde, neurologie, oogheelkunde en chirurgie

Werkafspraken betrokken instellingen en hulpverleners uit de eerste en tweede lijn

Casemanager/ coördinator/ diabetesverpleegkundige voor patiënt

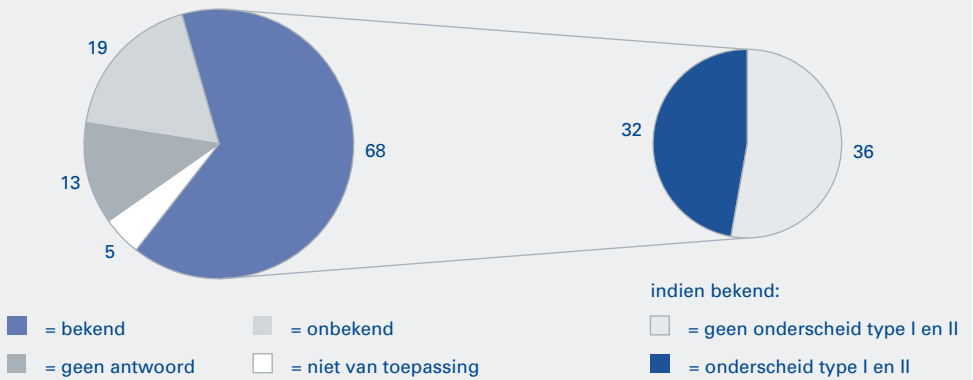
Eén regionale (transmurale) registratie

Toegang tot deze registratie vooral betrokken hulpverleners op alle locaties

Andere kenmerken die in uw ziekenhuis van belang zijn

Figuur 3.2.2

Beschikbaarheid van gegevens over HbA1c-bepalingen bij patiënten met diabetes mellitus (n=105); van de ziekenhuizen die de cijfers beschikbaar hebben, wordt aangegeven welke al dan niet onderscheid kunnen maken tussen diabetes type I of type II (n=68)

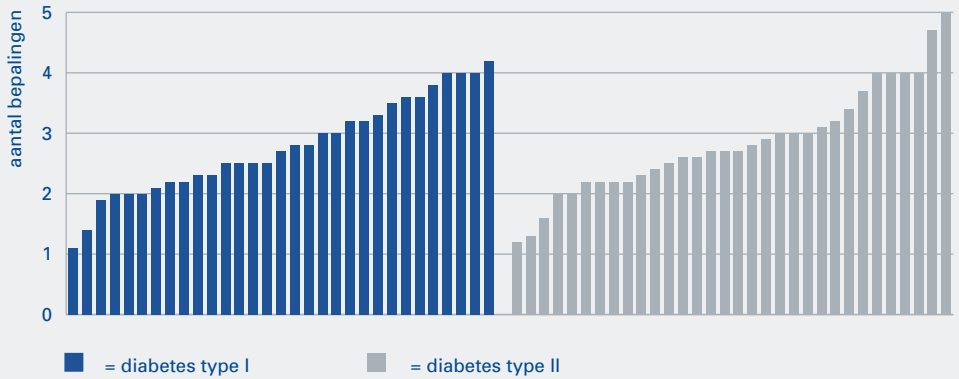


Figuur 3.2.2

Van de 68 ziekenhuizen (65%) die gegevens hebben aangeleverd over HbA1c-bepalingen, geven 32 (47%) aan te beschikken over gegevens uitgesplitst naar patiënten met diabetes type I of diabetes type II. De overige 36 ziekenhuizen (53%) kunnen dit onderscheid niet maken. Bij 19 van de 105 ziekenhuizen (18%) is het gemiddeld aantal HbA1c-metingen en de gemiddelde HbA1c-waarde niet bekend. Dertien ziekenhuizen (12%) geven geen antwoord op deze vraag en voor vijf ziekenhuizen (5%) is deze vraag niet van toepassing.

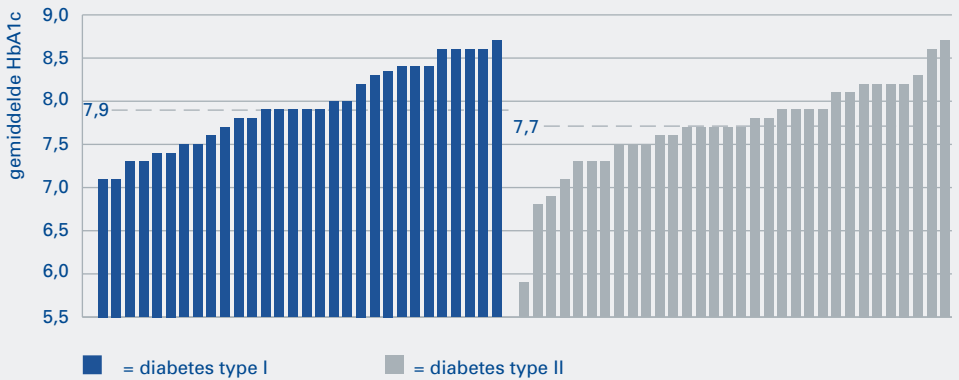
Figuur 3.2.3

Gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar bij diabetes type I (n=31) of type II (n=32)



Figuur 3.2.4

Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling voor patiënten met diabetes type I (n=31) of type II (n=32)



Figuur 3.2.3 en 3.2.4

Er zijn 32 ziekenhuizen die uitgesplitste gegevens over diabetes type I en type II leveren. Het gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar bij diabetes type I is door één ziekenhuis niet gemeld. Door één ander ziekenhuis is de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij diabetes type I niet gegeven. Hiermee is het resultaat voor diabetes type I zowel bij het aantal bepalingen als bij de gemiddelde HbA1c waarde bekend in 31 ziekenhuizen, terwijl de meetwaarden voor diabetes type II door 32 ziekenhuizen gegeven zijn.

Het gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar bij diabetes type I varieert van 1,1 en 4,2 met een gemiddelde van 2,8 en bij diabetes type II tussen de 1,2 en 5,0 met een gemiddelde van 2,9.

In elf ziekenhuizen is het gemiddelde aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar voor beide typen gelijk. In veertien ziekenhuizen ligt het gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar bij type II hoger dan bij type I en bij zes ziekenhuizen is deze waarde bij type II lager dan bij type I.

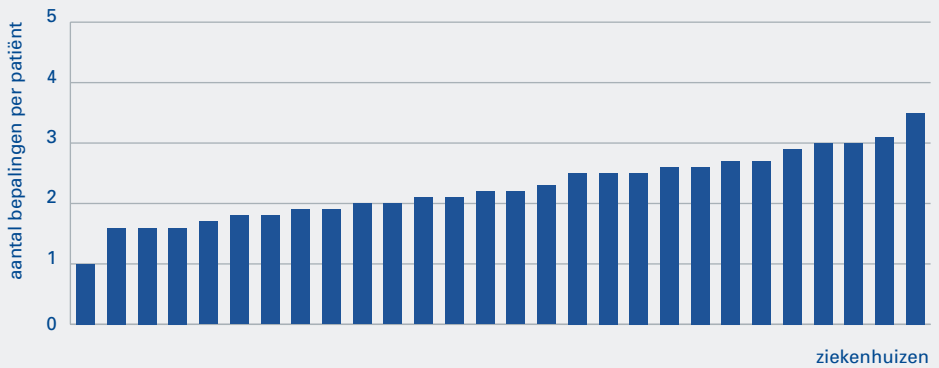
De gemiddelde HbA1c-waarde varieert bij diabetes type I van 6,8 tot 8,7 met een gemiddelde van 7,9 en bij diabetes type II van 5,9 tot 8,7 met een gemiddelde van 7,7. In tien ziekenhuizen is de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij type I en II gelijk. Deze waarde is in vijf ziekenhuizen bij diabetes type II hoger dan bij type I. Bij zestien ziekenhuizen is de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij patiënten met diabetes type II lager dan type I.

De gemiddelde HbA1c-waarde is vooral van belang voor het evalueren van de verleende zorg wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende typen diabetes. Inmiddels wordt dit onderscheid in tien keer zoveel ziekenhuizen gemaakt als in 2003.

De vermelding van een 'geïntegreerde diabeteszorg' is geen garantie voor het bekend zijn van de gemiddelde HbA1c-waarde. Deze maat voor de kwaliteit van de diabetescontrole is bekend in 59 van de 88 ziekenhuizen met geïntegreerde diabeteszorg (67%), terwijl het ook bekend is bij zes van de zeven ziekenhuizen zonder geïntegreerde diabeteszorg (85%).

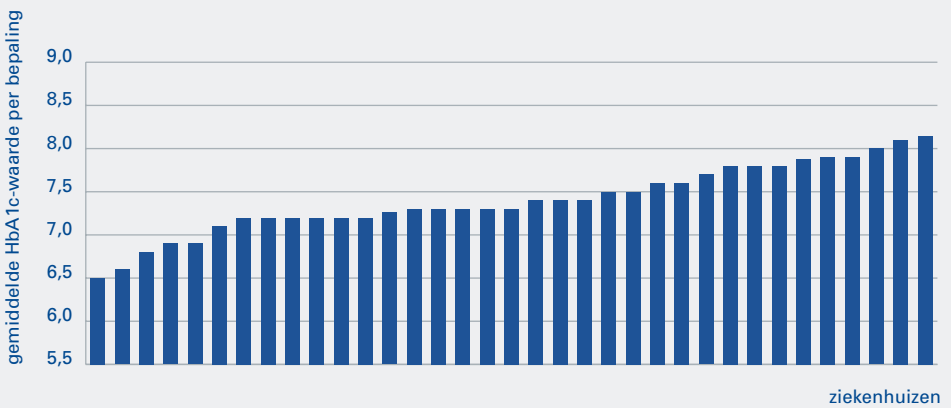
Figuur 3.2.5

Gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar bij ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in type diabetes (n=28)



Figuur 3.2.6

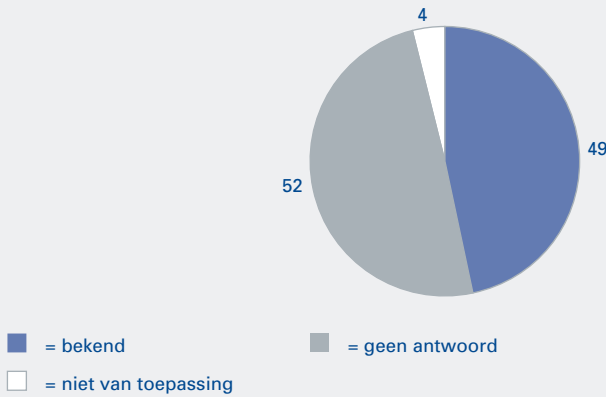
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling bij ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken in type diabetes (n=35)



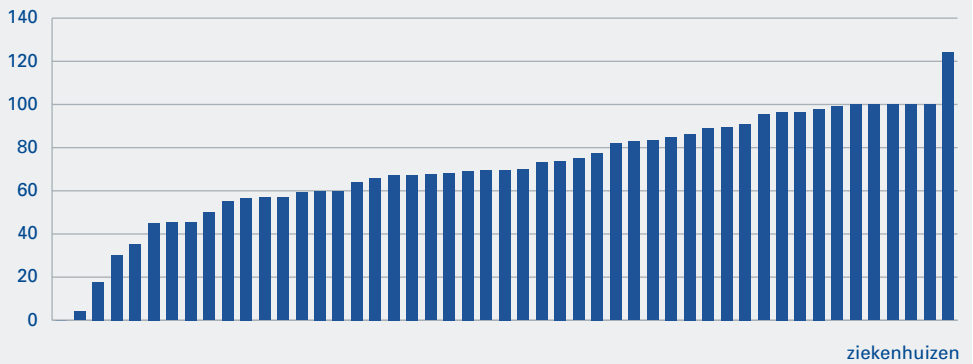
Figuur 3.2.5 en 3.2.6

In de 35 ziekenhuizen die geen onderscheid kunnen maken tussen diabetes type I en type II, varieert het gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar van 1,0 tot 3,5 met een gemiddelde van 2,3. De gemiddelde HbA1c-waarde van deze ziekenhuizen ligt tussen 6,5 en 8,2 met een gemiddelde van 7,4.

Figuur 3.2.7

Beschikbaarheid van gegevens over oogheelkundig onderzoek bij diabetespatiënten (n=105)

Figuur 3.2.8

Percentage van bij de internist bekende diabetespatiënten, die binnen het onderzoeksjaar een fundusscopie of -fotografie hebben ondergaan (n=49)

Figuur 3.2.7

Van de 105 ziekenhuizen geven 49 (47%) aan dat de gegevens over diabetespatiënten met een fundusscopie of fundusfotografie bekend zijn. Voor vier ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing en de overige 52 ziekenhuizen geven geen antwoord op deze vraag.

Figuur 3.2.8

Bij de 49 ziekenhuizen waarvan de cijfers bekend zijn, varieert het percentage diabetespatiënten met oogheelkundig onderzoek van 4 tot meer dan 100 procent, met een gemiddelde van 59 procent.

In zes ziekenhuizen met complete gegevens over oogheelkundig onderzoek bij diabetespatiënten wordt een percentage van 100 of meer genoemd. Drie van deze ziekenhuizen vermelden in de toelichting dat alle diabetespatiënten jaarlijks een fundusscopie of fundusfotografie ondergaan. Eén ziekenhuis geeft specifiek aan dat patiënten vaker dan eens per jaar de oogarts bezoeken.

Conclusies

- 1 Het merendeel van de ziekenhuizen (83%) vermeldt geïntegreerde diabeteszorg te verlenen.
- 2 Steeds meer ziekenhuizen registreren het effect van hun diabeteszorg; tweederde van de ziekenhuizen geeft een gemiddelde HbA1c-waarde en de helft hiervan (32 ziekenhuizen) apart voor diabetes type I en II. Dit laatste betekent een tienvoudige stijging ten opzichte van 2003.
- 3 De variatie van het gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar is groot.
- 4 Bijna de helft van de ziekenhuizen registreert hoeveel procent van de diabetes-populatie jaarlijks een fundusscopie of fundusfotografie ondergaat.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de beschikbaarheid van geïntegreerde diabeteszorg.
- 2 Het ziekenhuis geeft niet aan ook *transmurale* samenwerking rond diabeteszorg gerealiseerd te hebben.
- 3 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over het gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar.
- 4 Het ziekenhuis heeft een gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling van 8 óf hoger en/of lager dan 6,5.
- 5 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling.
- 6 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over het percentage bij de internist bekende diabetespatiënten die binnen een jaar een fundusscopie ondergaan, tenzij het ziekenhuis op een andere wijze aangeeft de effectiviteit van geïntegreerde diabeteszorg te evalueren.
- 7 Het percentage patiënten dat de oogarts bezoekt is lager dan 40 of is gelijk aan 100 procent.

III.3 Hartfalen

Beschikbare indicatoren

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

Relevante begrippen

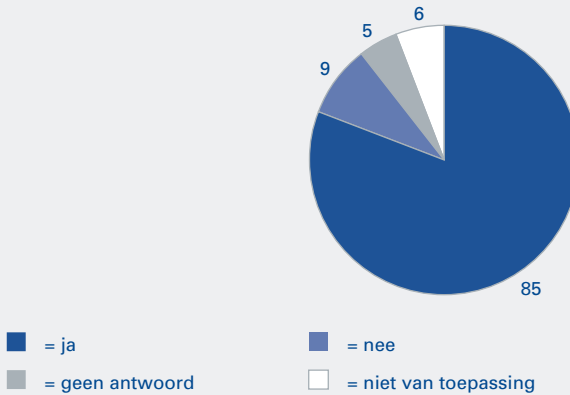
Hartfalen	Bij hartfalen is de pompkracht van het hart verminderd. Daardoor wordt de patiënt bij inspanning snel moe en kortademig. Hartfalen kan verschillende oorzaken hebben. Zo kan het dat de hartspeer minder goed van bloed wordt voorzien of door een hartinfarct is beschadigd. Ook hoge bloeddruk kan er op de lange duur toe leiden dat de kracht van de hartspeer afneemt. Verder kan een lekkende hartklep hartfalen veroorzaken.
Geïntegreerde hartfalenpolikliniek	Recent is een richtlijn ^[11] opgesteld met betrekking tot de diagnostiek, behandeling en zorg voor chronisch hartfalen. Deze richtlijn is gericht op een goede voorbereiding van ontslag uit het ziekenhuis, stabiliteit van de ingestelde therapie en voldoende (na)zorg na ontslag. De nazorg kan worden geoptimaliseerd door met behulp van protocollen, superviserende cardiologen en goed opgeleide verpleegkundigen een zogenoemde 'hartfalenpolikliniek' in te stellen. Uit de literatuur blijkt dat deze multidisciplinaire benadering leidt tot vermindering van de ziektelast, het aantal heropnames, uitstel van de eerste heropname en tot een verbetering van de kwaliteit van leven.

[11] Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen
ISBN 90-76906-57-2. 2002, Nederlandse Vereniging
voor Cardiologie.

Resultaten

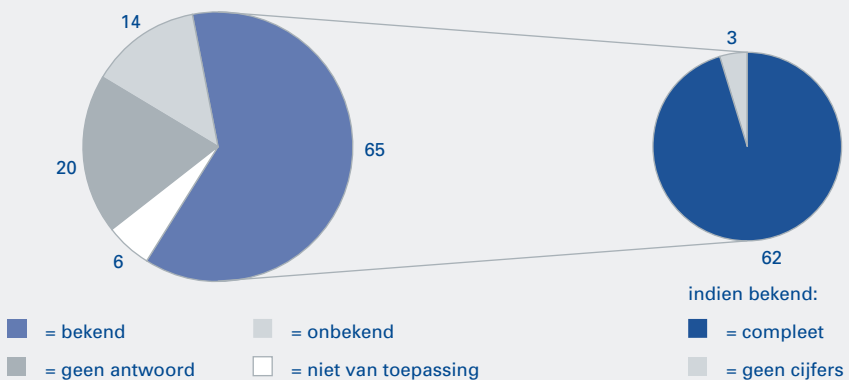
Figuur 3.3.1

Beschikbaarheid van een geïntegreerde hartfalenpolikliniek (n=105)



Figuur 3.3.2

Beschikbare gegevens over heropnames binnen 12 weken na ontslag van patiënten met hartfalen (n=105)



Figuur 3.3.1

Van de 105 ziekenhuizen geven 85 (81%) aan te beschikken over een hartfalenpolikliniek. Hiervan leveren dertig ziekenhuizen (35%) géén cijfers.

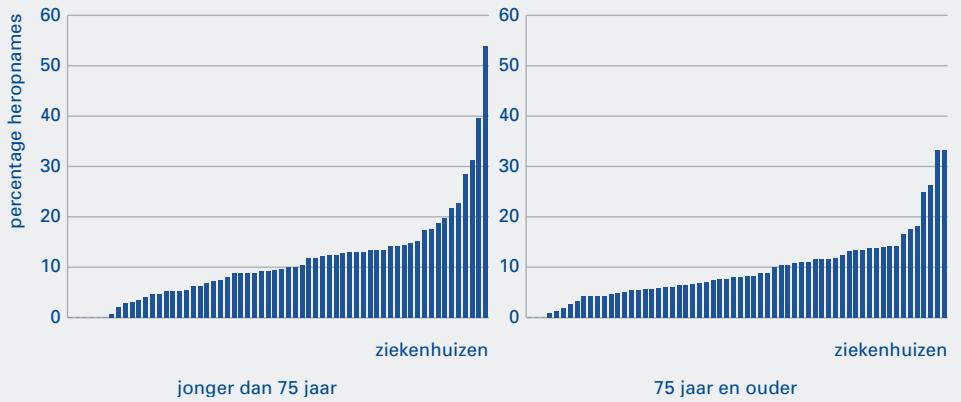
De invulling van een hartfalenpolikliniek verschilt sterk tussen ziekenhuizen.

In deze grafiek zijn ziekenhuizen die de intentie hebben een hartfalenpolikliniek te ontwikkelen opgenomen als ‘nee’.

Figuur 3.3.2

Van de 105 ziekenhuizen geven 65 (62%) aan te beschikken over de gegevens van het aantal heropnames voor hartfalen, binnen 12 weken na ontslag. Van deze 65 ziekenhuizen geven 62 ziekenhuizen complete gegevens, zodat het percentage heropnames kan worden afgezet tegen het totaal aantal opnames voor hartfalen. Drie ziekenhuizen vullen geen gegevens in.

Figuur 3.3.3

Percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar oud en patiënten van 75 jaar en ouder (n=62)

Figuur 3.3.3

In 62 ziekenhuizen varieert het aantal heropnames van 0 tot 54 procent voor patiënten jonger dan 75 jaar (gemiddelde = 11,1%) en van 0 tot 33 procent bij patiënten van 75 jaar en ouder (gemiddelde = 9,5%).

Bij navraag blijkt dat het ziekenhuis met de hoge score van 54 procent bij de leeftijds-categorie jonger dan 75 jaar verkeerde gegevens heeft ingevoerd.

Conclusies

- 1 De beschikbaarheid van een geïntegreerde hartfalenpolikliniek is ten opzichte van 2003 vrijwel onveranderd gebleven (toename 4 procent).
- 2 De beschikbaarheid van gegevens over heropnames binnen 12 weken na ontslag van patiënten met hartfalen is toegenomen met bijna 50 procent.
- 3 Eenderde van de ziekenhuizen met een hartfalenpolikliniek (n=30) levert geen cijfers over heropnames.
- 4 Het percentage heropnames in de groep van 75 jaar en ouder is kleiner dan in de groep jonger dan 75 jaar (gemiddeld 9,5 en 11,1 procent).
- 5 Een duidelijke vermindering in het aantal heropnames ten opzichte van 2003 is niet waargenomen. Het effect van het hebben van de hartfalenpolikliniek is op basis van deze indicator (nog) niet onderzocht.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over de hartfalenpolikliniek.
- 2 Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het percentage heropnames.
- 3 Het aantal heropnames ligt op 0 procent bij alle leeftijden.
- 4 Het aantal heropnames ligt boven de 20 procent bij patiënten jonger dan 75 jaar en boven de 15 procent bij patiënten van 75 jaar en ouder.

III.4 Sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct

Beschikbare indicatoren

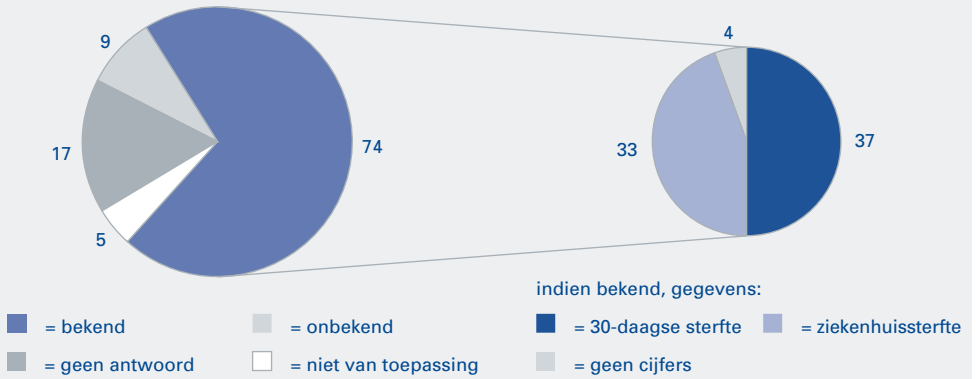
- 1 30-daagse sterfte na opname voor een acuut myocardinfarct (AMI) bij patiënten jonger of ouder dan 65 jaar. Indien de gegevens over sterfte binnen 30 dagen niet beschikbaar zijn, kan de rapportage worden vervangen door ziekenhuissterfte.
- 2 Facultatief: Sterfte in de eerste drie maanden na opname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

Relevante begrippen	
Acuut myocardinfarct (AMI)	Hartaanval: door een plotselinge afsluiting van een kransvat die de hartspier van bloed voorziet, sterft een deel van de hartspier af.
Dotterprocedure (PTCA)	Procedure gericht op het opheffen van een afsluiting van een kransvat.

Resultaten

Figuur 3.4.1

Beschikbaarheid van gegevens over sterfte binnen 30 dagen danwel ziekenhuissterfte na opname voor een AMI (n=105); van de ziekenhuizen die gegevens beschikbaar hebben, wordt aangegeven welke de cijfers leveren over 30-daagse sterfte en welke over ziekenhuissterfte (n=74)



Figuur 3.4.1

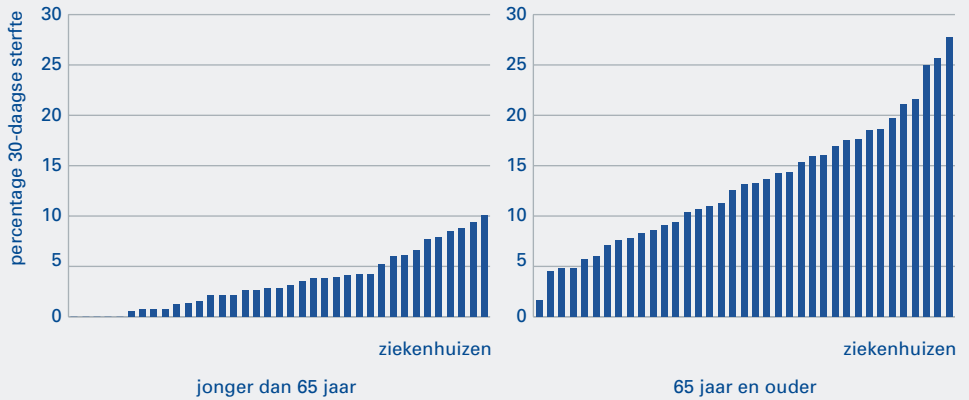
Van de 105 ziekenhuizen geven 74 (70%) aan dat de 30-daagse sterfte of de ziekenhuissterfte bij AMI bekend is. In negen ziekenhuizen is de sterfte niet bekend. Voor vijf ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing en zeventien ziekenhuizen geven geen antwoord.

Van de 74 ziekenhuizen die aangeven dat de sterfte bekend is, geven 37 de 30-daagse sterfte, 33 de ziekenhuissterfte en vier ziekenhuizen geven geen cijfers.

In de 74 ziekenhuizen die cijfers rapporteren zijn in totaal 21.152 patiënten met een AMI opgenomen, van wie 1.803 binnen 30 dagen of in het ziekenhuis zijn overleden (9%). Ruim de helft van de patiënten (56%) is 65 jaar of ouder.

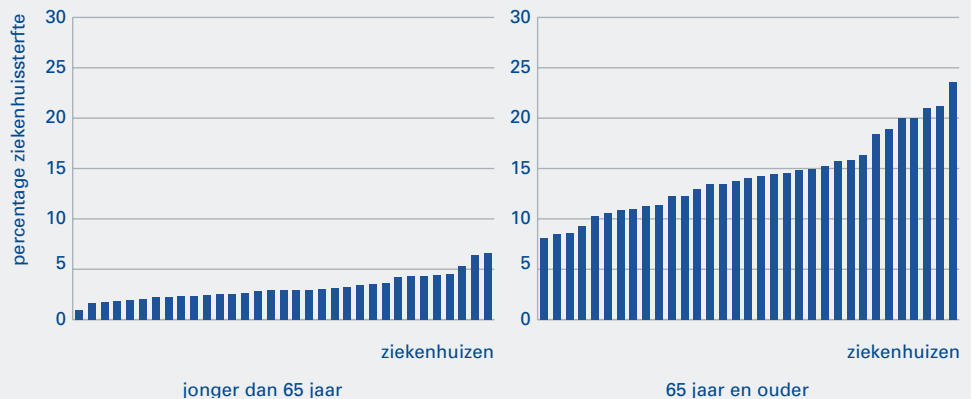
Figuur 3.4.2

Sterfte binnen 30 dagen na opname voor een AMI bij patiënten jonger dan 65 jaar en bij patiënten van 65 jaar en ouder (n=37)



Figuur 3.4.3

Ziekenhuissterfte na opname voor een AMI bij patiënten jonger dan 65 jaar en bij patiënten van 65 jaar en ouder (n=33)



Figuur 3.4.2

De sterfte binnen 30 dagen varieert bij patiënten jonger dan 65 jaar met AMI van 0 tot 10,1 procent. In vijf ziekenhuizen werden geen overleden patiënten in deze leeftijd geconstateerd, op een totaal van 233 opnamen met AMI. In de 37 ziekenhuizen die de 30-daagse sterfte rapporteren zijn 5.111 patiënten jonger dan 65 jaar met een AMI opgenomen, van wie 164 zijn overleden.

Zoals verwacht is de sterfte bij ouderen hoger; voor patiënten van 65 jaar en ouder varieert het percentage sterfte tussen de 1,6 en 27,7 procent. Van de 6.473 patiënten van 65 jaar en ouder zijn er 751 binnen 30 dagen overleden.

Figuur 3.4.3

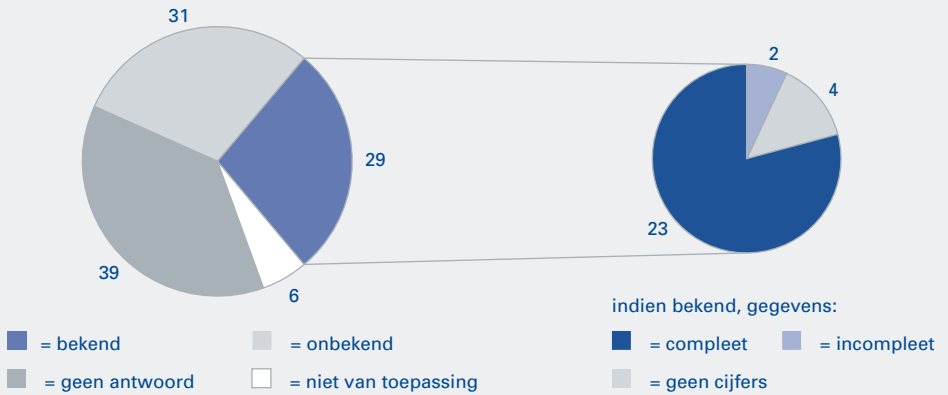
In 33 ziekenhuizen die niet beschikken over betrouwbare cijfers over de 30-daagse sterfte, is wel de ziekenhuissterfte bekend. Hier zijn 134 van de 4.203 jongere patiënten overleden met een spreiding van 0,9 tot 6,6 procent. De ziekenhuissterfte bij 5.365 patiënten van 65 jaar en ouder varieert van 8,1 tot 23,6 procent.

Uit de toelichting die bij deze sterftecijfers worden gegeven, blijkt dat het verschil tussen ziekenhuizen gedeeltelijk te verklaren is door het al dan niet opnemen in de registratie van patiënten die zijn verwezen naar een ander ziekenhuis, bijvoorbeeld als zij in aanmerking komen voor een primaire dotterprocedure (PTCA).

Daarnaast gaat het in veel ziekenhuizen om een kleine patiëntengroep. Hierdoor kunnen sterftecijfers per jaar sterk variëren. Sterftecijfers over één jaar zeggen in dit geval niets over de kwaliteit van de zorg. Pas als over meerdere jaren de sterfte opvallend laag of hoog is in vergelijking met die van andere ziekenhuizen, kan dit een aanwijzing zijn voor betere of minder goede zorg.

Figuur 3.4.4

Beschikbaarheid van gegevens over sterfte in de eerste 3 maanden na opname voor een AMI (n=105); van de ziekenhuizen die gegevens beschikbaar hebben, wordt aangegeven welke de gegevens compleet hebben aangeleverd (n=29)



Figuur 3.4.4

Ruim een kwart van de ziekenhuizen (29) rapporteert sterfte in de eerste 3 maanden na opname voor een AMI. Van de 76 ziekenhuizen die geen gegevens hebben aangeleverd, is bij 31 ziekenhuizen het sterftecijfer in de eerste 3 maanden niet bekend en gaven 39 ziekenhuizen geen antwoord op de vraag. Voor zes ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing.

Van de 29 ziekenhuizen met een bekend sterftecijfer leveren 23 complete gegevens, twee ziekenhuizen geven alleen de getallen voor oudere patiënten en vier ziekenhuizen geven geen cijfers.

Vergelijking van de vroege sterfte (binnen 30 dagen of vóór ontslag uit het ziekenhuis) met de late sterfte (binnen 3 maanden) is niet mogelijk. Uit de toelichting die ziekenhuizen geven bij de sterfte binnen 3 maanden blijkt dit gegeven feitelijk niet beschikbaar. In de helft van de rapportages betreft het cijfers over één of meer voorgaande jaren. Van de overige veertien ziekenhuizen geeft het merendeel aan dat het in werkelijkheid om ziekenhuissterfte gaat, soms aangevuld met een door de huisarts gemeld overlijden na ontslag. Eén ziekenhuis verwerkt gegevens over overlijden uit de gemeentelijke basisadministratie in het ziekenhuisinformatiesysteem.

Conclusies

- 1 Bijna 70 procent van de ziekenhuizen heeft cijfers beschikbaar over sterfte bij patiënten met een acuut myocardinfarct. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van 2003.
- 2 De 30-daagse sterfte en ziekenhuissterfte van patiënten van 65 jaar en ouder is 3,5 tot 4 maal zo hoog als die van patiënten jonger dan 65 jaar.
- 3 De sterfte na een AMI varieert sterk tussen ziekenhuizen. Een deel van die variatie zou verklaard kunnen worden door het al dan niet opnemen van voor PTCA overgeplaatste patiënten.
- 4 De gegevens over de sterfte in de eerste 3 maanden na opname met AMI blijken feitelijk niet beschikbaar. Naar verwachting maakt de invoering van het Burger Service Nummer dit in de nabije toekomst wel mogelijk.

Reactie inspectie

De inspectie doet gericht onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over sterfte na een AMI.
- 2 De 30-daagse sterfte bij patiënten jonger dan 65 jaar is hoger dan 7,5 procent of lager dan 2,5 procent.
- 3 De ziekenhuissterfte bij patiënten jonger dan 65 jaar is hoger dan 5 procent of lager dan 2 procent.
- 4 De 30-daagse sterfte bij patiënten van 65 jaar en ouder is hoger dan 17,5 procent of lager dan 7,5 procent.
- 5 De ziekenhuissterfte bij patiënten van 65 jaar en ouder is hoger dan 18 procent of lager dan 10 procent.

III.5 Cerebrovasculair accident

Beschikbare indicatoren

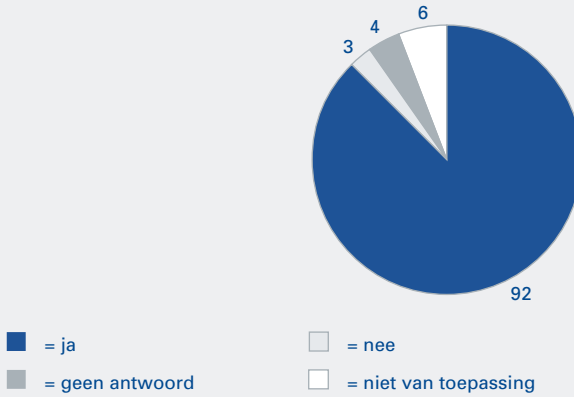
- 1 a Beschikbaarheid van een stroke service.
- b Beschikbaarheid van een stroke unit.
- 2 Het percentage patiënten dat in het eerste half jaar na opname met de diagnose cerebrovasculair accident (CVA) is overleden, verdeeld naar leeftijd en oorzaak:
 - a Patiënten jonger dan 65 jaar en patiënten van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

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

Resultaten

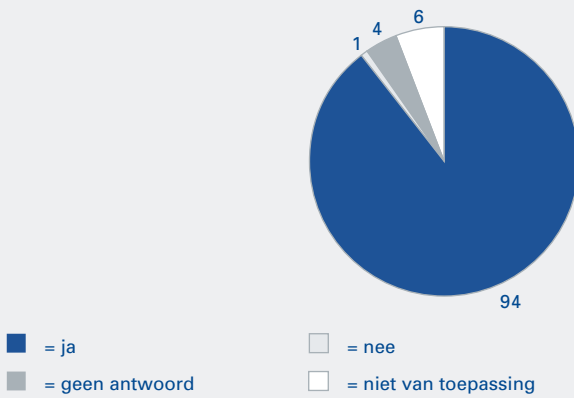
Figuur 3.5.1

Aanwezigheid van een stroke service (n=105)



Figuur 3.5.2

Aanwezigheid van een stroke unit (n=105)



Figuur 3.5.1

Van de 105 ziekenhuizen geven 92 (87%) aan te beschikken over een stroke service. Daarnaast geven drie ziekenhuizen aan geen stroke service te hebben, vier ziekenhuizen geven geen antwoord op deze vraag en voor zes ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing.

Figuur 3.5.2

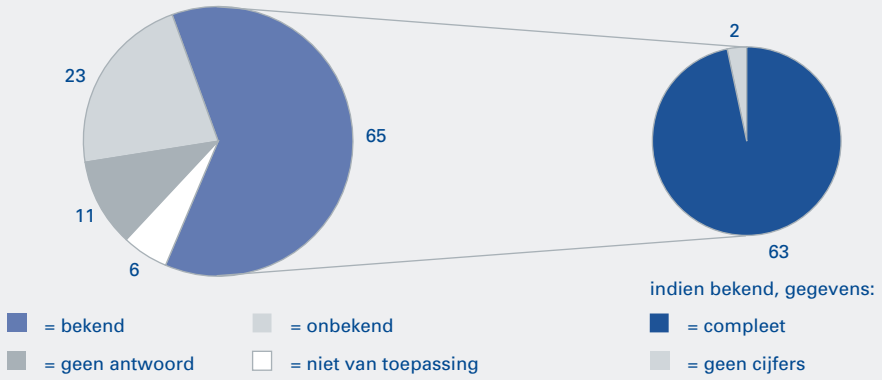
Alle ziekenhuizen met een stroke service hebben ook een stroke unit; twee ziekenhuizen hebben wel een stroke unit maar geen stroke service. Eén ziekenhuis geeft aan geen stroke service of stroke unit te hebben, omdat er regionale afspraken zijn over de behandeling van patiënten met CVA. Door vier ziekenhuizen wordt geen antwoord gegeven op deze vraag en voor zes ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing.

Bij een hersenbloeding of herseninfarct speelt de organisatie van de acute opvang een rol. Bij opname op een stroke unit is de kans op overlijden kleiner dan bij opname op een neurologische of algemene interne afdeling.

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

Figuur 3.5.3

Beschikbaarheid sterftecijfers bij patiënten met een CVA (n=105); van de ziekenhuizen die de cijfers beschikbaar hebben, wordt aangegeven welke de cijfers compleet hebben aangeleverd (n=65)

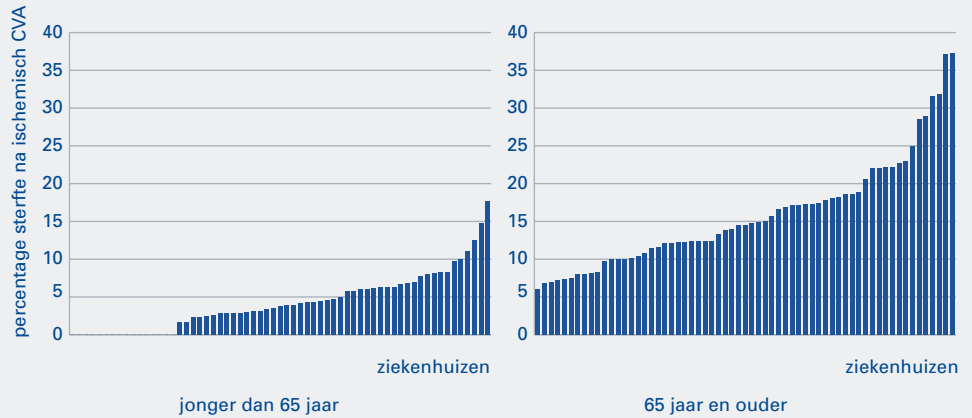


Figuur 3.5.3

Ziekenhuizen hebben in 2004 veel meer inzicht in de sterftcijfers bij het CVA dan in 2003. Het aantal ziekenhuizen dat de cijfers over patiënten met een CVA en de daaraan gerelateerde sterfte meldt, is 65 (62%) en is daarmee verdubbeld ten opzichte van 2003. Bij 23 ziekenhuizen zijn de sterftcijfers onbekend, elf geven geen antwoord op deze vraag en voor zes ziekenhuizen is deze vraag niet van toepassing. Van de 65 ziekenhuizen die ook hun cijfers registreren, publiceren 63 de sterfte uitgesplitst naar leeftijd (jonger dan 65 jaar of 65 jaar en ouder) en naar soort CVA (ischemisch of hemorrhagisch). Twee ziekenhuizen geven geen cijfers.

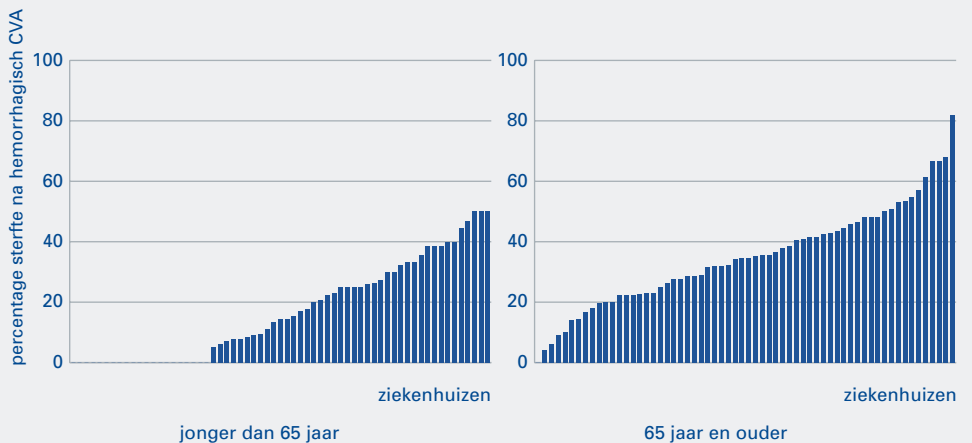
Figuur 3.5.4

Sterfte na ischemisch CVA van patiënten jonger dan 65 jaar (n=63) en patiënten van 65 jaar en ouder (n=63)



Figuur 3.5.5

Sterfte na hemorrhagisch CVA van patiënten jonger dan 65 jaar (n=63) en patiënten van 65 jaar en ouder (n=62)



Figuur 3.5.4 en 3.5.5

In de 63 ziekenhuizen die cijfers rapporteren zijn in totaal 17.730 patiënten met een CVA opgenomen van wie 2.625 zijn overleden (15%). Driekwart van de patiënten is 65 jaar of ouder.

Ruim 80 procent van de patiënten heeft een ischemisch CVA. Bij deze groep is de sterfte naar verhouding laag (12%). De sterfte van patiënten met een ischemisch CVA jonger dan 65 jaar varieert van 0 tot 18. De sterfte in de groep patiënten van 65 jaar en ouder ligt hoger en varieert van 6 tot 37 procent. Veertien ziekenhuizen rapporteren geen overleden patiënten jonger dan 65 jaar met ischemisch CVA op een totaal van 527 opgenomen patiënten.

Cijfers over patiënten met een hemorrhagisch CVA zijn afkomstig uit dezelfde 63 ziekenhuizen die cijfers hebben gegeven over patiënten met een ischemisch CVA. Het betreft een relatief kleine groep (3.214 patiënten) met een hoge sterfte van 27 procent. Bij patiënten jonger dan 65 jaar varieert de sterfte van 0 tot 50 procent, bij patiënten van 65 jaar en ouder van 4 tot 100 procent.

Eén ziekenhuis is buiten beschouwing gelaten omdat dit ziekenhuis het sterftecijfer van 100 procent geeft bij één opgenomen patiënt. Achttien ziekenhuizen melden dat geen van hun patiënten jonger dan 65 jaar met een hemorrhagisch infarct is overleden. Het gaat hier in totaal om 96 patiënten.

In een kleine patiëntengroep kunnen sterftecijfers per jaar sterk variëren. Zo heeft in het overzicht van patiënten met een hemorrhagisch CVA van 65 jaar en ouder één ziekenhuis een sterfte van 100 procent, omdat de enige patiënt in deze categorie is overleden.

Sterftecijfers over één jaar zeggen in dit geval niets over de kwaliteit van de zorg. Pas als over meerdere jaren de sterfte opvallend laag of hoog is in vergelijking met die van andere ziekenhuizen, kan dit een aanwijzing zijn voor betere of minder goede zorg.

Conclusies

- 1 Bijna alle ziekenhuizen hebben een specifieke stroke service en stroke unit. Een ziekenhuis die dat niet heeft, geeft in de toelichting aan hierover vergaande afspraken te hebben.
- 2 Wanneer geen duidelijke afspraken bestaan over de plaats waar CVA-patiënten naar verwezen worden, beschouwt de inspectie het hebben van een stroke service en strokeunit als veldnorm.
- 3 Het aantal ziekenhuizen dat de cijfers over patiënten met een CVA en de daaraan gerelateerde sterfte geeft, is verdubbeld ten opzichte van 2003.
- 4 Het onderscheid in oorzaak (hersenvloeding of herseninfarct) is essentieel voor de keuze van de juiste behandeling.
- 5 In een kleine patiëntengroep met een hoge kans op overlijden zijn sterftcijfers over één jaar geen indicator voor de kwaliteit van de zorg.
- 6 Sterfte blijft een belangrijke indicator voor het monitoren van de behandeling bij CVA. Omdat sterfte binnen 180 dagen vrijwel niet is op te sporen, is voor 2005 in overleg met de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen (NVVN) de sterfte binnen 7 dagen na opname als indicator opgenomen. Naar verwachting maakt de invoering van het Burger Service Nummer het in de nabije toekomst wel mogelijk gegevens over de sterfte binnen 180 dagen na CVA te verkrijgen.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de beschikbaarheid van een stroke service of stroke unit, tenzij dit regionaal op andere wijze geregeld is.
- 2 Het ziekenhuis geeft geen gegevens over de sterfte van CVA-patiënten.
- 3 Het ziekenhuis geeft aan geen onderscheid te kunnen maken tussen een hemorrhagisch en een ischemisch CVA.
- 4 De sterfte bij ischemisch infarct is hoog in vergelijking met die in andere ziekenhuizen (meer dan 10 procent bij patiënten jonger dan 65 jaar en minder dan 25 procent bij patiënten van 65 jaar en ouder).
- 5 De opgegeven sterfte is nul.

III.6 Heupfractuur

Beschikbare indicatoren

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

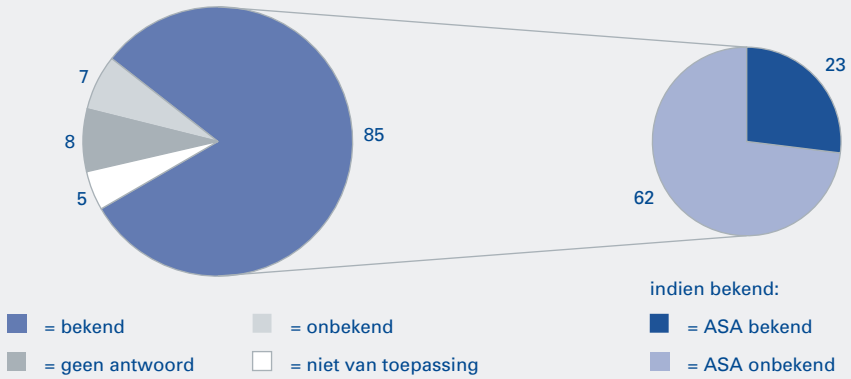
Relevante begrippen

Heupfractuur	Een breuk van het bovenste deel van het dijbeen (femur). Heupfracturen doen zich met name voor bij patiënten boven de 65 jaar.
ASA-klasse	Wereldwijd gehanteerde classificatie van de American Society of Anesthesiologists om de ernst van ziek-zijn en het anesthesierisico te kunnen inschatten. De classificatie wordt ook vaak gebruikt als samenvatting van de ziektelast. Onderverdeeld in 5 klassen: van 1 (Gezond) tot 5 (Verwachte overleving minder dan 24 uur).

Resultaten

Figuur 3.6.1

Beschikbaarheid gegevens over patiënten met heupfractuur die binnen 24 uur na opname zijn geopereerd (n=105); van de groep ziekenhuizen met aangeleverde gegevens wordt weergegeven of onderscheid gemaakt wordt in ASA-klasse of niet (n=85)



Figuur 3.6.1

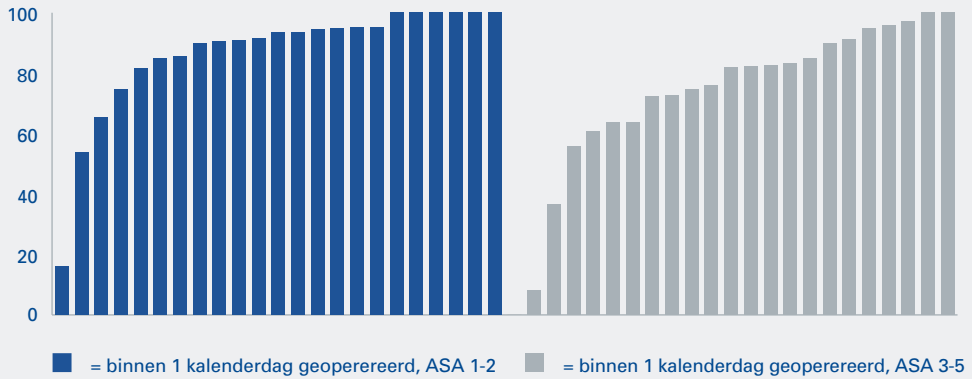
In 85 van de 105 ziekenhuizen (81%) is bekend welk percentage patiënten met een heupfractuur binnen 24 uur na opname is geopereerd. Dit is beduidend meer dan in 2003, toen 62 ziekenhuizen aangaven te beschikken over deze gegevens.

De onderverdeling naar ASA-klasse blijkt voor veel ziekenhuizen lastig te zijn. Slechts 23 ziekenhuizen (27%) geven aan dit onderscheid te kunnen maken. Het gaat hierbij om 2.882 patiënten. Bij 62 ziekenhuizen (73%) kan dit onderscheid niet gemaakt worden. Het gaat hierbij om 8.044 patiënten.

Binnen de wetenschappelijke vereniging wordt nog gediscussieerd over de vraag of de ASA-klasse noodzakelijk is voor deze indicator of dat een leeftijdscriterium voldoende is. De indeling op ASA-klasse blijft gehandhaafd totdat consensus bereikt is.

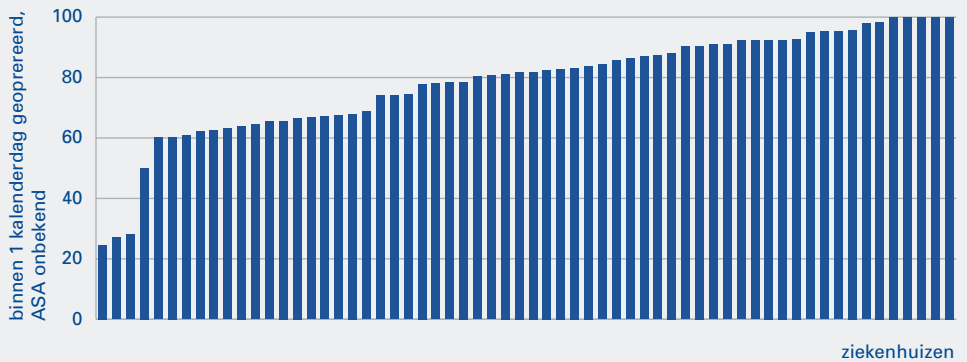
Figuur 3.6.2

Percentage patiënten met heupfractuur dat binnen 24 uur na opname is geopereerd, onderverdeeld naar ASA-klasse (n=23)



Figuur 3.6.3

Percentage patiënten met heupfractuur dat binnen 24 uur na opname is geopereerd, waarbij geen onderscheid is gemaakt in ASA-klasse (n=62)



Figuur 3.6.2

Zoals verwacht worden patiënten met weinig bijkomende klachten (ASA-klasse 1-2) vaker tijdig geopereerd dan patiënten met een minder goede of slechte conditie (ASA-klasse 3-5). In de 23 ziekenhuizen die de ASA-klasse registreren, is gemiddeld 87 procent van de patiënten met een ASA-klasse 1-2 binnen 24 uur geopereerd. Bij patiënten met een ASA-klasse 3-5 is het verschil tussen ziekenhuizen veel groter. Hier varieert het percentage van minder dan 10 tot 100 procent met een gemiddelde van 76 procent. Bij ASA-klasse 1-2 zijn er zes ziekenhuizen (26%) die in alle gevallen binnen 24 uur zeggen te opereren. Bij ASA-klasse 3-5 zijn dit slechts twee ziekenhuizen (9%).

Figuur 3.6.3

De 62 ziekenhuizen die geen onderscheid in ASA-klasse kunnen maken, verstrekken gegevens over 8.044 patiënten. Ook hier is het verschil tussen ziekenhuizen groot en varieert van 25 tot 100 procent. Gemiddeld is hier 78 procent van de patiënten met een heupfractuur binnen 24 uur geopereerd. Vijf ziekenhuizen geven aan alle patiënten binnen 24 uur te opereren.

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

Dit argument kan echter niet gebruikt worden ter verklaring van het gegeven dat een ziekenhuis een beduidend lager percentage patiënten binnen 24 uur opereert dan andere ziekenhuizen. Dat kan nog steeds terecht zijn, maar dan zal het ziekenhuis in haar toelichting moeten vermelden op welke wijze de populatie van het ziekenhuis afwijkt van het gemiddelde van de Nederlandse ziekenhuizen.

In 2004 is dat bij deze indicator slechts in enkele (7) gevallen in enige mate gebeurd.

Conclusies

- 1 Het aantal ziekenhuizen dat gegevens aanlevert over het tijdsverloop tussen opname en operatie bij ouderen met een heupfractuur is toegenomen van 61 in 2003 naar 85 in 2004.
- 2 De meeste ziekenhuizen kunnen in hun registraties (nog) geen onderscheid maken tussen ASA-klasse 1-2 en 3-5.
- 3 De spreiding in de uitslagen bij complete resultaten (25 tot 100%) is onverminderd groot. Zowel de hoge als de lage percentages vragen om een nadere verklaring.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis heeft geen gegevens verstrekt over deze indicator.
- 2 Het percentage patiënten dat binnen 24 uur wordt geopereerd in vergelijking met andere ziekenhuizen is laag (kleiner dan 70 procent voor ASA 1-2 en kleiner dan 65 procent voor ASA 3-5, of kleiner dan 70 procent voor ziekenhuizen die geen onderscheid maken tussen ASA-klassen), tenzij de toelichting een adequate verklaring geeft (zoals een relatief groot aantal oudere patiënten met ziektebeelden die een langere preoperatieve voorbereiding vragen).
- 3 Het percentage patiënten dat binnen 24 uur wordt geopereerd is opvallend hoog (groter dan 98 procent), behalve als dit ziekenhuis de uitslagen heeft gespecificeerd naar ASA-klasse en één van beide groepen geen 100 procent score geeft.

III.7 Mammatumor

Beschikbare indicatoren

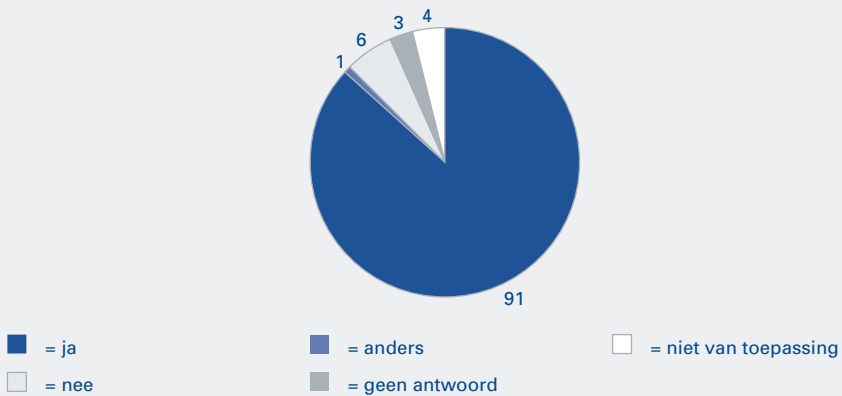
- 1 De beschikbaarheid van een mammapolikliniek in het ziekenhuis.
- 2 Het percentage patiënten met verdenking van borstkanker dat binnen 5 werkdagen na het eerste consult voor een mammatumor een diagnose goedaardig of kwaadaardig heeft gekregen.

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

Resultaten

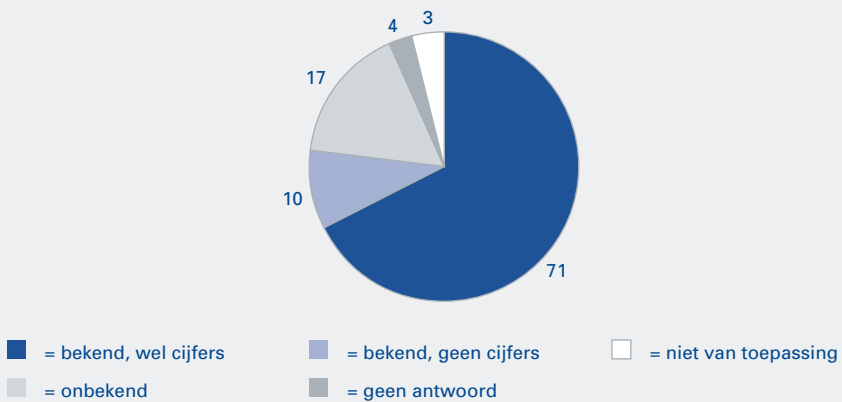
Figuur 3.7.1

Beschikbaarheid mammapolikliniek binnen het ziekenhuis (n=105)



Figuur 3.7.2

Aantal ziekenhuizen waar het percentage patiënten met een uitslag binnen 5 dagen bekend is (n=105)



Figuur 3.7.1

Van de 105 ziekenhuizen geven 91 (87%) aan dat ze over een mammapolikliniek beschikken. Eén ziekenhuis zegt geïntegreerde zorg voor patiënten met verdenking op borstkanker anders te regelen. Zes ziekenhuizen hebben geen mammapolikliniek, drie ziekenhuizen geven op deze vraag geen antwoord en voor vier instellingen is het gevraagde niet van toepassing.

Figuur 3.7.2

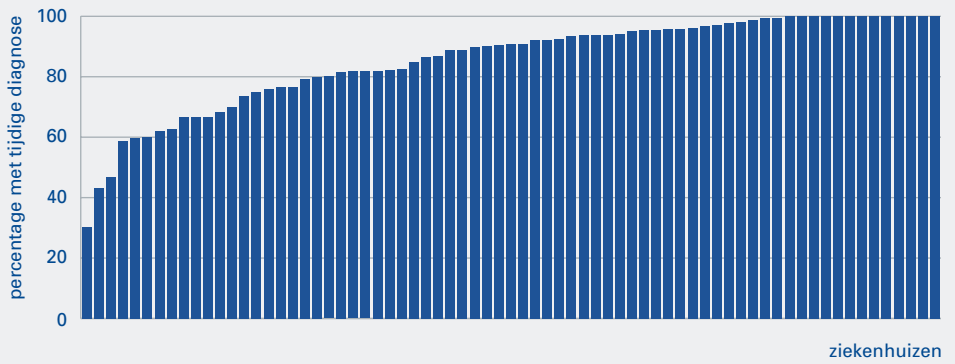
Van de 105 ziekenhuizen geven 81 (77%) aan dat bekend is welk percentage van de patiënten binnen 5 werkdagen na het eerste consult voor een mammatumor weet of het om een goedaardige of kwaadaardige tumor gaat. Hiervan geven 71 het aantal patiënten en het aantal patiënten dat de uitslag op tijd heeft gekregen. Tien ziekenhuizen geven geen gegevens.

Van de 91 ziekenhuizen met een mammapolikliniek, geven drie geen antwoord op de vraag of het percentage 'patiënten met een uitslag binnen 5 dagen' bekend is en dertien geven aan dat deze gegevens niet bekend zijn. Dat wil zeggen dat de cijfers over doorlooptijden in 82 procent van deze ziekenhuizen bekend zijn. In de zeven ziekenhuizen die geen mammapolikliniek te hebben, is dit slechts bij vier (57%) bekend.

De prognose van patiënten verbetert wanneer zij worden behandeld door specialisten met speciale belangstelling voor en expertise in de behandeling van een mammacarcinoom. Multidisciplinaire zorg rondom patiënten met borstkanker kan leiden tot een reductie in mortaliteit en een verbetering van de kwaliteit van leven van vrouwen met mammacarcinoom. Dit is de motivatie om te streven naar een geïntegreerde organisatie voor diagnostiek en behandeling van mammapathologie in Nederland. Een andere positieve uitkomst van een mammapolikliniek is dat het merendeel van de patiënten binnen 5 dagen verteld kan worden of het om een goedaardige of kwaadaardige aandoening gaat. Bij een klein deel van de patiënten is de aandoening zo complex dat uitgebreidere diagnostiek noodzakelijk is en de uitslag langer op zich laat wachten. Dat betekent dat een uitslag binnen 5 dagen niet bij 100 procent van de patiënten binnen het bereik ligt.

Figuur 3.7.3

Percentage patiënten met verdenking op borstkanker bij wie de diagnose binnen 5 dagen bekend is (n=71)



Figuur 3.7.3

In de 71 ziekenhuizen die zowel het totale aantal patiënten als het aantal patiënten met een tijdige diagnose noemen, krijgt gemiddeld 88 procent van de bijna 27.000 onderzochte patiënten binnen 5 dagen te horen of de diagnose goedaardig of kwaadaardig is. Het percentage patiënten met een tijdige diagnose in deze ziekenhuizen varieert van 30 tot 100 procent.

Ziekenhuizen hebben vragen gesteld over het eindpunt van het tijdsinterval. Er blijken verschillende interpretaties te zijn van hetgeen geldt als 'binnen 5 dagen de diagnose benigne of maligne'. Op grond van tenminste één van deze interpretaties zou het onmogelijk moeten zijn om een 100% score binnen 5 dagen te bereiken. In 2006 zal hier specifieke aandacht aan geschonken worden bij de ontwikkeling van deze indicator. Het is opvallend dat dertien ziekenhuizen blijkbaar in staat zijn te verzekeren dat al hun patiënten binnen 5 dagen een diagnose te horen krijgen.

Conclusies

- 1 90 procent van de ziekenhuizen geeft aan te beschikken over een mammapolikliniek.
- 2 Driekwart van de mammapoliklinieken heeft gegevens om vast te stellen of het doel binnen een bepaalde tijd afwerken van een gecoördineerd diagnostisch programma en het meedelen van een diagnose bereikt wordt.
- 3 Er zal nader onderzoek moeten worden uitgevoerd naar de exacte omschrijving van het eindpunt meedelen diagnose 'benigne' of 'maligne'.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

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

BIJLAGE 1 Literatuuroverzicht

Prestaties ziekenhuizen en medisch specialisten voor het eerst op een rij

Orde van Medisch Specialisten

Medisch Contact: Jaargang 59 Nr. 23 - 4 juni 2004, p. 966

Presteren in de gezondheidszorg

J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 59 Nr. 19 - 7 mei 2004, p. 769

Werken aan verbetering

Y. Meijerink, M. Gras, A. Eland, M. Kallewaard, J. Haeck, M. Berg, J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 58 nr. 40 - 3 oktober 2003, p. 1531-1534

Leren van cijfers

M. Berg, M. Gras, Y. Meijerink, A. Eland, M. Kallewaard, J. Haeck, J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 58 nr. 40 - 3 oktober 2003, p. 1535-1538

Inspectie vraagt om uitkomstindicatoren

J.H. Kingma

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

Langs de meetlat; De inspectie komt met de eerste prestatie-indicatoren van ziekenhuizen

J. Haeck, A.L. den Ouden, J.M.J. van den Berg, P.A.W. Edgar, J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 59 nr. 32/33 - 6 augustus 2004, p. 1254-1257

Het toezicht

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

Jaarboek Medisch Specialistische Zorg 2005, p. 73

Graadmeter voor de kwaliteit van ziekenhuiszorg: Prestatie-indicatoren helpen inspectie bij uitvoeren kwaliteitswet

J. Haeck, A.L. den Ouden, J.M.J. van den Berg, M. Joosten, P.A.W. Edgar, J.H. Kingma

Medisch Contact: Jaargang 60 nr. 21 - 27 mei 2005, p. 898

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

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

VWS/Inspectie voor de Gezondheidszorg

BIJLAGE 2 Lijst van ziekenhuizen

't Lange Land Ziekenhuis
Toneellaan 1
2725 NA Zoetermeer

Academisch Medisch Centrum
Meibergdreef 9
1105 AZ Amsterdam

Albert Schweitzer Ziekenhuis
Alb. Schweitzerplaats 25
3318 AT Dordrecht

Algemeen Ziekenhuis Westfries Gasthuis
Fr. Maelsonstraat 3
1624 NP Hoorn

Alysis Zorggroep, locatie Zevenaar
Hunneveldweg 14
6903 ZN Zevenaar

Alysis Zorggroep, locaties Rijnstate en Velp
Wagnerlaan 55
6815 AD Arnhem

Amphia Ziekenhuis
Molengracht 21
4818 CK Oosterhout/Breda

Antoni van Leeuwenhoek ZH./Ned. Kanker Instituut
Plesmanlaan 121
1066 CX Amsterdam

Antonius Ziekenhuis
Bolswarderbaan 1
8601 ZK Sneek

Atrium medisch centrum
Henri Dunantstraat 5
6419 PC Heerlen

AZM
P. Debyelaan 25
6229 HX Maastricht

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Weg door Jonkerbos 100
6532 SZ Nijmegen

Catharina-ziekenhuis
Michelangelolaan 2
5623 EJ Eindhoven

Delfzicht Ziekenhuis
Jachtlaan 50
9934 JD Delfzijl

Deventer Ziekenhuizen
Fesevurstraat 7
7415 CM Deventer

Diaconessenhuis Leiden
Houtlaan 55
2334 CK Leiden

Diaconessenhuis Meppel
Hoogeveenseweg 38
7943 KA Meppel

Diakonessenhuis
Bosboomstraat 1
3582 KE Utrecht

Elkerliek Ziekenhuis
Wesselmanlaan 25
5707 HA Helmond

Erasmus MC
Dr. Molewaterplein 40
3015 GD Rotterdam

Flevoziekenhuis
Hospitaalweg 1
1315 RA Almere

Franciscus Ziekenhuis
Boerhaavelaan 25
4708 AE Roosendaal

Gelre Ziekenhuizen
Albert Schweitzerlaan 31
7334 DZ Apeldoorn

Gemini Ziekenhuis
Huisduinerweg 3
1782 GZ Den Helder

Groene Hart Ziekenhuis
Bleulandweg 10
2803 HH Gouda

HagaZiekenhuis locatie Juliana Kinderziekenhuis
Sportlaan 600
2566 MJ Den Haag

HagaZiekenhuis locatie Leyenburg
Leyweg 275
2545 CH Den Haag

HagaZiekenhuis locatie Rode Kruis
Sportlaan 600
2566 MJ Den Haag

Hofpoort Ziekenhuis
Polanerbaan 2
3447 GN Woerden

IJsselland Ziekenhuis
Prins Constantijnweg 2
2906 ZC Capelle aan den IJssel

IJsselmeerziekenhuizen
Ziekenhuisweg 100
8233 AA Lelystad/Emmeloord

Ikazia Ziekenhuis
Montessoriweg 1
3083 AN Rotterdam

Isala klinieken
Groot Wezenland 20
8011 JW Zwolle

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

Jeroen Bosch Ziekenhuis loc. Carolus
Hervensebaan 4
5232 JL Den Bosch

Jeroen Bosch Ziekenhuis loc. Liduina
Liduinahof 35
5281 AD Boxtel

Jeroen Bosch Ziekenhuis locatie Willem-Alexander
Deutersestraat 2
5223 GV Den Bosch

Kennemer Gasthuis
Velsersstraat 19
2023 EA Haarlem

Laurentius Ziekenhuis
Mgr Driessenstraat 6
6043 CV Roermond

LUMC
Albinusdreef 2
2300 RC Leiden

Maasziekenhuis Pantein
Loerangelsestraat 1
5831 HA Boxmeer

Martini Ziekenhuis
Van Ketwich Verschuurlaan 92
9721 SW Groningen

Máxima Medisch Centrum
De Run 4600
5504 DB Veldhoven/Eindhoven

Meander Medisch Centrum
Postbus 1502
3800 BM Amersfoort/Baarn

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

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

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid
Groene Hilledijk 315
3075 EA Rotterdam

Medisch Spectrum Twente
Haaksbergerstraat 55
7513 ER Enschede

Mesos Medisch Centrum
Van Heuven Goedhartlaan 1
3527 CE Utrecht

Oogziekenhuis
Schiedamsevest 180
3011 BH Rotterdam

Oosterscheldeziekenhuizen
's-Gravenpolderseweg 114
4462 RA Goes

Orbis medisch en zorgconcern
Walramstraat 23
6131 BK Sittard

Refaja Ziekenhuis
Boerhaavestraat 1
9501 HE Stadskanaal

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

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

Rivas Zorggroep
Banneweg 57
4204 AA Gorinchem

Rode Kruis Ziekenhuis
Vondellaan 13
1942 LE Beverwijk

Ruwaard van Putten Ziekenhuis
Ruwaard van Puttenweg 500
3201 GZ Spijkenisse

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

Slingeland Ziekenhuis
Kruisbergseweg 25
7009 BL Doetinchem

Slotervaartziekenhuis
Postbus 90440
1006 BK Amsterdam

St. Anna Ziekenhuis
Bogardeind 2
5664 EH Geldrop

St. Antonius Ziekenhuis
Koekoekslaan 1
3435 CM Nieuwegein

St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
Hilvarenbeekseweg 60
5022 GC Tilburg

St. Franciscus Gasthuis
Kleiweg 500
3045 PM Rotterdam

St. Jans Gasthuis
Vogelsbleek 5
6001 BE Weert

St. Lucas Ziekenhuis
Gassingel 18
9671 CX Winschoten

St. Maartenskliniek
Hengstdal 3
6522 JV Ubbergen

Stg. BovenIJ Ziekenhuis
Statenjachtstraat 1
1034 CS Amsterdam

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

Stg. Interconfessioneel Spaarne Ziekenhuis
Handellaan 2
2102 CW Heemstede

Stg. Medisch Centrum Alkmaar
Wilhelminalaan 12
1815 JD Alkmaar

Stg. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Oosterpark 9
1091 AC Amsterdam

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

Stg. Ziekenhuis De Tjongerschans
Thialfweg 44
8441 PW Heerenveen

Stg. Ziekenhuis Lievensberg
Boerhaaveplein 1
4624 VT Bergen op Zoom

Stichting Ziekenhuis Walcheren
Koudekerkseweg 88
4382 EE Vlissingen

Streekziekenhuis Koningin Beatrix
Beatrixpark 1
7101 BN Winterswijk

Talma Sionsberg
Birdaarderstraatweg 70
9101 DC Dokkum

TweeSteden ziekenhuis
Dr. Deelenlaan 5
5042 AD Tilburg

UMC St Radboud
Geert Groteplein 10
6525 GA Nijmegen

UMC Utrecht
Heidelberglaan 100
3508 GA Utrecht

UMCG-Universitair Medisch
Centrum Groningen
Hanzeplein 1
9700RB Groningen

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Stationsweg 22
3247 BW Dirksland

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

Vlietland Ziekenhuis
Postbus 215
3100 AE Schiedam

VUmc
De Boelelaan 1117
1007 MB Amsterdam

Waterlandziekenhuis
Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend

Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Europaweg Zuid 1
9401 RK Assen

Zaans Medisch Centrum
Kon. Julianaplein 58
1502 DV Zaandam

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

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

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

Ziekenhuis Bronovo
Bronovolaan 5
2597 AX Den Haag

Ziekenhuis Gelderse Vallei
Willy Brandtlaan 10
6716 RP Ede

Ziekenhuis Gooi-Noord
Rijksstraatweg 1
1261 AN Blaricum

Ziekenhuis Hilversum
Van Riebeeckweg 212
1213 XZ Hilversum

Ziekenhuis MCL Zuid
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden

Ziekenhuis Nij Smellinghe
Compagnonsplein 1
9202 NN Drachten

Ziekenhuis Rivierenland
Pres. Kennedylaan 1
4002 WP Tiel

Ziekenhuis St. Jansdal
wethouder Jansenlaan 90
3844 DG Harderwijk

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

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

Zorggroep Noorderbreedte
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden

Zorggroep Suydevelt locatie Scheperziekenhuis
Boermarkeweg 60
7824 AA Emmen

BIJLAGE 3 Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma aorta abdominalis
AMI	Acuut myocardinfarct
BSN	Burger Service Nummer
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CDC/ WIP	Centre for Disease Control/ Werkgroep Infectie Preventie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebrovasculair accident
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
FTE	Fulltime equivalent
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GIC	Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie
HbA1c	Maat voor de gemiddelde bloedglucosespiegel gedurende de voorafgaande 6 weken
IC	Intensive Care
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
LPOD	Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus
LVR-2	Landelijke Verloskundige Registratie 2e lijn
MIP/ FONA	Melding Incidenten Patiëntenzorg/ Fouten Ongevallen Near Accidents
NABON	Nationaal Borstkanker Overleg Nederland
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NICTIZ	Het Nationaal Instituut voor ICT in de Zorg
NRS	Numeric Rating Scale
NVA	Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie
NVVN	Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
OCR	Oesophaguscardiaresectie
PAR	Post Anesthetic Recovery
PREZIES	Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance
PTCA	Percutane Transluminale Coronair Angioplastiek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
TRIP	Het nationale bureau TransfusieReacties In Patiënten
VAS	Visual Analog Scale
VOKS	Verloskundige Onderlinge Kwaliteitsspiegeling
WBMV	Wet op de bijzondere medische verrichtingen

BIJLAGE 4 Samenwerkingsovereenkomst IGZ-NVZ-NFU-Orde

Samenwerkingsafspraken

ten behoeve van de ontwikkeling, de invoering, de toepassing en onderhoud van de Basisset prestatie-indicatoren in ziekenhuizen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ)

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

De Orde van Medisch Specialisten (ORDE)

Overwegende dat:

- De betrokken partijen streven naar optimalisering van de zorgverlening en prestatie-indicatoren daartoe worden ingezet.
- In het kader van de ontwikkeling, de invoering en de toepassing van prestatie-indicatoren het noodzakelijk is om, met het oog op een optimaal resultaat, tot afstemming en samenwerking te komen tussen betrokken partijen.
- De verantwoordelijkheden van partijen, en daarmee de doelstellingen ten aanzien van de prestatie-indicatoren, verschillen.
- Het veld van de gezondheidszorg gebaat is bij een eenduidig optreden van partijen en de samenwerkende partners ten opzichte van elkaar gebaat zijn bij een eenduidig optreden.
- Ziekenhuizen gehouden zijn hun gegevens inzake de kwaliteit van zorg jaarlijks voor 1 juni openbaar te maken.
- De administratieve lastendruk van de ziekenhuizen en de partners verminderd dient te worden.
- De samenwerkende partners belang hebben bij een optimale kwaliteit van de in het systeem opgenomen gegevens.

In aanmerking nemende dat:

- De doelstelling van de samenwerking is te komen tot een basisset van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen (verder 'de basisset') en tot het verkrijgen van daaruit voortvloeiende resultaten.
- De prestatie-indicatoren en de resultaten openbaar zijn en ieder ziekenhuis de eigen gegevens publiceert.
- De NVZ, NFU en Orde de prestatie-indicatoren hanteren ten behoeve van de maatschappelijke verantwoording, waartoe hun leden wettelijk verplicht zijn (Kwaliteitswet).
- De IGZ de prestatie-indicatoren hanteert ten behoeve van het toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen en in dat kader informatie kan verlangen van toezichtsobjecten.
- Het inspectie-toezicht middels de prestatie-indicatoren onderdeel is van het preventief toezicht; de indicatoren kunnen aanleiding zijn voor thematisch inspectie-toezicht.

Komen het volgende overeen:

Definities

Prestatie-indicator:

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

Basisset:

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

Ziekenhuizen:

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

Preventief toezicht:

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

Proces

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

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

2 Ten aanzien van de *aangifte van de gegevens*

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

3 Ten aanzien van de *beschikbaarheid van de gegevens*

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

- 4 Ten aanzien van de *verwerking en de analyse* van de gegevens door de IGZ
 - a De NVZ en de NFU stellen (op basis van punt 2a) een ingevulde, voor de inspectie bruikbare, invoermodule/database ter beschikking aan de IGZ.
 - b IGZ analyseert en bewerkt de gegevens ten behoeve van haar doelstelling als toezichthouder. IGZ is 'eigenaar' van de bewerkte gegevens en draagt verantwoordelijkheid voor de juistheid en de transparantie van deze bewerkingen.
 - c IGZ onderzoekt steekproefsgewijs de validiteit van de verstrekte gegevens per ziekenhuis.
 - d De partners zullen de toegang voor de IGZ tot relevante gegevens-bestanden ten behoeve van de validatie van de geaggregeerde gegevens, faciliteren en bevorderen.

- 5 Ten aanzien van de *rapportage*
 - a Jaarlijks brengt de IGZ per ziekenhuis een rapportage uit met betrekking tot de prestatie-indicatoren met daarin een weging van de geleverde prestaties. De IGZ legt de concept-rapportage voor aan het betreffende ziekenhuis ter correctie van feitelijke onjuistheden. Deze rapportage is openbaar.
 - b Jaarlijks brengt de IGZ een geaggregeerde rapportage uit van de totale resultaten met conclusies en toezicht-acties. De IGZ legt de concept-tekst voor aan de NVZ, NFU en Orde ter correctie van feitelijke onjuistheden. Deze rapportage is openbaar.
 - c Reacties van de wetenschappelijke verenigingen op de rapportages van de IGZ worden door de Orde voorgelegd aan de IGZ.
 - d De geaggregeerde rapportage is openbaar en bevat een overzicht van de gegevens per ziekenhuis.
 - e Indien door de wetenschappelijke verenigingen leeswijzers zijn ontwikkeld, wordt hiernaar in IGZ-publicaties verwezen. In een leeswijzer wordt voor het publiek toegankelijke informatie verstrekt over de achtergrond en de betekenis van de indicator.

Organisatie

- 6 Ten aanzien van het Bestuurlijk Overleg
 - a Minimaal tweemaal per jaar overleggen de Inspecteur-Generaal van de IGZ en de bestuursvoorzitters/ bestuursleden van de NVZ, NFU en Orde onder voorzitterschap van de IGZ over zaken betreffende deze samenwerkingsovereenkomst.
 - b Bij dit overleg zijn de projectleiders van het project prestatie-indicatoren van de IGZ, NVZ, NFU en Orde aanwezig.
 - c De IGZ voert het secretariaat en zorgt voor verslaglegging.
 - d De besluitenlijst inzake de prestatie-indicatoren wordt zo spoedig mogelijk na het overleg naar de deelnemers toegestuurd en twee weken na het overleg vastgesteld.

- 7 Ten aanzien van het Bureau Overleg
 - a Ten behoeve van uitvoering, voortgang en bewaking van het operationele proces, overleggen de betrokken inspecteurs en medewerkers van NVZ, NFU en Orde zo vaak als nodig.
 - b Het Bureau Overleg bereidt, ten behoeve van het Bestuurlijk Overleg, de agendapunten inzake de prestatie-indicatoren voor.

Duur van de overeenkomst en evaluatie

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

Den Haag, 19 december 2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg,



Prof. dr. J.H. Kingma

NVZ vereniging van ziekenhuizen,



Mw. ir. J. M. Leemhuis-Stout

Nederlandse Federatie van
Universitair medische centra,



Prof. dr. G.H. Blijham

Orde van Medische Specialisten,



Prof. dr. P.A.M. Vierhout

Bijlage 1

Uitgangspunten voor het ontwikkelen van nieuwe indicatoren en de herziening van de basisset

- Omvang set (het totaal aantal vragen) verandert in principe niet (behoudens de toevoeging van een rubriek voor de acute keten).
- Verhouding tussen de drie groepen: ziekenhuisbreed, risicoafdelingen en ziektespecifiek blijft gelijk.
 - Binnen iedere groep kan de samenstelling wisselen, bijvoorbeeld ondervoeding in plaats van decubitus, chronische pijn of barenspijn in plaats van postoperatieve pijn, kindergeneeskunde of psychiatrie in plaats van orthopedie of verloskunde.
- Jaarlijkse vervanging 20 - 25% van de indicatoren met als doel
 - Indicatoren blijven gemiddeld 4 tot 5 jaar actief, waardoor een trend is vast te stellen.
 - Vervanging na gemiddeld 4 tot 5 jaar voorkomt dat het geheel te statisch wordt en tot voorspelbare, 'prestatie-correcte' reacties leidt.
 - Deelgebieden die nu niet in de indicatoren zijn opgenomen kunnen hierdoor in de loop der jaren wel aan bod komen.
 - Indicatoren die niet informatief zijn of kwalitatief onvoldoende blijken bij analyses kunnen al na het eerste jaar worden vervangen.
 - Indicatoren die leiden tot ongewenste verschuivingen (perverse reacties) kunnen eerder worden vervangen.
 - Indicatoren binnen een groep kunnen, bijvoorbeeld op verzoek van de betrokken beroepsgroep(en) worden gewijzigd.
 - Indicatoren die nog niet zijn 'uitgewerkt' kunnen langer gehandhaafd blijven.
- Nieuwe indicatoren worden in overleg met veldpartijen vastgesteld. Gestreefd wordt valide (vastgesteld aan de hand van checklist (AIRE-instrument?) en een pilotstudie in de praktijk) indicatoren in de set op te nemen.

Tijdpad jaarlijkse vernieuwing basisset

Met ingang van basisset 2007. De basisset 2005 en 2006 blijven gelijk aan die voor 2004.

Beslissing over verwijderen, wijzigen en aanvullen

- 1 Vaststellen welke indicatoren verwijderd of vervangen dienen te worden.
 - Aan alle betrokken wetenschappelijke verenigingen, beroepsgroepen, en/of brancheorganisaties vragen of er reden^[12] is voor het verwijderen, wijzigen of vervangen van 'hun' indicator(en).
 - Op grond van de analyse-resultaten of nieuwe risico-gebieden vaststellen welke indicatoren verwijderd, gewijzigd of vervangen dienen te worden.
 - Jaarlijks algemene uitnodiging laten uitgaan naar alle wetenschappelijke verenigingen, beroepsgroepen en brancheorganisaties om een verzoek tot opname van nieuwe indicator(en) in te dienen.
- 2 Vaststellen welke indicatoren overblijven en opstellen van een voorstel tot aanvulling van de set met nieuwe indicatoren.
 - Op grond van de uitgangspunten voor evenwichtige samenstelling van de basisset vast stellen voor welke deelgebieden nieuwe indicatoren ontwikkeld dienen te worden.

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

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

Werkwijze aanvullen en wijzigen

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

Planning

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

Afspraken rondom procesgang

- Initiele contacten van de IGZ met de wetenschappelijke verenigingen/experts, in het kader van de indicatoren, lopen via de relevante branche-organisatie.
- Als start van het proces zal de IGZ een brief aan de relevante branche-organisatie sturen met de vraag de betreffende WV-en / experts te betrekken bij de ontwikkeling van een indicator.
- De betreffende organisatie stelt de betreffende experts/WV-en vervolgens op de hoogte van dit verzoek en zorgt dat z.s.m. een reactie volgt.
- Bij een positieve reactie zorgt de betreffende branche-organisatie voor contact tussen de experts/WV en de vertegenwoordiger namens de IGZ.
- De experts/WV en de vertegenwoordiger namens de IGZ maken werkafspraken (volgens eerder vermelde planning) en stellen hiervan de brancheorganisaties en IGZ op de hoogte.
- Werkgroepen werken aan indicatoren en dragen deze voor ter bespreking in juni.
- De voorgestelde indicatoren worden 2 weken voor te plannen vergaderingen in de 3e week juni rondgestuurd.
- Tijdens vergaderingen in de 3e week van juni worden de concept indicatoren vastgesteld.
- In juli en juli vindt een haalbaarheidstoets plaats, dit leidt eventueel tot suggesties tot aanpassingen van de indicatoren. De werkgroepen worden hiervan in kennis gesteld.
- Aanpassingen dienen te worden doorgevoerd door de werkgroepen.
- De aangepaste indicatoren worden door de werkgroepen aangeboden voor bespreking met experts/WV-en, NVZ, NFU, en Orde twee weken voorgaand aan de vergadering in de 1e week van september.
- Op de vergadering in 1e week van september wordt de definitieve basisset vastgesteld.

Bijlage 2

Aangifte en invoer van gegevens

Basisprincipe

Er is één enkele, unieke, bron voor de basisset prestatie-indicator informatie van een ziekenhuis.

Dit houdt in dat:

- Het voor elk ziekenhuis duidelijk is waar basisset informatie wordt ingevoerd.
- Voor elke gebruiker duidelijk is waar basisset informatie kan worden gevonden, met een zo laag mogelijke drempel voor toegang.
- Deze plek is zo ingericht (en kan -op basis van ervaringen- zo worden aangepast) dat het voor algemene en academische ziekenhuizen de enige invoerplek is voor informatie.
- De website waarop gegevens ingevoerd kunnen worden is een service van de NVZ aan haar leden en aan de Nederlandse ziekenhuizen en dient om hen behulpzaam te zijn bij het voldoen aan de verplichtingen van het ziekenhuis in het kader van de basisset prestatieindicatoren.

Toestanden (states) van informatie

De informatie kent twee 'toestanden':

- 1 De voorbereiding waarbij de invoermodule dient als een hulpmiddel bij het verzamelen van informatie voor de basisset en de informatie, in die fase, geen formeel karakter heeft.
- 2 Een post - aangiftefase die ingaat nadat het ziekenhuis de informatie heeft gewaarmerkt en heeft vrijgegeven ten behoeve van de basisset. Daarmee heeft het ziekenhuis voldaan aan zijn verplichtingen in het kader van de basisset prestatie-indicatoren. Op dat moment heeft het ziekenhuis ook voldaan aan toekomstige verplichtingen in het kader van het jaardocument cure voor zoverre het de basisset betreft.

Invoer

- De NVZ maakt in overleg met betrokken ziekenhuizen en de IGZ een invoermodule voor gegevens uit de dataset van een voor de invoerende ziekenhuizen en voor de IGZ acceptabele kwaliteit.
- De NVZ draagt er zorg voor dat de website waarop ingevoerd kan worden probleemloos toegankelijk is voor de ziekenhuizen. Deze voorwaarde tot toegankelijkheid geldt ook indien op enig moment in de toekomst niet leden van de NVZ verplicht zijn of worden om gegevens over de basisset aan de IGZ aan te leveren.
- Als de NVZ niet aan deze voorwaarde kan voldoen stelt zij de IGZ daar zo spoedig mogelijk van op de hoogte, maar in ieder geval voor de aanvang van het jaar waarover de ziekenhuizen moeten rapporteren.

Aangifte

- Zodra het ziekenhuis van mening is dat de complete set ingevoerde gegevens volledig is, is er op de invoermodule van het ziekenhuis een functie aanwezig waarbij het ziekenhuis op eenduidige wijze (bijvoorbeeld middels het plaatsen van een elektronische handtekening) aan kan geven dat aangifte wordt gedaan van de dataset.
- Zodra deze aangifte is gedaan moet er een signaal gaan naar het PI bureau van de IGZ zodanig dat op de website van de IGZ een melding verschijnt dat dit ziekenhuis aan haar verplichtingen in het kader van de basisset heeft voldaan.
- De NVZ werkt een procedure uit voor het doen van aangifte, waarbij zij aan de IGZ zal laten weten welke acties van de IGZ noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld de uitgifte van unieke identificatiecodes etc.).

Inzage in de gegevens

- De informatie in de voorbereidingsfase is eigendom van het ziekenhuis en kan alleen met toestemming van het ziekenhuis ingezien worden.
- De NVZ en de NFU zijn houder van de gegevens in de database.
- Na de aangifte heeft de IGZ inzagerecht in de gegevens van de ziekenhuizen c.q. het ziekenhuis als ware het een eigen database van de IGZ. De informatie van het ziekenhuis bevindt zich na het moment van aangifte in het public domain.
- De inzage van de gegevens van een individueel ziekenhuis is vrij en voor iedereen toegankelijk na aangifte.
- Het beschikbaar stellen van bestanden van meerdere ziekenhuizen is ter beoordeling van de houder (deNVZ), die daarvoor een protocol hanteert. De houder van de database kan voor het beschikbaar stellen van gegevensbestanden kosten in rekening brengen. De organisatie van de database dient zodanig te zijn dat deze kosten zo laag mogelijk zijn en redelijkerwijs geen beperking vormen voor de toegang van organisaties tot de gegevens.

Wijzigingen

- Het ziekenhuis is te allen tijde verantwoordelijk voor de inhoud van de informatie in de database.
- Indien er naar het oordeel van de IGZ onjuiste of misleidende informatie in de database aanwezig is, stelt zij het ziekenhuis hiervan op de hoogte.
- Na aangifte zijn de gegevens gefixeerd en kunnen niet meer gewijzigd worden. Aanpassing van de gegevens is alleen mogelijk indien duidelijk gedocumenteerd uit de presentatiemodule blijkt dat de oorspronkelijke gegevens onjuist zijn. Een wijziging wordt gemeld bij de IGZ. Dit laatste in verband met de functie van de invoermodule als enige unieke bron van indicator informatie. Evidente fouten moeten getraceerd gecorrigeerd kunnen worden.

Markering

- Te allen tijde is duidelijk op welk ziekenhuis of welke locatie van een ziekenhuis de informatie betrekking heeft en welk verslagjaar het betreft.

Overleg

- Indien overleg noodzakelijk is tussen de betrokken Verenigingen van instellingen, vindt dit overleg plaats direct tussen de betrokken verenigingen. De IGZ zal van het resultaat van dit overleg op de hoogte worden gesteld, tenzij de uitkomst van dit overleg op enige wijze gevolgen heeft voor het voor de IGZ beschikbaar komen van gegevens over de basisset. In dat geval vindt het besluitvormend overleg plaats tussen de betrokken verenigingen en de IGZ.

De Basisset prestatie-indicatoren 2004
is totstandgekomen in samenwerking
met:

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

Internet

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

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

Den Haag, april 2006