Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het resultaat telt ziekenhuizen 2016

Utrecht, april 2018

Inhoudsopgave

Voorwoord 5

Inleiding 7

1 Operatief proces 11
1.1 Pijn na een operatie 11
1.2 Heupfractuur 15
1.3 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe 25
1.4 Bariatrische chirurgie 29
1.5 Registratie orthopedie 34
1.6 Registratie neurochirurgie 37
1.7 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie 41
1.8 Implementatie ZATT richtlijn 43

2 Spoedprocessen 45

3 Intensive care 46
3.1 Beademingsuren 46
3.2 Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE 50

4 Polikliniek 55

5 Diagnostiek 56

6 Interventies 57
6.1 Interventies radiologie 58

7 Medicatieproces 61
7.1 Elektronisch voorschrijven 61
7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen 66

8 Verpleegkundige zorg 73
8.1 Wondzorg 73
8.2 Ondervoeding 77
8.3 Delirium 87
8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting 93

9 Oncologie 96
9.1 Continuïteit in de keten 96
9.2 Borstkanker 101
9.3 Longcarcinoom 112
9.4 Gastro-intestinaal 121

9.5 Urologische tumoren 127
9.6 Ovariumcarcinoom 135
9.7 Palliatieve radiotherapie botmetastasen 139

10 Hart en vaten 143
10.1 Volume van risicovolle interventies 143
10.2 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI) 146
10.3 Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's 155
10.4 Carotischirurgie 160
10.5 Thoraxchirurgie 164
10.6 Atriumfibrilleren 167

11 Bewegingsapparaat 171

12 Infectieziekten 172
12.1 Ziekenhuisinfecties 172
12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia) 175

13 Longen 177

14 Maag-darm-lever (MDL) 178
14.1 Time-out procedure endoscopische verrichtingen 178
14.2 Deelname aan de ERCP-kwaliteitsregistratie 181

15 Zenuwstelsel 184
15.1 Parkinson 184

16 Perinatale zorg 187
16.1 De spontane bevalling 187

17 Kwetsbare groepen 194
17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten 194
17.2 Colonchirurgie bij ouderen 198
17.3 Medebehandeling bij kinderen 204

18 Algemeen kwaliteitsbeleid 208
18.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten 208
18.2 Disfunctioneren medisch specialisten 214

19 Volume 215

20 Onverwacht lange opnameduur en heropname 216
20.1 Onverwacht lange opnameduur 216
20.2 Heropnamen 219

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage Het resultaat telt – Ziekenhuizen 2016. Sinds 2004 stelt de inspectie jaarlijks *Het resultaat telt – ziekenhuizen* op, en sinds 2008 ook jaarlijks *Het resultaat telt – particuliere klinieken*. Beide publicaties ontstaan in nauwe samenwerking met de betrokken veldpartijen.

Inzicht en toezicht

Met de publicatie van dit rapport bekrachtigt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: inspectie) hét centrale uitgangspunt van het Nederlandse zorgstelsel: de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor het leveren van goede zorg. Immers: in Nederland vertrouwen wij op de deskundigheid en motivatie van zorgaanbieders om goede zorg te leveren. Goede zorg is vooral: steeds betere en veiliger zorg. En om de zorg te kunnen verbeteren is inzicht nodig in de uitkomsten van zorg, het gedrag dat leidt tot deze uitkomsten en de systemen om richting te geven en te sturen. Het gaat dan niet alleen om inzicht in het eigen functioneren maar juist ook om de vergelijking met andere zorgaanbieders. Wat kun je van hen leren? En wat kunnen zij van jou leren?

Om dit leren en verbeteren mogelijk te maken, maakt de inspectie jaarlijks afspraken met de veldpartijen die de ziekenhuizen en particuliere klinieken, medisch specialisten en verpleegkundigen vertegenwoordigen. Samen met die veldpartijen stelt de inspectie de *Basisset kwaliteitsindicatoren* vast. Voorheen bestonden er afzonderlijke Basissets voor de ziekenhuizen en voor de particuliere klinieken, maar sinds 2016 is dit één gezamenlijke set. Ook de publicaties *Het resultaat telt – ziekenhuizen* en *Het resultaat telt – particuliere klinieken* zijn meer naar elkaar toe gegroeid. In de toekomst zal er één gezamenlijke rapportage worden opgesteld.

In de *Basisset kwaliteitsindicatoren* staat welk indicatoren op welke manier bij de inspectie worden aangeleverd. Zorgaanbieders gebruiken de indicatoren om inzicht te krijgen in hun eigen functioneren.
De inspectie gebruikt deze indicatoren in haar toezicht. Zij gaat met de raad van bestuur van een ziekenhuis en de professionals in gesprek over hoe zij de indicatoren gebruiken bij het besturen van het ziekenhuis en bij het leren en verbeteren in de zorg. Bij opvallende uitkomsten stelt de inspectie vragen.

Risico's en ambities

Met het vaststellen, registreren en aanleveren van de indicatoren uit de Basisset stellen de veldpartijen samen met de inspectie eigenlijk vast wat de grootste risico's voor de zorg zijn en op welk terrein zij gezamenlijk de ambitie hebben om de zorg beter en veiliger te maken. De verantwoordelijkheid van zorgaanbieders omvat immers ook het invullen van de open norm 'goede zorg' en het signaleren en beheersen van risico's. Door een indicator in de *Basisset kwaliteitsindicatoren* op te nemen, wordt een ambitie uitgesproken om de zorg landelijk te verbeteren. Doordat de *Basisset kwaliteitsindicatoren* ruim voor de start van

het verslagjaar wordt gepubliceerd, wordt hiermee al vanaf het eerste moment gestuurd op de verbetering: zorgaanbieders kunnen gelijk met deze indicatoren aan de slag. De inspectie gaat na het tot stand komen van de Basisset over de indicatoren in gesprek met ziekenhuizen. Bij de particuliere klinieken legt de inspectie, opgeleide van opvallende signalen inspectiebezoeken af. De publicatie van Het resultaat telt geeft een extra impuls waardoor (nagenoeg) alle ziekenhuizen meegaan in de gewenste verbetering. "Achterblijvers aanmoedigen door beweging te stimuleren", noemt de inspectie dit. Aan de slag.

Door transparantie over de indicatoren en de publicatie van *Het resultaat telt – ziekenhuizen* en *Het resultaat telt – particuliere klinieken* krijgen ook andere belanghebbenden (patiënten, zorgverzekeraars, beleidsmakers) inzicht in het functioneren van ziekenhuizen en particuliere klinieken. De inspectie vindt openheid en transparantie belangrijk, maar onderstreept het doel van de indicatoren en van Het resultaat telt: het gaat om leren en verbeteren.

De keerzijde van de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders is gezond vertrouwen. Gezond vertrouwen van patiënten, dat zij de best mogelijke zorg krijgen. Gezond vertrouwen in deskundige zorgaanbieders, die zich elke dag volledig inzetten, zich blijven verbeteren en die hun patiënten de zorg willen bieden 'die je je naaste gunt'.

Mevrouw dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting

Inleiding

Communiceren met indicatoren: duidelijk, direct en inzichtelijk

Al 15 jaar kiezen de organisaties van professionals in overleg met de inspectie de indicatoren in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen*. Dat is in 2004 ontstaan in reactie op een verzoek van deze wetenschappelijke verenigingen, maar inmiddels essentieel gebleken. Noch de inspectie, noch de professionals kunnen eenzijdig de taal vaststellen waarin zij met elkaar communiceren. Een indicator moet professionals stimuleren om betere kwaliteit van zorg te waarborgen en de inspectie om goed toezicht te houden. Zo is met die indicatoren een taal gecreëerd, die beide kanten begrijpen. Daarmee is de Basisset een communicatiesysteem, geen meetsysteem: duidelijk, direct en inzichtelijk. Een middel om beter te kunnen praten over de zorg, niet om die de maat te nemen.

Definitie en functie

In definities van het begrip indicator ligt de nadruk op het begrip 'maat'. Een indicator is een 'meetbaar element in de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit van de geleverde zorg[1]'. Veel van de discussies over de kwaliteit van indicatoren gaan over validiteit en betrouwbaarheid, over de maat, de vorm. Uitgaande van de idee dat vorm inhoud en functie volgt: wat is dan de functie van een indicator? Bovenal is dat het verbeteren van de communicatie tussen de aanbieder van de gegevens en de gebruiker van de informatie met als doel de zorg te verbeteren.

Bericht

Een indicator is dan een bericht van een ziekenhuis aan de inspectie, met een van tevoren afgesproken inhoud. De inspectie laat in de rapportage *Het resultaat telt – ziekenhuizen* zien hoe zij dat bericht leest, welke conclusies zij trekt op basis van dat bericht en van de vergelijking daarvan met de berichten van de andere ziekenhuizen. In die zin zijn de indicatoren een taal, is de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen* het woordenboek, de 'aangifte' met alle indicatoruitkomsten als gezegd het bericht naar de inspectie. De rapportage is het retourbericht van de inspectie aan het ziekenhuis. Tegelijkertijd heeft de inspectie een publieke functie en moet de indicatortaal ook begrijpelijk zijn voor de samenleving. Dat is van belang voor het vertrouwen in de zorg en in het toezicht.

Interpretatie

De eerste prioriteit bij het lezen van een gescoorde indicator is het beantwoorden van de vraag 'Heeft het ziekenhuis dit probleem in de zorg voor patiënten onder controle?' Als het antwoord 'ja' is, is er minder reden voor de inspectie om in actie te komen. Dat betekent niet dat de score in het bericht dan per definitie goed is. De patiëntenzorg is complex en de indicator vraagt naar kwetsbare onderdelen in de zorg waar de kans op een slechte uitslag

[1] Handleiding indicatorontwikkeling, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg,CBO, 28 maart 2007

zo groot mogelijk is. Als een ziekenhuis een slechte uitkomst rapporteert, maar die zelf weet te interpreteren en te corrigeren, is het antwoord ook 'Ja, het ziekenhuis heeft dit probleem onder controle'. Een mooi voorbeeld uit dit verslagjaar is het Erasmus MC in Rotterdam dat een hoog aantal heringrepen rapporteert bij patiënten met pacemakers, om vervolgens uit te leggen wat volgens hen de oorzaak is en wat zij daaraan gedaan hebben. De *uitslag* is verontrustend, maar *het bericht* als geheel geeft juist extra vertrouwen. De tweede prioriteit bij het lezen van een gescoorde indicator is de vraag 'Waarop stuurt het ziekenhuis?' Ook dan is de toelichting van groot belang. Het is de ervaring van de inspectie dat ziekenhuizen die zelf duidelijke prioriteiten stellen, beter in staat zijn tot sturen dan instellingen die dat vooral van externe factoren laten afhangen. Dat is goed zichtbaar bij nieuwe indicatoren. Sommige ziekenhuizen zijn zelf initiatiefnemer van een ontwikkeling en lopen voorop, waar andere verwijzen naar het nog ontbreken van verplichtstelling, naar administratieve lasten en technische problemen. Een ziekenhuis dat zegt 'De deelname was dit jaar nog niet verplicht' zegt impliciet ook 'Zonder verplichting doen we het niet'. Hetzelfde geldt voor verklaringen die zich richten op storingen in de informatievoorziening. Het bericht is 'Wij hebben geen stuurinformatie op dit gebied'. De reactie van de inspectie: "Hoe stuurt u dan?"

Weinig ruis

Een goed verstaander heeft maar een half woord nodig. Maar dan moet er niet te veel ruis om dat woord zitten. Een van de redenen waarom de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen* zo klein is gebleven is, dat goed verstaan ook gerichte aandacht vraagt. Het blijkt voor de inspectie ondoenlijk om meer dan de huidige, ongeveer 60 indicatoren (260 variabelen) daadwerkelijk te analyseren. De inspectie beperkt de uitvraag daarom tot die indicatoren waarover zij de dialoog met ziekenhuizen kan aangaan. Het dwingt ook tot continue monitoring van de zorgverlening: waar loopt de patiënt het meeste of het grootste risico? En het sluit goed aan bij de breed gedragen wens om de administratieve lastendruk van ziekenhuizen te beperken.

Toch discussie

Toch blijft deze discussie terugkomen: indicatoren en administratieve lastendruk lijken soms synoniemen. Dat speelt in het bijzonder als de 'indicatortaal' onbegrepen blijft en/of actoren de indicatoren inzetten voor ook andere dan waarvoor deze bedoeld zijn. De inspectie is ervan overtuigd dat indicatoren de zorg ten goede veranderen. Maar het is essentieel je te blijven afvragen of ze dat doen op een effectieve en efficiënte manier. Dit om te voorkomen dat indicatoren verworden tot vinkjes die professionals toch vooral van het werk afhouden. Dit jaar werd een nieuwe indicator opgenomen in de Basisset, waarbij op initiatief van de pijnverpleegkundigen een ziekenhuisbreed pijnbeleid wordt ingevoerd in 2018. Tegelijkertijd kwamen er klachten over 'vinkjes', die niet zouden bijdragen aan goede zorg. Daarbij werd het screenen op pijn als voorbeeld genoemd, want 'zelfs als een patiënt geen pijn had moest er één keer per acht uur naar pijn gevraagd worden'. Als reactie op de klachten werd gezegd, dat het niet de 'schuld' van de inspectie was, maar van de beroepsgroep. Die had de indicator ingevoerd.

Juist in dit soort situaties is het goed om terug te gaan naar wat goede zorg is. Gedegen onderzoek heeft hier immers laten zien dat pijn bij grote groepen[2] niet in beeld komt als er niet gericht naar gevraagd wordt. En dat kan de patiënt schaden.

Doorontwikkeling

De inspectie heeft met de overige partners binnen de Basisset afgesproken om het komende jaar tot afspraken te komen over de doorontwikkeling van Het resultaat telt – ziekenhuizen. Dit is enerzijds gelegen in de wens om te zoeken naar een nieuwe vormen die zowel de ziekenhuizen als het brede publiek beter inzicht geven in de ontwikkelingen van de kwaliteit van zorg. Anderzijds functioneert Het resultaat telt – ziekenhuizen momenteel niet optimaal als feedbackinstrument voor zorginstellingen, doordat het huidige proces om te komen tot een jaarlijks rapport te veel tijd in beslag neemt: er zit te veel tijd tussen het aanleveren van gegevens door ziekenhuizen en het moment dat zij door middel van het rapport inzicht verkrijgen hoe zij zich verhouden tot de rest van het veld. De inspectie neemt het voortouw om hier met alle betrokkenen een goede oplossing voor te vinden.

Leeswijzer

In *Het resultaat telt – ziekenhuizen 2016* heeft elke indicator uit de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* een eigen hoofdstuk. Die hoofdstukken zijn op dezelfde manier opgebouwd. Eerst is er een inleiding die aangeeft waarom de indicator gekozen is. Dan volgt een samenvatting van de uitslagen van de indicator over het verslagjaar, waar nodig aangevuld met historische gegevens. Hierin wordt ook aandacht besteed aan (het ontbreken van) toelichtingen van ziekenhuizen die om een reactie vragen. In de aandachtspunten belicht de inspectie algemene patronen die van breder belang zijn voor het onderwerp van de indicator. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de vragen die de inspectie aan zorgaanbieders kan stellen bij een opvallende uitslag.

[2] De richtlijn over postoperatieve pijn zegt er het volgende over: "Er is aangetoond dat er een discrepantie is tussen hetgeen de patiënt zegt over pijn en de interpretatie van de verpleegkundige; bij afwezigheid van somatische uitingen wordt de pijn lager ingeschat (Idvall et al., 2002; Horbury et al., 2005)."

1 Operatief proces

1.1 Pijn na een operatie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.1.

Indicator

1.1.1 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

Wat zijn de risico's?

Er kleven veel risico's aan het missen van signalen van pijn bij een patiënt. Pijn is een belangrijk teken dat complicaties optreden. Daarnaast geeft pijn last voor een patiënt. Deze kan ook weer klachten krijgen door onvoldoende pijnbestrijding. Een voorbeeld daarvan is het optreden van een longontsteking bij postoperatieve pijn in de buik.

Goede pijnbestrijding speelt een belangrijke rol in het operatieve proces én voor patiënten: het kan complicaties voorkomen en spoedig herstel en mobilisatie bevorderen.
De bijwerkingen van de pijnbestrijding mogen het pijnstillende effect echter niet in de weg staan. Door te veel sterke medicatie (oversedatie) beleeft een patiënt op een verpleegafdeling weliswaar weinig of geen pijn, maar hij heeft een grotere kans op een ademhalingsdepressie. Het is dus voor zorgverleners van belang hierin een goed evenwicht te vinden. Dit is niet altijd eenvoudig, want patiënten beleven pijn verschillend. Daarom is het voor patiënt en hulpverlener lastig te beoordelen hoeveel pijn aanvaardbaar of normaal is en blijkt dat voor een adequate inschatting van de pijn dit het best aan de patiënt zelf gevraagd kan worden. Indien een aanspreekbare patiënt slechts door de hulpverlener wordt geobserveerd op pijngedrag, blijkt dat pijn vaak onderschat wordt door de hulpverlener. Het is echter noodzakelijk dat pijnstilling en de keuze van medicamenten dienen te passen bij de individuele (vraag van de) patiënt en de ingreep.
Het aantal patiënten dat is opgenomen in de steekproef voor de indicatoren maakt de mate van informatisering van verpleegafdelingen zichtbaar. De integratie met andere screeningen, zoals ondervoeding, geeft de inspectie inzicht in de inrichting van de werkprocessen in het ziekenhuis en hoe ziekenhuizen deze informatie gebruiken. Een goede registratie van pijnscores kan de noodzakelijke informatie geven over de patiëntengroepen die extra aandacht nodig hebben bij pijnbestrijding.

Resultaten

Tabel 1.1.1.1

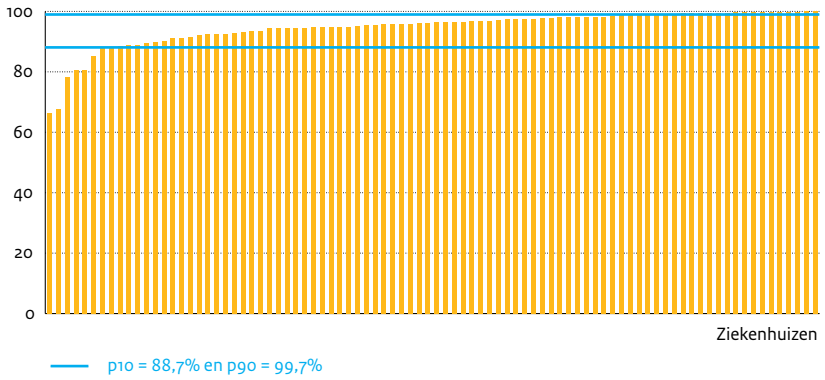
Kengetallen gestandaardiseerde pijnmetingen bij klinische operatiepatiënten op de verpleegafdeling

	Patiënten met gestandaardiseerde pijnmeting	Klinische operatiepatiënten op de verpleegafdeling	Percentage
Gemiddeld	5.530	5.872	94,6%
Standaarddeviatie	3.472	3.729	6,2%
Mediaan	4.223	4.452	96,3%
P10	1.875	1.983	88,7%
P90	11.062	11.625	99,7%
Min	249	260	66,3%
Max	14.235	14.592	100%
Totaal	486.669	516.741	

Het gemiddelde percentage geregistreerde pijnmetingen steeg in 2016 ten opzichte van 2015 met 0,9 procentpunt: van 93,7% naar 94,6%. Negen ziekenhuizen gebruikten een steekproef voor het aanleveren van de gegevens over 2016. In 2015 waren dit nog acht ziekenhuizen.
De ziekenhuizen die onder de P10 scoren zijn: Bernhoven (Uden) met 66,3%, Amphia Ziekenhuis (Breda) met 67,8%, Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) met 78,2%, Zuyderland Medisch centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade) met 80,4%, Maastricht UMC+ (Maastricht) met 80,7% en Deventer Ziekenhuis (Deventer) met 85,1%.
Negen ziekenhuizen scoren boven de P90, waarbij Oogziekenhuis (Rotterdam) en Medisch Spectrum Twente (Enschede) een score hebben van 100%.
Behalve Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) hebben alle ziekenhuizen data aangeleverd. Het ziekenhuis verklaarde, net als voorgaande jaren, dat in dit ziekenhuis enkel ingrepen in dagopnames plaatsvinden, maar dat zij uiteraard wel pijnmetingen doen. Dit betekent echter niet dat postoperatieve pijnmetingen bij patiënten in dagopnames niet relevant zijn. Opnames in dagverpleging zijn nu wel een exclusiecriterium in de indicator.

Figuur 1.1.1 .1

Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij klinische operatiepatiënten op de verpleegafdeling



Aandachtspunten

Vijftien jaar pijnscore, wat leert dat over indicatoren?

De indicator pijn na operatie is een typisch voorbeeld van een indicator met een lange termijn doel. In 2003 bestond de indicator uit drie delen. Het eerste deel was 'infrastructuur': beschikt het ziekenhuis over de juiste middelen om pijn systematisch te signaleren en te behandelen. Het ging daarbij onder andere om een protocol en een multidisciplinair team. Het tweede deel was 'pijn systematisch meten op de uitslaapkamer, de verkoever'. Het derde het 'systematisch bewaken van de pijn op de verpleegafdeling'. Later werd daar de aanpak van de pijnscore boven de zeven aan toegevoegd. Het verloop van de indicatoren laat een inmiddels bekend patroon zien. De structuurindicator bereikte als eerste zijn doel en werd na enkele jaren afgeschaft. De screeningsindicatoren voor verkoever en verpleegafdeling vertonen een gedrag dat past bij de plaats in het zorgproces. De verkoever heeft een relatief sterk gestandaardiseerd kort en intensief proces, uitgevoerd door een in verhouding klein team met specifieke opleiding. In een dergelijke omgeving lijkt een screening en daarmee een indicator snel te landen. Dit was de eerste indicator waarbij het voorstelbaar was dat een 100% score haalbaar was.

Een screeningsindicator voor een bredere groep afdelingen vraagt meer tijd en inspanning. De groep wiens gedrag wordt beïnvloed, is groter. De tijdsduur waarover de screening moet worden uitgevoerd, is veel groter. Dagen in plaats van enkele uren. Er kwamen ook veel meer signalen over weerstand. Deze indicator blijkt een goed inzicht te geven in de inhoudelijke aansturing van afdelingen. Veel signalen gingen over de vermeende verplichtstelling van een screening door de inspectie, terwijl er ook goede inhoudelijke redenen waren om de indicator in te voeren en de verplichtstelling niet voortkwam uit een actie van de inspectie, maar uit een – goede – richtlijn.

Verder bleek de belasting ook sterk samen te hangen met de logistieke en ICT-organisatie van het ziekenhuis. Met name het goed combineren van de uitvraag van meerdere screeningsvragen bleek de efficiëntie sterk te vergroten. Inmiddels is de Screening op postoperatieve pijn op verpleegafdelingen op het niveau aangekomen waarop de indicator Screening op pijn op de verkoeverafdeling was toen deze werd afgeschaft. De aandacht voor postoperatieve pijn blijft wel bestaan. Deze wordt voortgezet in de indicator voor ziekenhuisbrede pijnsignalering.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

Het ziekenhuis is in fase 2: uitvoering meting

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2016: bij minder dan 88,7% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de afdeling, inclusief criteria voor ontslag naar huis (welke pijnbestrijding is mogelijk, welke protocollen, wie is verantwoordelijk, scholing, etc.)?
- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe is de verdeling van de percentages over de afdelingen?
- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van metingen ten behoeve van de patiëntbewaking op de afdeling (pols, tensie, bloedcontrole, saturatiemeter, ademfrequentie, neurologische functies bij epidurale pijnbestrijding)?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde relevante metingen en processen op de verpleegafdeling (delirium, dubbelcheck bij medicatie) uitgevoerd?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid en tot welke verbeteracties heeft dat geleid?

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief hoog (voor 2016: bij meer dan 99,7% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Legt het ziekenhuis of de afdelingen de pijnscore elektronisch vast?
  - Zo nee: Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits en hoe vaak?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij de eerste pijnscores laag waren?

1.2 Heupfractuur

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.2.

Indicatoren

1.2.1 Heroperaties bij een heupfractuur
1.2.2 Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur
1.2.3 Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog

Inleiding

Kwetsbare ouderen met een heupfractuur worden door zorgverleners aangewezen als de groep patiënten die het meest schade ondervindt als het zorgproces niet goed verloopt[3]. Het behandelen van een heupfractuur vereist intensieve samenwerking tussen verschillende afdelingen en medisch specialismen. Daarnaast is er veelal sprake van comorbiditeit wat de zorg complexer maakt en het risico op complicaties verhoogt. Het is aangetoond dat het op structurele wijze betrekken van een geriatrisch team als medebehandelaar bij patiënten met een heupfractuur een sterk verbeterde prognose oplevert[4].
De indicator Heroperaties geeft de inspectie een beeld van de kwaliteit van de zorg vanuit een medisch inhoudelijk perspectief. De indicator Medebehandeling geriatrieteam geeft de inspectie een beeld van de mate waarin de complexe zorg gecoördineerd en multidisciplinair wordt benaderd. De indicator Certificering voor orthopedisch chirurg-traumatoloog geeft de inspectie een beeld over de beschikbare medische expertise.

Methode

1.2.1 Teller: aantal heroperaties bij geopereerde heupfracturen
Noemer: aantal geopereerde heupfracturen

1.2.2 Teller: aantal patiënten opgenomen met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is
Noemer: aantal patiënten opgenomen met een heupfractuur

1.2.3 Teller: aantal gecertificeerde chirurgen die heupfracturen opereren binnen de instelling
Noemer: aantal chirurgen die heupfracturen opereren binnen de instelling

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

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

Resultaten

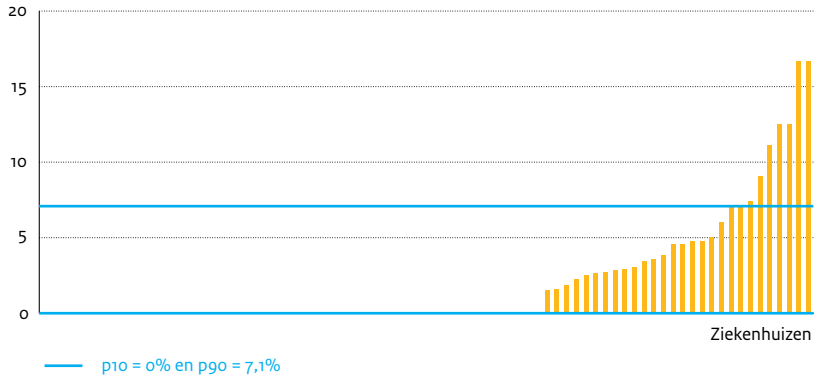
Tabel 1.2.1.1

Aantal heroperaties bij mediale collumfracturen met interne fixatie

	Heroperaties	Mediale collumfracturen met interne fixatie	Percentage
Gemiddeld	0,5	32,6	2,1%
Standaarddeviatie	0,8	31,3	3,8%
Mediaan	0,0	24,0	0,0%
P10	0,0	6,0	0,0%
P90	1,0	59,8	7,1%
Min	0	0	0,0%
Max	4	233	16,7%
Totaal	41	2.671	

Figuur 1.2.1.1

Percentage heroperaties bij mediale collumfracturen met interne fixatie



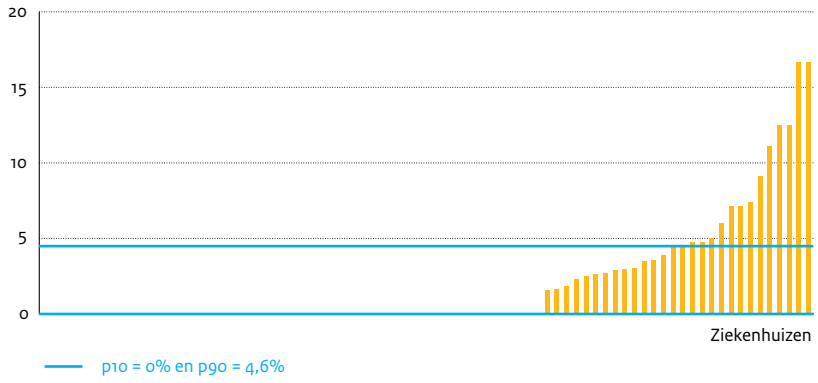
Tabel 1.2.1.2

Aantal heroperaties mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese

	Heroperaties	Mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese	Percentage
Gemiddeld	1,4	87,2	1,6%
Standaarddeviatie	2,3	53,7	2,6%
Mediaan	0,0	79,0	0,0%
P10	0,0	25,5	0,0%
P90	5,0	143,8	4,6%
Min	0	0	0,0%
Max	11	330	12,5%
Totaal	118	7.153	

Figuur 1.2.1.2

Percentage heroperaties mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese



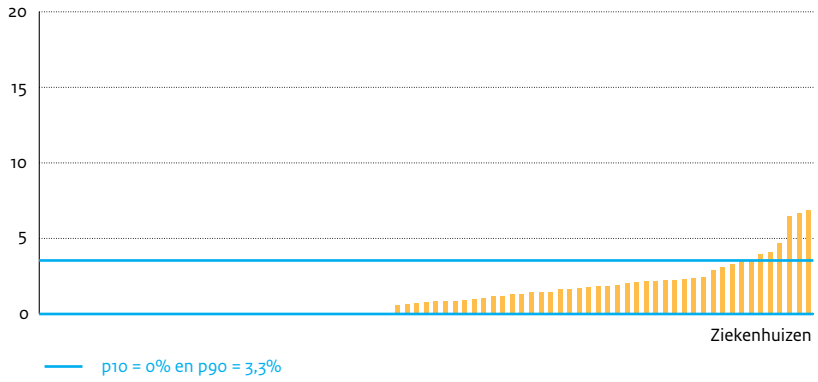
Tabel 1.2.1.3

Aantal heroperaties bij pertrochantere fracturen met interne fixatie

	Heroperaties	Pertrochantere fracturen met interne fixatie	Percentages
Gemiddeld	1,2	87,7	1,2%
Standaarddeviatie	1,6	58,8	1,6%
Mediaan	1,0	79,5	0,7%
P10	0,0	23,7	0,0%
P90	3,0	147,9	3,3%
Min	0	0	0,0%
Max	8	375	6,8%
Totaal	97	7.193	

Figuur 1.2.1.3

Percentage heroperaties bij pertrochantere fracturen met interne fixatie



Heroperaties bij een heupfractuur

In totaal werden 17.017 heupfracturen geopereerd. Gemiddeld werden per ziekenhuis 207±122 heupfracturen behandeld (min=7 max=727). Het Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade) behandelde in het jaar 2016 het hoogste aantal heupfracturen.

Het gemiddelde percentage heroperaties na een interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) was 2,1% (min=0% max=16,7%). De Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg), het BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam), Ziekenhuis De Tjongerschans (Heerenveen), UMCG (Groningen) en het Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) zijn de vijf ziekenhuizen met de hoogste percentages heroperaties na een interne fixatie van een collum femoris fractuur. De overige ziekenhuizen hebben minder dan 10% heroperaties na een interne fixatie van een collum femoris fractuur.

Het gemiddelde percentage heroperaties na een endoprothese bij een collum femoris fractuur was 1,6% (min=0% max=12,5%). Het Erasmus MC (Rotterdam), UMCG (Groningen) en het Radboudumc (Nijmegen) zijn de drie ziekenhuizen met de hoogste percentages. De overige ziekenhuizen hebben minder dan 10% heroperaties na een endoprothese van een collum femoris fractuur.

Het gemiddelde percentage heroperaties na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) was 1,2% (min=0% max=6,8%). Het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg), het Erasmus MC en het UMCG zijn de drie ziekenhuizen met de hoogste percentages. De overige ziekenhuizen hebben minder dan 5% heroperaties na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur.

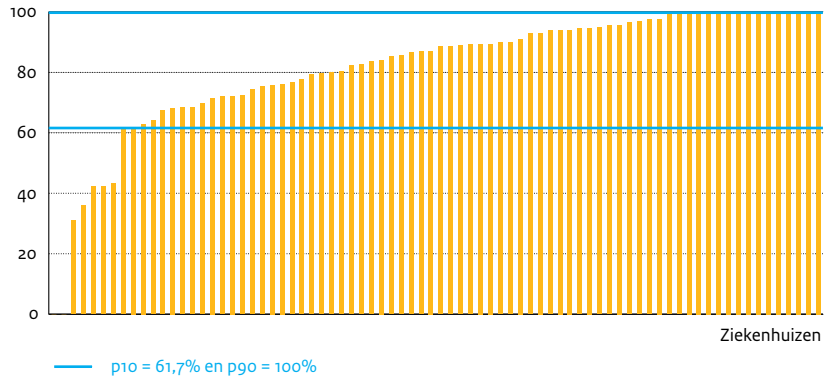
Tabel 1.2.2.1

Aantal medebehandelingen geriatrieteam bij opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur

	Medebehandelingen geriatrieteam	Opgenomen patiënten >= 70 met een heupfractuur	Percentage
Gemiddeld	152	184	81,4%
Standaarddeviatie	104	111	21,0%
Mediaan	129	148	87,8%
P10	34	68	61,7%
P90	296	332	100%
Min	0	6	0,0%
Max	422	567	100%
Totaal	11.868	14.326	

Figuur 1.2.2.1

Percentage medebehandelingen geriatrieteam bij opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur



Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur

In 82 ziekenhuizen werden patiënten met heupfracturen behandeld. Bij alle ziekenhuizen was het aantal patiënten ouder dan 70 jaar waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling werd gevraagd, bekend. Bij gemiddeld 81,4% (31%-100%) van de patiënten komt het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling. Uitzondering is de Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) en Treant Zorggroep, locatie Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen) met 0% en de volgende toelichting: *"Geriatrieteam is in oprichting. Patiënten worden gescreend op kwetsbaarheid en waar geïndiceerd wordt er overlegd of consult gevraagdmet Geriater of Specialist Ouderengeneeskunde binnen de Treant Zorggroep."* Dit is dezelfde toelichting als in 2015. Kennelijk is er geen voortgang geweest bij het oprichten van het team.

Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog

Elf van de in totaal 423 orthopedisch chirurgen (2,6%) die werkzaam zijn in het deelgebied traumatologie, waren op 1 januari 2016 niet gecertificeerd in traumatologie.

Tabel 1.2.3.1

Aantal orthopedisch chirurgen ingeschreven in het NOV-register en gecertificeerd in traumatologie

	Hoeveel van de orthopedisch chirurgen werkzaam in het deelgebied traumatologie waren per 1 januari van het verslagjaar ingeschreven in het NOV-register orthopedisch chirurg, gecertificeerd in traumatologie?	Hoeveel orthopedisch chirurgen zijn werkzaam in het deelgebied traumatologie per 1 januari van het verslagjaar?
Gemiddeld	6	6
Standaarddeviatie	3	3
Mediaan	5	5
P10	2	3
P90	9	9
Min	1	0
Max	16	15
Totaal	412	423

Aandachtspunten

Kleine aantallen operaties: optellen of stoppen?

Het aantal heroperaties bij een heupfractuur komt vaker voor bij ziekenhuizen met een relatief laag aantal heupoperaties. Het BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) geeft in haar toelichting: *"Wat betreft de heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur: 1 van 6 patiënten geeft een hoog percentage"*. Er zijn een paar manieren om hiermee om te gaan.
De eerste is te kijken over een langere periode. De inspectie gebruikt hiervoor het driejaars gemiddelde. Terugkijkend: Het BovenIJ ziekenhuis heeft in de afgelopen jaren een hoog aantal heroperaties gehad bij de heupfractuur. Dat betrof echter de endoprothesen.
Het ziekenhuis had met 8,11% over drie jaar een van de hoogste percentages in Nederland. Gelukkig lijkt dat probleem voorbij. In 2016 waren er 0 heroperaties in die groep.
De andere manier om lage niet te interpreteren aantallen te voorkomen, is het instellen van minimumnormen. Het uitgangspunt daarbij is dat lage aantallen ingrepen inderdaad niet te interpreteren zijn. Het duurt te lang voordat het ziekenhuis kan zien of er problemen zijn. Het ziekenhuis is dan niet in staat om zijn eigen kwaliteit te bewaken.

Volumenorm?

Het is aan de beroepsgroep om te beoordelen of een volumenorm voor het minimaal te opereren aantal heupfracturen een bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg en vermindering van het aantal heroperaties. Het AMC (Amsterdam) Traumanet nam hierop reeds een voorschot en voert actief beleid om patiënten met heupfractuur te verwijzen naar andere

ziekenhuizen binnen de regio. Complexe fracturen en patiënten met zodanige comorbiditeit dat academische expertise noodzakelijk was (n=31), werden wel binnen het AMC behandeld.

Medebehandeling: veel positieve ontwikkelingen

Met betrekking tot de medebehandeling van een geriatrieteam zijn er een aantal opvallende positieve ontwikkelingen gaande. In het Amphia Ziekenhuis (Breda) heeft de vakgroep geriatrie een 13-puntenplan opgesteld en geïmplementeerd. Het team geriaters is uitgebreid en processen zijn geoptimaliseerd. Het HagaZiekenhuis (Den Haag) is '*begin 2017 gestart met een geriatrische trauma-unit om de zorg aan de kwetsbare, oudere traumapatiënt verder te optimaliseren. De basis voor de opzet van deze unit is, naast de criteria van het keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuis, een procesinrichting die samenwerking tussen chirurgen, orthopeden, internist-ouderengeneeskunde, geriatrie-verpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en transfer- en afdelingsverpleegkundigen intensiveert*.' Het Isala Diaconessen (Meppel) geeft aan dat de internist-ouderengeneeskunde 24 uur na opname de hoofdbehandelaar is bij alle patiënten ouder dan 70 jaar met een heupfractuur. MC groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord) meldde dat alle oudere patiënten gescreend worden op valrisico, ondervoeding en kans op delier. Bij risico wordt een geriatrisch verpleegkundige in consult gevraagd. Per februari 2017 is er een geriatrisch team beschikbaar waarbij patiënten met heupfractuur preoperatief gezien worden. Het VUmc (Amsterdam) werk met een Consulterend Team Ouderengeneeskunde (CTO). De patiënt wordt gescreend op kwetsbaarheid waarbij het CTO proactief in consult komt bij alle kwetsbare ouderen. De behandelend arts kan het CTO en de internist ouderengeneeskunde consulteren.

Indien niet gecertificeerd in traumatologie

De zestien orthopedisch chirurgen die volgens het NOV-register niet gecertificeerd zijn in traumatologie, vormen een relatief klein deel van de totale groep orthopedisch chirurgen, werkzaam in de traumatologie. Twee van de zestien hebben aangeven dat de certificerings-aanvraag in behandeling is. Vanuit het oogpunt van intern rekenschap afleggen gaat de inspectie ervan uit dat orthopedisch chirurgen, werkzaam in het deelgebied traumatologie, zich conformeren aan de certificering in traumatologie. Dat wil zeggen dat orthopeden zonder certificaat deze vorm van zorg niet langer leveren. De NOV heeft de starteisen van het certificaat laag gelegd, zodanig dat het behalen van een certificaat mogelijk moet zijn voor elke geïnteresseerde orthopeed. Wil het instellen van een certificaat zinvol zijn, dan zal de NOV ook duidelijk moeten maken wat de gevolgen zijn van het niet hebben van een certificaat.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief hoog, of gemiddeld over drie jaar relatief hoog (na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2016: meer dan 7,1%; na een endoprothese van een collum femoris fractuur voor 2016: meer dan 4,6%; na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) voor 2016 meer dan 3,3%)

- Wat was in 2016 de ziekenhuismortaliteit (tijdens de opname) na een heupfractuur?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling voor operaties?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd op de percentages en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?
- Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met het tijdstip van de ingreep? Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met de operateur (orthopeed, chirurg, traumatoloog, assistent)?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij een heupfractuur (delirium, ondervoeding)?
- Worden de ingrepen door meerdere vakgroepen uitgevoerd?
  - Zo ja: Worden (verschillen in) technieken en resultaten tussen de vakgroepen besproken?
- Wordt de traumatologie in het ziekenhuis door een geïntegreerde groep van specialisten bestaande uit chirurgen en orthopeden uitgevoerd?
- Hebben alle uitvoerende specialismen ook inzage in de complete complicatieregistratie?
- Gebruiken alle uitvoerende specialismen gestandaardiseerde ziektespecifieke protocollen?
- Op welke wijze wordt de zorg voor de patiënt met een heupfractuur gecoördineerd?

Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd is relatief hoog (voor 2016: 100%)

- Indien er geen geriatrie beschikbaar is in het ziekenhuis, maar wel 100% medebehandelingen door het team worden gescoord, hoe is de inhoudelijke kwaliteit hiervan gewaarborgd?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met spoedeisende situaties op het moment dat de geriatrie wordt ingevoegd?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis dat er voldoende formatie is om dit soort nieuwe taken in te voeren?
- Is er een prospectieve risicoanalyse gedaan bij de geriatrie bij deze nieuwe taakomschrijving?
  - Zo ja: Hoe ziet deze eruit en welke risico's zijn meegenomen?
  - Zo nee: Hoe waarborgt het ziekenhuis dat zo'n beleidsverandering uitgevoerd wordt zonder dat erop ander gebied problemen met de geriatrie ontstaan?
- Welk betrokkenheid is er van de geriatrie bij de patiënten die conservatief worden behandeld?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief laag of gemiddeld over drie jaar relatief laag (voor 2016 en over drie jaar bij alle typen ingrepen: 0%)

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

Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd is relatief laag (voor 2016: minder dan 61,7%)

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

1.3 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.3.

Indicator

1.3.1 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Wat zijn de risico's?

Het tijdens de operatie toedienen van antibiotica draagt bij aan het verhinderen van postoperatieve wondinfecties (POWI's). Een POWI kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Bij alle operaties waarbij het preventief gebruik van antibiotica noodzakelijk is, dienen patiënten het juiste middel op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de snede (incisie) wordt gemaakt of het moment waarop de bloedtoevoer naar een lichaamsdeel wordt gestopt (bloedleegte).
De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte). Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te waarborgen[5,6,7]. Indien de antibiotica te vroeg of te laat wordt gegeven, geeft dit een hoger risico op het ontstaan van een POWI[8,9,10]. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de naleving van richtlijnen en normen en de mate en snelheid waarin een ziekenhuis een indicator implementeert. Tevens geeft de indicator inzicht in de kwaliteit van infectiepreventie.

Resultaten

Van de 86 ziekenhuizen die gegevens aanleverden, baseerden in 2016 negen ziekenhuizen de cijfers op een steekproef, dit is één (1) ziekenhuis minder dan in 2015. Het gemiddelde percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend, is gelijk gebleven aan 2015 (98%). De spreiding tussen de ziekenhuizen is iets toegenomen: van 87,5%-100% in 2015 naar 82,4% -100% (figuur 1.3.1.1). Het UMC Utrecht heeft het laagste percentage toegediende antibioticaprofylaxe. Slechts 82,4% van de indicatoroperaties werd antibioticaprofylaxe toegediend. Het ziekenhuis gaf hierbij geen toelichting.
Bij gemiddeld 93,9% van de ingrepen waarbij antibioticaprofylaxe werd toegediend, werd

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

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

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

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

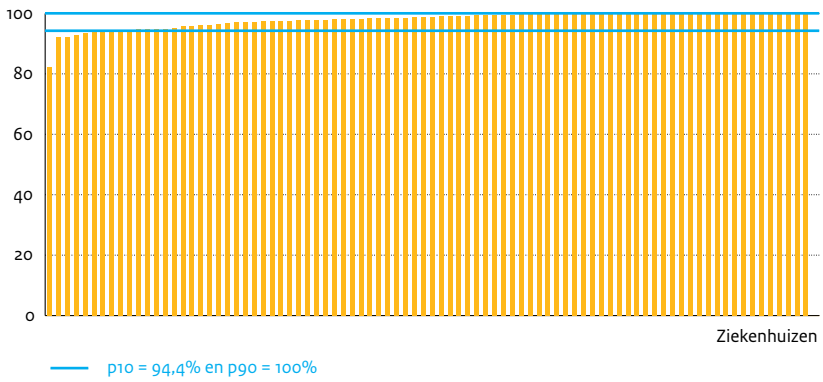
[9] Classen, D.C, Evans, R.S., Pestotnik, S.L., et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. New England Journal of Medicine 1992;326: 281-6.

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

deze tijdig toegediend (figuur 1.3.1.2 en tabel 1.3.1.1). Dit is een stijging van 0,4% ten opzichte van 2015.

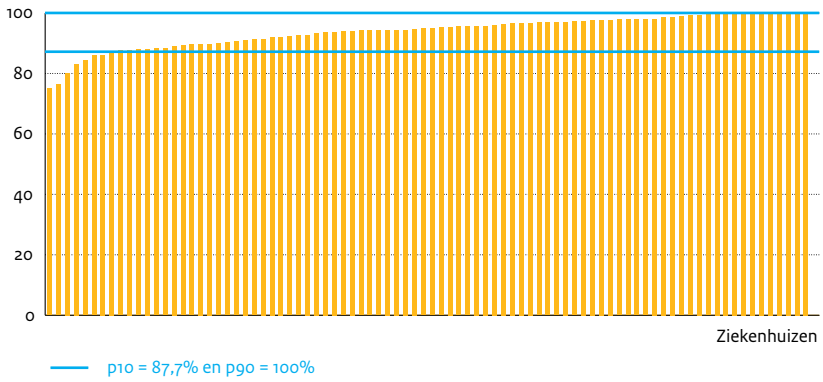
Figuur 1.3.1.1

Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven (n=86)



Figuur 1.3.1.2

Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe (n=86)



Tabel 1.3.1.1

Kengetallen tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe (n=86)

Indicator	Gemiddelde (%) (Min – max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100%
Indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven	97,9 (82,4 – 100)	98,9	29
Tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	93,9 (75 – 100)	94,9	10

Aandachtspunten

Antibioticaprofylaxe als risicobeheersing

De indicator biedt verschillende perspectieven op procesbeheersing. Het einddoel is zo veel mogelijk infecties te voorkomen. Om dat doel te bereiken moet antibioticaprofylaxe worden geven:

1 Bij de juiste ingrepen met een hoog risico op infecties;
2 Op het juiste moment rond de start van de operatie.

De indicator laat beide stappen zien.

1 Te weinig antibiotica geven

Vraag 1: zijn de juiste patiënten opgenomen? Daarbij valt op dat er enorme verschillen zijn in de aantallen patiënten. Om een voorbeeld te nemen: het UMC Utrecht heeft geen steekproef genomen en zegt 34 operaties uitgevoerd te hebben in de groep die in de indicator valt. Het AMC Amsterdam heeft er 966 uitgevoerd. Een factor 30 verschil.
Vraag 2: hebben de patiënten antibioticaprofylaxe gehad? Ook hier valt op dat het UMC Utrecht het laagste percentage heeft aan patiënten die antibioticaprofylaxe (82,4%) hebben gekregen, gevolgd door het UMC Groningen (92,3%).

2 Niet op het juiste moment

Vraag 3: het UMC Utrecht heeft het laagste percentage ingrepen waarbij tijdig antibioticaprofylaxe is gegeven. Wat verder opvalt, is dat drie van de vier ziekenhuizen die het laagste percentage tijdige toediening hebben Amsterdamse ziekenhuizen zijn: Slotervaart, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en AMC (tussen de 76 en 83%).
Vraag 4: toelichten. Twee van deze vier ziekenhuizen (AMC en Slotervaart) hebben deze problemen ook opgemerkt en geven aan voor 2017 een duidelijke verbetering te verwachten op basis van de maatregelen die zijn genomen.

De indicator is bedoeld als een stimulans voor een goede beheersing van het operatief proces. Het was goed geweest als het UMCU hierbij een goede toelichting had gegeven. Dat is altijd beter dan achteraf op verzoek van de inspectie analyseren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Lid van twee indicatorfamilies

– 1 Proces, actie wel of niet uitgevoerd
– 2 Proces, tijdigheid: wel of niet binnen gewenste tijd

Het percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief laag (voor 2016: minder dan 94,4%)

– Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2016 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.

– Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
– Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2016 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
– Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er een audit beschikbaar?
– Zijn er groepen operaties waarbij een afwijkend beleid wordt gevoerd?
– Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject?
– Neemt het ziekenhuis deel aan module POWI van PREZIES[11]? Wat zijn de resultaten hiervan?
– Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage postoperatieve wondinfecties?

Het percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief hoog (voor 2016: gelijk aan 100%)
– Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
– Heeft het ziekenhuis een audit uitgevoerd naar de kwaliteit van het profylaxeproces?
– Wie is er verantwoordelijk voor het proces?

Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief laag (voor 2016: minder dan 87,7%)
– Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2016 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.
– Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
– Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2016 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
– Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen?
– Neemt het ziekenhuis deel aan de module postoperatieve wondinfectie (POWI) van PREZIES? Wat zijn de resultaten hiervan?
– Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage POWI's?
– Is er onderzoek of een audit gedaan naar de afwijkende uitkomsten?

Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief hoog (voor 2016: gelijk aan 100%)
– Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
– Heeft het ziekenhuis een audit gedaan naar de kwaliteit van het proces?
– Welke waarborgen zijn er voor het goed uitvoeren van de profylaxe?
– Heeft het ziekenhuis onderzoek of een audit gedaan naar de kwaliteit van het invullen?
– Registreert het ziekenhuis het tijdstip waarop de antibioticaprofylaxe is toegediend in het EPD?
– Wie is er verantwoordelijk voor het invullen van WAT in het EPD?

---

[11] PREZIES: Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance (het PREZIES-netwerk is het meetsysteem van zorginfecties in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra)

1.4 Bariatrische chirurgie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.4.

Indicatoren

1.4.1 Volume bariatrische ingrepen
1.4.2 Percentage postoperatieve controles

Wat zijn de risico's?

Volume bariatrische ingrepen

De chirurgische behandeling van morbide obesitas heeft als doel het bewerkstelligen van een significant gewichtsverlies. De behandeling heeft een duidelijk risico op operatieve complicaties (korte termijn) en op lange termijn complicaties. De ingrepen worden tegenwoordig steeds vaker gedaan met behulp van laparoscopische techniek. Via een klein sneetje of enkele kleine sneetjes worden instrumenten in de buikholte ingebracht en met begeleiding van videobeelden wordt de ingreep uitgevoerd. Dit resulteert in een sneller postoperatief herstel (onder andere door de kleine operatiewond) met vergelijkbare resultaten, maar de leercurve is vanwege de hoge technische moeilijkheidsgraad langer.
In de richtlijn *Morbide Obesitas*[12] uit 2011 staat dat per instituut jaarlijks gemiddeld (gemeten over een aaneensluitende periode van drie jaar) tenminste 100 bariatrische procedures moeten plaatsvinden. Ook mogen complexe bariatrische ingrepen zoals de laparoscopische gastric bypass procedure, duodenal switch en sleeve resecties pas worden uitgevoerd nadat voldoende ervaring is opgedaan met eenvoudige procedures (minimaal 100 laparoscopisch verstelbare maagbanden (LAGB)) en de professionals voldoende getraind zijn.
Maagballonnen worden in de richtlijn niet genoemd en vallen niet onder de voorwaarden van tenminste 100 bariatrische procedures. Deze ingreep zou inmiddels niet vaak meer worden uitgevoerd. De indicator Volume bariatrische ingrepen geeft de inspectie inzicht in de naleving van de richtlijn *Morbide Obesitas* en de mate en snelheid waarin een ziekenhuis aan de normen zoals beschreven in de richtlijn voldoet.
Dit is het laatste jaar dat de indicator uitgevraagd wordt.

Percentage postoperatieve controles

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

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

indicator een beeld van de samenwerking tussen ziekenhuizen en particuliere klinieken en laat hij zien in hoeverre deze zorg gecoördineerd verloopt.

Resultaten

Volume bariatrische ingrepen

Tabel 1.4.1.1

Kengetallen volume bariatrische ingrepen (n=18)

Indicator	Totaal		Gemiddelde aantal ingrepen (min. – max.)		Mediaan	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Totaal aantal patiënten >18 in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd	10.506	11.548	553 (78 – 1.132)	642 (171 – 1.144)	467	562
Maagbanden (alle leeftijden)	71	34	2 (0 – 30)	2 (0 – 14)	1	1
Gastric bypasses (alle leeftijden)	8.059	8.506	424 (69 – 1.011)	473 (90 – 991)	401	429
Sleeve resecties (alle leeftijden)	1.591	2.292	84 (0 – 454)	127 (0 – 580)	40	62

Sinds 2013 worden de indicatoren rondom bariatrische chirurgie uitgevraagd. 71 Ziekenhuizen gaven aan geen bariatrische chirurgie te verrichten. In 2016 gaven 18 ziekenhuizen aan bariatrische chirurgie uit te voeren. Bariatrische chirurgie bij kinderen is in 2016 niet voorgekomen. Gemiddeld verrichtten de ziekenhuizen 642 bariatrische ingrepen variërend van 171 tot 1.144 ingrepen per centrum. Het gemiddelde is gestegen van 553 in 2015 naar 641 in 2016. Niet elk ziekenhuis voerde alle soorten bariatrische ingrepen uit. Zo hadden negen ziekenhuizen in 2015 geen maagbandoperaties uitgevoerd en had één ziekenhuis in 2016 geen sleeve resectie uitgevoerd. Zie ook tabel 1.4.1.1.

Percentage postoperatieve controles

Tabel 1.4.1.2

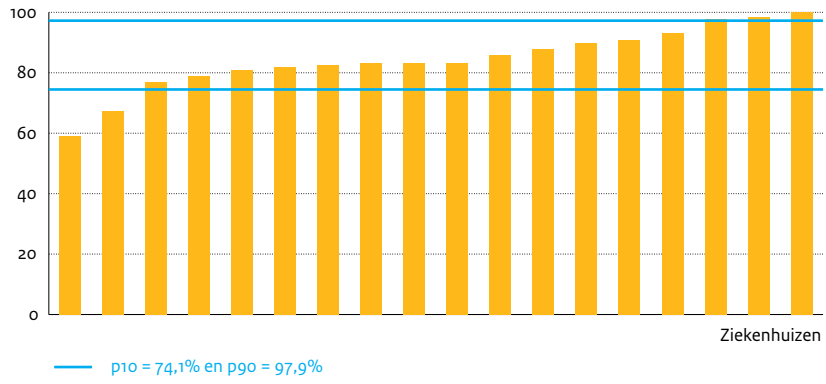
Kengetallen postoperatieve controles na een bariatrische ingreep (n=18)

	Gemiddelde (%) (min – max)		Mediaan (%)		Ziekenhuizen 100%	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Percentage postoperatieve controles na een bariatrische ingreep	82,5 (64,4 – 100)	84,5 (59,1 – 100)	82,2	83,2	1	1

Gemiddeld heeft bij 84,5% van de patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan na 24 maanden een postoperatieve controle plaatsgevonden, variërend van 59,1% tot 100% per instelling (figuur 1.4.1.2 en tabel 1.4.1.2). Dit gemiddelde percentage is met 2% toegenomen ten opzichte van vorig jaar (82,5%). De spreiding is afgenomen ten opzichte van 2015. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) gaf aan dat in 2016 alle patiënten 24 maanden na een bariatrische ingreep een postoperatieve controle hebben ondergaan. In Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo) heeft bij 59,1% van de patiënten 24 maanden na een bariatrische ingreep een postoperatieve controle plaatsgevonden. Het ziekenhuis geeft geen toelichting voor deze score.

Figuur 1.4.2.1

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



Aandachtspunten

Risico's binnen de bariatrie onder controle?

Voor 2016 voldeden alle instellingen aan de minimumeisen voor de bariatrie. Vanaf 2016 (jaar van toetsing 2017) zijn de eisen verhoogd naar 200 ingrepen per jaar. Vier ziekenhuizen voldeden in 2015 niet aan die eis. ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen), het MC Groep (Dronten, Lelystad en Emmeloord), de Ziekenhuisgroep Twente (Almelo, Hengelo) en het Albert Schweitzer ziekenhuis (Zwijndrecht) voerden meer dan 100 en minder dan 200 ingrepen uit. Alleen ZorgSaam voert in 2016 nog minder ingrepen uit dan het minimum. Het zal dan ook óf moeten stoppen óf duidelijk moeten laten zien hoe het ziekenhuis in 2017 aan de minimumeisen kan voldoen.

Groei: de bariatrie als hoogvolume ingreep

Het aantal ingrepen is in de jaren dat de indicator bestaat duidelijk gestegen. In 2013 werden in totaal 7.324 ingrepen opgegeven. In 2016 was dit aantal gestegen tot 11.541. Een stijging van 50% in vier jaar. Het is daarmee een hoogvolume ingreep geworden. Minimumnormen zijn vooral bedoeld om de ervaring met zeldzame en riskante ingrepen te concentreren. Het indicatorsysteem is eigenlijk niet bedoeld voor risicovolle ingrepen waar een individueel ziekenhuis voldoende ervaring mee kan opdoen. In eerdere gevallen heeft een dergelijke stijging in aantallen geleid tot het ontstaan van een apart specialisme. Een voorbeeld daarvan is de thoraxchirurgie die beperkt is tot een kleine groep instellingen, door middel van een vergunningensysteem. De inspectie heeft in principe geen mening over de gewenste weg bij deze ontwikkeling; zij zal de normstelling handhaven zoals deze door de beroepsgroep gekozen wordt.
In alle gevallen moet het doel van de normstelling duidelijk zijn: de concentratie van de ervaring moet noodzakelijk zijn voor het op verantwoord niveau brengen van het risico en het verhogen van de kwaliteit. Een volumenorm 'schermt de markt af'. Het moet duidelijk zijn dat dit niet een doel op zich wordt. NZA en de inspectie zullen zich moeten beraden op de onderlinge verantwoordelijkheid op dit gebied.

Concentratie van de behandeling van kinderen

Een onderwerp waarbij concentratie zeker aan de orde is, is de behandeling van overgewicht bij kinderen. Vrijwel irreversibele behandelingen bij kinderen moeten met goede waarborgen zijn omgeven, zeker als de kinderen in de groei zijn[13]. Een adequate opname van essentiële voedingsbestanddelen is belangrijk voor groei. Om die reden mag de behandeling alleen in trialverband worden uitgevoerd. De trial wordt uitgevoerd in het Maastrichtse MUMC+. Recent is via de NRC de discussie geopend of de behandeling bij kinderen niet vrijgegeven moet worden. De behandeling zou in het buitenland al voldoende onderzocht zijn. Op het eerste gezicht geven de indicatoren over de behandeling bij kinderen de schrijvers van het artikel gelijk. In 2015 en 2016 zouden er geen bariatrische ingrepen bij kinderen in de academische ziekenhuizen zijn uitgevoerd en dus ook niet in Maastricht. De inspectie

[13] Dit is vooral van belang voor de discussie bij oudere kinderen die al uitgegroeid kunnen zijn.

heeft hierover opheldering gevraagd bij de coördinator van de studie. In de eerste plaats blijken er wel kinderen in de trial te zijn opgenomen en te zijn geopereerd. De te publiceren data over 2014, 2015 en 2016 zijn inmiddels aangeleverd. Ten tweede blijken Nederlandse kinderartsen uiterst terughoudend in het verwijzen van kinderen voor bariatrische chirurgie, zelfs als het gaat om (veel beter) reversibele ingrepen als de maagband. Er is nu dan ook geen aanleiding om het aantal plaatsen waar kinderen kunnen worden behandeld uit te breiden nu het gaat om zulke kleine aantallen per ziekenhuis.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage postoperatieve controles is niet bekend of lager dan de P10 (in 2016: 74,1%)

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

Het percentage postoperatieve controles is 100% of boven de P90 (in 2016: 97,9 %)

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

1.5 Registratie orthopedie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.5.

Indicator

1.5.1 Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)[14]

Inleiding

De wervelkolomchirurgen van de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen (NVvN) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) hebben een landelijke kwaliteitsregistratie voor de wervelkolomchirurgie opgezet. Aanvankelijk was dit de *Dutch Spine Surgery Registry* (DSSR), Inmiddels hanteren de beroepsgroepen de term WervelkolomRegistratie. Het primaire doel van WervelkolomRegistratie is het monitoren van wervelkolomchirurgie voor de lumbale degeneratieve rug. In de WervelkolomRegistratie worden indicatiestelling en uitkomsten van chirurgische interventies vastgelegd zodat medisch specialisten en hun beroepsgroepen hiervan kunnen leren om de kwaliteit van hun handelen te verbeteren en de patiënten beter te kunnen informeren over de voor- en nadelen van wervelkolom operaties. De indicator 'registratie WervelkolomRegistratie' geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten in ziekenhuizen zich conformeren aan wat de beroepsgroep aanbeveelt met betrekking tot kwaliteitsregistraties. Daarnaast geeft het een beeld van de mate en snelheid waarmee kwaliteitsregistraties geïmplementeerd worden. De indicator WervelkolomRegistratie is in 2016 voor het voor het eerst uitgevraagd.

[14] De beroepsgroepen noemen deze indicator inmiddels WervelkolomRegistratie

Resultaten

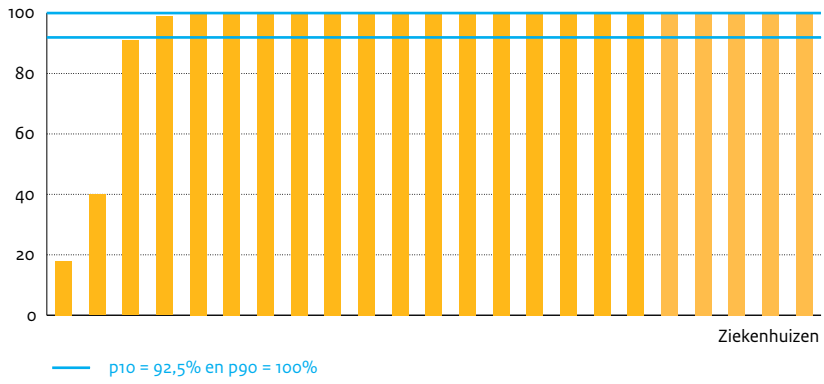
Tabel 1.5.1.1

Kengetallen verrichtingen opgenomen in WervelkolomRegistraties

	Aantal verrichtingen	Percentages opgenomen in WervelkolomRegistratie
Gemiddeld	60	78,8%
SD	52	37,2%
Mediaan	39	100%
P10	15	12,4%
P90	113	100%
Min	4	0%
Max	191	100%
Totaal	>1.810	

Figuur 1.5.1.1

Percentage verrichtingen opgenomen in WervelkolomRegistraties



Resultaten

34 van de 94 ziekenhuizen verrichtten in 2016 geïnstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen (36,2%). Van deze ziekenhuizen namen 26 deel aan de WervelkolomRegistratie (76,5%). Van de deelnemende ziekenhuizen werden gemiddeld 60,3 ± 51,8 (min. 4 – max. 191) geïnstrumenteerde chirurgische verrichtingen voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen uitgevoerd. 78,8% ± 37,2% van de

geïnstrumenteerde chirurgische verrichtingen voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen werden geregistreerd in de WervelkolomRegistratie.
Het landelijk totaal aantal geïnstrumenteerde chirurgische verrichtingen voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen is niet exact te geven. Acht ziekenhuizen die geïnstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen verrichtten, gaven aan niet of gedeeltelijk deel te nemen aan de WervelkolomRegistratie: Amphia Ziekenhuis (Breda), Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam), Medisch Spectrum Twente (Enschede), Erasmus MC (Rotterdam), MC Slotervaart (Amsterdam), Waterlandziekenhuis (Purmerend), Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo).
Het Amphia Ziekenhuis verzamelde gegevens in eigen beheer en verwacht in het verslagjaar 2017 te registreren in WervelkolomRegistratie. Gelre Ziekenhuizen, Maasstad Ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente gaven aan de WervelkolomRegistratie te starten in 2017 en Waterlandziekenhuis medio 2017. Erasmus MC gaf geen toelichting echter gaf aan dat 3 van de 22 verrichtingen (13,6%) in de WervelkolomRegistratie werden geregistreerd.
MC Slotervaart gaf aan dat de orthopeden in 2016 niet registreerden in de WervelkolomRegistratie en dat zij starten in 2017. De neurochirurgen in dit ziekenhuis registreerden 10 van de 38 (26,3%) geïnstrumenteerde chirurgische verrichtingen voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen. Ziekenhuisgroep Twente gaf aan niet te voldoen aan de WervelkolomRegistratie registratie criteria.

Aandachtspunten

Het uitgangspunt van publicaties van de inspectie is dat zij leesbaar zijn voor mensen die werken buiten de gezondheidszorg. Nu is de term geïnstrumenteerd en ongeïnstrumenteerd verwarrend. Geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie zijn die behandelingen van de wervelkolom waarbij instrumentaria achtergelaten wordt om de wervelkolom te stabiliseren. Het heeft niets te maken met de instrumenten die gebruikt worden tijdens de operatie.
In de afgelopen jaren is er regelmatig aandacht geweest in de media voor problemen rond de geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie resulterend in aanzienlijke maatschappelijke onrust. Het is van cruciaal belang dat medisch specialisten zich conformeren aan de door de beroepsgroep opgestelde en vigerende veldnormen. De richtlijn geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie is herzien in 2016. De richtlijn maakt duidelijk dat er weinig bewijs is voor het maken van keuzes tussen behandelingen en voor het verbeteren van de wijze van organisatie van deze specifieke vorm van chirurgie. Het is dan ook des te belangrijker om een goede kwaliteitsbewaking en audit van geïnstrumenteerde chirurgische verrichtingen voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen te organiseren.

1.6 Registratie neurochirurgie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.6.

Indicator

1.6.1 Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)

Inleiding

De *Quality Registry for Neurological Surgery* (QRNS) is de kwaliteitsregistratie van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) en geeft inzicht in de kwaliteit van een aantal neurochirurgische interventies. De QRNS omvat registratie van de volgende ziektebeelden: maligne glioom (WHO IV), subarachnoïdale bloeding (SAB), hypofyse adenoom en hydrocephalus. De registratie van de behandeling hydrocephalus wordt sinds 2017 onderverdeeld in: derde ventriculostomie en ventriculoperitoneale drain. Aan de hand van de QRNS kan de medisch specialist en de zorginstelling zich aan anderen spiegelen. Tevens kan de raad van bestuur (rvb) informatie uit de QRNS halen over de kwaliteit van de geboden neurochirurgische zorg binnen de zorginstelling. In voorkomende gevallen kan de rvb op basis van deze informatie maatregelen nemen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De indicator richt zich op de registratie van patiënten die een resectie hebben ondergaan van een maligne glioom-(WHO IV) (1.7.1) en patiënten met een SAB bij met een symptomatisch aneurysma (1.7.2). De indicator geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan wat de beroepsgroep aanbeveelt met betrekking tot kwaliteitsregistraties en volumenormhantering.

Resultaten

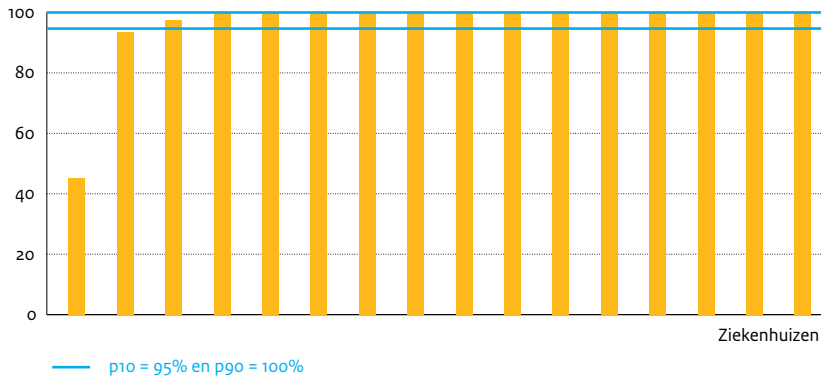
Tabel 1.6.1.1

Aantal en chirurgische behandelingen van een maligne glioom en percentage aangeleverd aan de QRNS (n=16)

	Glioom (WHO IV)	QRNS
Gemiddeld	50	95,7%
Standaarddeviatie	33	14,1%
Mediaan	41,5	100%
P10	15,5	95,0%
P90	93,5	100%
Min	7	45,3%
Max	112	100%
Totaal	>761	

Figuur 1.6.1.1

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



Zestien ziekenhuizen leverden data aan van chirurgisch behandelde patiënten met een maligne glioom. In 2016 werden gemiddeld 50,1 ± 33 (min=7 max=109) chirurgische behandelingen van een maligne glioom geregistreerd in de QRNS. Het totaal aantal chirurgische behandelingen van een maligne glioom is niet exact te geven. Isala (Zwolle) levert in de noemer de data van (maligne) gliomen WHO II, III en IV aan, inclusief recidieven.

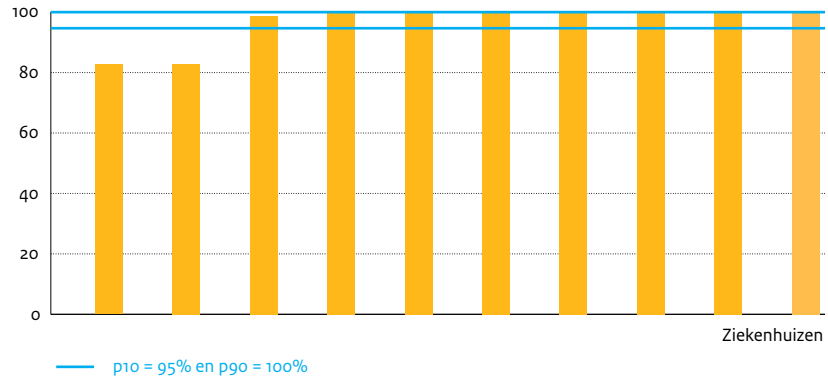
Tabel 1.6.1.2

Aantal patiënten met een SAB en percentage aangeleverd aan de QRNS (n=10)

	SAB	QRNS
Gemiddeld	98,9	96,0%
Standaarddeviatie	39,7	7,6%
Mediaan	95,0	100%
P10	55,6	82,7%
P90	155,8	100%
Min	46	82,7%
Max	163	100%
Totaal	890	

Figuur 1.6.1.2

Percentage patiënten met een SAB, waarvan gegevens aangeleverd aan de QRNS (n=10)



Negen ziekenhuizen gaven aan patiënten te behandelen met een SAB op basis van een cerebraal aneurysma en te registreren in de QRNS (96%). In 2016 werden gemiddeld 100,6 ± 41,9 (min=46 max=161) behandelingen van een SAB geregistreerd in de QRNS. Het totaal aantal behandelingen van een SAB is gemiddeld 103,1 ± 39,7 (min=46 max=163).
Negen van de tien ziekenhuizen behandelden 50 of meer patiënten met een SAB (min=58 max=161). Het LUMC (Leiden) behandelde minder dan 50 patiënten met een SAB. Het registreerde 46 patiënten in de QRNS en heeft in totaal 46 patiënten behandeld. ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) gaf aan dat patiënten met een aneurysmatische SAB voor behandeling werden verwezen naar het Universitair Ziekenhuis Gent en niet geregistreerd zijn in de QRNS.

Aandachtspunten

Kwaliteitsnormen

In de periode 2011-2013 heeft de NVvN kwaliteitsnormen voor de beroepsgroep ontwikkeld die inmiddels zijn gepubliceerd. Kwaliteitsnormen zijn het uitgangspunt voor het toezicht op de kwaliteit van de hoogcomplexe neurochirurgie. De beroepsgroep streeft kwaliteitsbewustwording na en stimuleert vergaande samenwerking tussen instellingen door de oprichting te faciliteren van regionaal coördinerende neurochirurgische centra. De volumenorm voor de chirurgische behandeling van primair maligne hersentumoren is door de beroepsvereniging gesteld op minimaal 50 intracraniële tumor operaties per jaar.
De volumenorm voor de behandeling van patiënten met een SAB is door de beroepsvereniging gesteld op minimaal 50 per jaar. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen een aneurysmatische en perimesencephale SAB. De beroepsgroep moet zich beraden op het aantal ziekenhuizen dat niet voldoet aan de door de beroepsgroep vastgestelde volumenorm voor de chirurgische behandeling van primair maligne hersentumoren.
Een aantal ziekenhuizen behandelt minder dan de door de beroepsgroep vastgestelde volumenorm van vijftig. Het Martini ziekenhuis (Groningen) gaf in hun toelichting aan

dat zij een pilocytair astrocytoom, twee astrocytomen graad II, drie anaplastische astrocytomen en 29 glioblastomen chirurgisch hebben behandeld.

QRNS

Tevens moet de beroepsgroep zorg dragen voor het uniform aanleveren van gegevens aan de QRNS. Enkele ziekenhuizen leveren naast het aantal chirurgisch behandelde maligne gliomen ook gegevens aan van gliomen WHO I-III. Voor de QRNS is alleen het maligne glioom relevant. Het MUMC+ (Maastricht) gaf in hun toelichting aan dat de zorg met betrekking tot maligne gliomen is ingebed in een behandelteam met een gezamenlijke indicatiestelling, MDO en nabehandeling waarbij voor chirurgie gekozen kan worden uit twee locaties. Het Zuyderland (Heerlen) gaf geen aanvullende toelichting en sprak niet over een samenwerking met het MUMC+. De inspectie vindt het belangrijk dat borging van de onderlinge afspraken en verantwoordelijkheden wordt vastgelegd.

SAB

Een SAB op basis van een geruptureerd aneurysma kan op (ten minste) twee mogelijke manieren worden behandeld. Het aneurysma kan worden gecoiled (interventieradiologie) en het aneurysma kan worden geclipped (neurochirurgie). Indien interventie niet opportuun is, behoort een conservatieve behandeling tot de mogelijkheden. Het is voor patiënten cruciaal dat zij erop kunnen vertrouwen dat zij de beste behandeling krijgen. Dit impliceert dat verschillende behandelingen met elkaar vergeleken moeten kunnen worden. De behandeling van SAB-patiënten is multidisciplinair. De indicator Deelname aan QRNS geeft geen inzicht in het onderscheidend vermogen tussen de verschillende behandelingen die patiënten met een SAB hebben ondergaan. Wat betreft de inspectie is de volgende uitdaging in kwaliteitsverbetering een multidisciplinaire registratie van alle klinische patiënten met een SAB en de behandeling die zij hebben ondergaan. Het UMCU (Utrecht) registreerde 161 patiënten met een SAB in de QRNS en heeft in totaal 163 patiënten met een SAB behandeld. UMCU heeft een registratiepercentage van 98,8%. In de toelichting geeft het UMCU aan dat: *"Voor 2 patiënten zijn de gegevens nog niet ingevoerd in QRNS omdat het systeem niet operationeel is. Zodra het systeem weer werkt zullen deze patiënten alsnog worden ingevoerd."* Inspectie: Het UMCU heeft afdoende geïnformeerd over het niet geregistreerd zijn van twee op een totaal van 163 SAB patiënten. Het UMCU heeft voldaan aan de verwachtingen van de indicator. Het Zaans Medisch Centrum (Zaandam) gaf aan patiënten met een SAB te behandelen. Echter, in de toelichting gaven zij aan dat: *"Patiënten met een SAB worden doorverwezen naar het VU medisch centrum"*. Inspectie: Het VU medisch centrum voert geen coiling- en clippingprocedures (meer) uit. Het AMC (Amsterdam) is in de zorgregio van het Zaans Medisch Centrum, het neurovasculair expertisecentrum en aangewezen als primair verwijzingscentrum. Het is belangrijk dat medisch specialisten werkzaam in het Zaans Medisch Centrum, die betrokken zijn bij de eerste opvang van patiënten met een – spoedeisend – aneurysmatische SAB, ervan op de hoogte zijn dat deze patiëntencategorie naar de behandellocatie moet worden verwezen met het juiste profiel.

1.7 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.7.

Indicator

1.7.1 Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg

Wat zijn de risico's?

Minimaal invasieve technieken vragen specifieke expertise en voorzieningen. Het is wenselijk dat ervaringen met de techniek binnen het ziekenhuis worden gedeeld. Dat verkort de leertijd en voorkomt dat fouten worden herhaald. De wetenschappelijke verenigingen vonden het dan ook noodzakelijk om een multidisciplinair overleg zo snel mogelijk breed in te voeren. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de aanwezigheid van een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg binnen ziekenhuizen. Daarnaast krijgt de inspectie met deze indicator informatie in hoeverre en met welke snelheid ziekenhuizen in staat zijn om een MIC-gebruikersoverleg te implementeren. Risico van de indicator is dat het overleg alleen wordt gehouden omdat de inspectie ernaar vraagt.

Resultaten

De indicator multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg wordt sinds 2014 uitgevraagd. In 83 ziekenhuizen wordt minimaal invasieve chirurgie uitgevoerd. In al deze ziekenhuizen functioneert in 2016 een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de definitie van de indicator.

Aandachtspunten

Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg vervalt

Deze indicator is binnen twee jaar niet langer onderscheidend en heeft zijn doel bereikt, zoals te verwachten is bij een structuurindicator. Een gebruikersoverleg voor minimaal invasieve chirurgie is dan ook een minimumvoorwaarde voor goede zorg.
In de *Basisset kwaliteitsindicatoren medisch specialistische zorg* van 2017 wordt de indicator niet meer uitgevraagd[15]. In 2018 is deze indicator (onder andere) opgevolgd door een indicator over de aanwezigheid van een opleidingsprogramma bij het gebruiken van hoogrisico technologie.[16]

Heeft het zin om te vragen naar een overleg?

Het door een toezichthouder gebruiken van een indicator over de aanwezigheid van een overleg is riskant. Het risico dat het overleg alleen gehouden wordt omdat het 'verplicht' is,

[15] In Het resultaat telt – ziekenhuizen 2015 is uitgelegd wat de redenen zijn om deze indicator tot 2017 uit te vragen.

[16] Basisset 2018 indicator 18.6.1 Veilige toepassing van infuuspompen

ligt op de loer. De neiging bestaat dan om meer te specificeren. De bijeenkomsten moeten ten minste enkele malen gehouden worden of er kunnen eisen gesteld worden aan de aanwezigheid van een verslag. Toch probeert de inspectie dat in de Basisset ziekenhuizen niet te doen. Het gaat er in de eerste plaats om het overleg te stimuleren. Het is dan aan de professionals om het overleg zo uit te voeren dat het nuttig is, bijvoorbeeld om ervaringen uit te wisselen tussen gebruikers. De leertijd kan daardoor worden verkort en daarmee kan de veiligheid worden verhoogd. De doelstelling moet duidelijk zijn. De indicator heeft dan de aanjaagfunctie. Als vervolgens blijkt dat het overleg alleen door externe druk in stand blijft, geeft dat ook een indicatie van het belang dat een instelling hecht aan het van elkaar leren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

1.8 Implementatie ZATT richtlijn

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 1.8.

Indicatoren

1.8.1 Registratie infecties voor indicatiestelling
1.8.2 Registratie apneus voor indicatiestelling

Inleiding

De richtlijn *Ziekten van Adenoid en Tonsillen in de Tweede lijn (ZATT)* is op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor KNO-Heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO tot stand gekomen. Aanleiding voor de ontwikkeling van deze richtlijn destijds is het verschijnen van de resultaten van de NATAN trial (Netherlands Adenotonsillectomy Tonsillectomie Adenotomie Nederland)[17]. Dit onderzoek kwam tot de conclusie dat deze ingreep in Nederland veel vaker werd uitgevoerd dan in andere grote West-Europese landen.
De richtlijn is in 2007 ontwikkeld en in 2014 herzien.
De indicatoren 1.8.1 Registratie infecties voor indicatiestelling en 1.8.2 Registratie apneus voor indicatiestelling worden sinds 2015 uitgevraagd. Met het uitvragen van deze indicator toetst de inspectie de mate van implementatie van een onderdeel van deze richtlijn.

Methode

Voor de indicator Registratie infecties voor indicatiestelling wordt de vraag gesteld: "Registreert u het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?" Voor de indicator Registratie apneus voor indicatiestelling wordt de vraag gesteld: "Registreert u of het kind wel of geen apneus heeft voorafgaande aan de indicatiestelling?" De zorgaanbieder kan reageren met ja, nee, niet van toepassing.

Resultaten

81 van de 81 ziekenhuizen waar tonsillectomieën en/of adenotomieën werden verricht, registreerden 'ja' op de vraag: "Registreert u het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?"
81 van de 81 ziekenhuizen waar tonsillectomieën en/of adenotomieën werden verricht, registreerden 'ja' op de vraag: "Registratie apneus voor indicatiestelling?"
In de overige dertien ziekenhuizen werden geen tonsillectomieën en/of adenotomieën verricht en werden beide vragen beantwoord met 'nee' of 'niet van toepassing'.

[17] Huisarts en Wetenschap November 2005, Volume 48, Issue 11, pp 225–231 https://link.springer.com/article/10.1007/BF03084203#Abs1

Aandachtspunten

Aantal ingrepen verminderd, maar onduidelijk of einddoel is bereikt

Doelstelling van de richtlijn was door een scherpere indicatiestelling voor de ingreep verlaagt het aantal ingrepen. Die doelstelling lijkt gerealiseerd te zijn, maar er is nog ruimte voor verbetering. De aanleiding voor het ontwikkelen van de richtlijn waren de conclusies van een onderzoek naar de indicatiestelling voor een tonsillectomie of adenotomie in Nederland. De bevinding in het onderzoek was dat Nederlandse kinderen een veel grotere kans hadden op de operatie dan in de andere onderzochte landen, met uitzondering van Noord-Ierland. De belangrijkste conclusie van het onderzoek was: *"Artsen zijn het erover eens dat de ingreep bij kinderen met erg vaak recidiverende tonsillitiden en het obstructieve slaapapneusyndroom voldoende effectief is om hem te rechtvaardigen; in Nederland ondergaat echter slechts 35% van de geopereerde kinderen voor een van deze twee indicaties een adenotonsillectomie. Ons recente Nederlandse onderzoek toont aan dat een verwijzing voor chirurgie bij kinderen met relatief milde klachten van recidiverende keelontstekingen en/of adenotonsillaire hypertrofie over het algemeen niet geïndiceerd is."*
Een van de belangrijkste indicaties genoemd in de richtlijn zijn frequente (meer dan zeven per jaar) luchtweginfecties. Het is dus belangrijk om deze goed te documenteren.
De belangrijkste test of de intentie van de richtlijn geslaagd is, is of het aantal ingrepen (sterk) is gedaald. In 1998 waren er 115 ingrepen per 10.000 kinderen (waarschijnlijk tussen 0-20 jaar) (=33.000 ingrepen[17] ook genoemd in het artikel). In 2010 waren het 78,7[18] per 10.000 personen tussen de 0 en 20 jaar (totaal 40.112 ingrepen per jaar, 30.862 hiervan waren bij kinderen jonger dan 20 jaar). Dat is aanmerkelijk minder dan in 1998, maar meer dan de 50 per 10.000 in de andere West-Europese landen, genoemd in het artikel. Om inzichtelijk te maken dat dit een trend is, zou het goed zijn om recentere verrichtingencijfers te analyseren. Dat zou dan een duidelijker indicatie kunnen geven van de omvang van het succes van de implementatie van de richtlijn. De richtlijn geeft zelf geen doelstelling voor afname van het aantal ingrepen.

De indicatoren differentiëren niet in de mate van implementatie van beide onderdelen van de ZATT richtlijn. De indicator Implementatie ZATT richtlijn wordt niet meer opgenomen in de Basisset 2018.

[18] http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80386NED&LA=NL: geraadpleegd 27-10-2017

2 Spoedprocessen

Dit hoofdstuk bevat dit jaar geen eigen indicatoren.

3 Intensive care

3.1 Beademingsuren

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 3.1.

Indicator

3.1.1 Beademingsuren kinderen op een Intensive Care-afdeling (IC)

Inleiding

Patiënten die zijn opgenomen op een IC vormen een kwetsbare groep. Zij worden opgenomen op de IC, omdat de vitale functies verstoord of ernstig bedreigd zijn. Vaak is beademing noodzakelijk. Een patiënt moet worden opgenomen op een IC die past bij de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de patiënt, met 24x7 beschikbaarheid van diagnostiek en voldoende specifiek opgeleide artsen en verpleegkundigen om deze zorg te kunnen leveren. Kinderen vormen een bijzondere groep in de totale groep patiënten die wordt opgenomen op de IC. In de Intensive Care-richtlijn[19] is de afspraak dat kinderen niet worden opgenomen op een IC voor volwassenen, tenzij dit noodzakelijk is voor een korte overbrugging tot overplaatsing naar de kinder-IC mogelijk is. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de mate waarin dit beleid gevolgd wordt. Kinderen vragen specifieke expertise tijdens de behandeling op de IC. Als instellingen aangeven dat zij kinderen op een IC voor volwassenen langdurig hebben beademd, is het verstandig om in de toelichting aan te geven hoe zij hebben gewaarborgd dat de expertise aanwezig is.

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

Resultaten

Tabel 3.1.1.1

Kengetallen aantal kinderen en verblijfstijd op IC met aantal beademingsuren

	<72 uur		72-120 uur		>120 uur	
N= 38	Aantal kinderen	Beademings-uren	Aantal kinderen	Beademings-uren	Aantal kinderen	Beademings-uren
Gemiddeld	3	22,9	1	2,3	0	41,1
Standaarddeviatie	5	39,4	0	14,3	1	115,3
Mediaan	1	4,5	0	0	0	0
P10	0	0	0	0	0	0
P90	8	59,3	0	0	1	167,4
Min	0	0	0	0	0	0
Max	22	176	1	88	3	453
Totaal	120	871	1	88	9	1.563

94 ziekenhuizen leverden gegevens aan, waarvan 38 ziekenhuizen aangaven kinderen (<18 jaar) te beademen op een IC voor volwassenen. Eén ziekenhuis (Röpke Zweers Ziekenhuis, Hardenberg) gaf aan niet over een registratiesysteem voor beademingsuren te beschikken. In de toelichting gaven de meeste ziekenhuizen aan dat het beademen van kinderen (<18 jaar) enkel ter overbrugging was tijdens het overplaatsen van deze kinderen naar de kinder-IC.

Aandachtspunten

Doorzettingsmacht en toezicht zijn nauw aan elkaar verbonden

Het aantal indicatoren voor de intensive care is met ingang van 2014 sterk teruggebracht. De aanleiding daarvoor was het uitblijven van overeenstemming over de richtlijn voor de organisatie van de intensive care.
Medio 2016 is de kwaliteitsstandaard voor de intensive care vastgesteld[20]. Dat maakt dat weer nieuwe indicatoren voor de IC kunnen worden ontwikkeld.
Het proces rond de richtlijn en de kwaliteitsstandaard hebben wel enkele lessen opgeleverd voor de relatie tussen toezicht en richtlijnen. In de eerste plaats zijn de begrippen

[20] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/07/07/kwaliteitsstandaard-organisatie-van-intensive-care

'doorzettingsmacht' en 'handhaving' gekoppeld. In feite betekent doorzettingsmacht voor een richtlijn dat deze vastgesteld wordt, ook als er geen meerderheid is binnen de beroepsgroep voor deze wijze van organiseren van de zorg. Het voldoen aan de standaard is daarmee niet vrijblijvend, anders heeft het vaststellingsproces geen zin. Het zorginstituut stelt[21]: *"In de kwaliteitsstandaard staan de voorwaarden waaraan ziekenhuizen overal in Nederland moeten voldoen."* Dat wil zeggen dat 'volg na of leg uit' in dit geval niet van toepassing is.

Implementatietermijn belangrijk

De tweede les is dat als de standaard dermate verplichtend is, het implementatiehoofdstuk een belangrijke rol krijgt in de normstelling. Een onderdeel kan pas verplicht zijn nadat de implementatieperiode is afgelopen. Veel van de gesprekken tussen instellingen en inspectie over mogelijke handhaving gaan ook over de termijn waarop implementatie gereed moet zijn en over valide redenen om implementatie nog niet voltooid te hebben. Het is ook bij andere richtlijnen zichtbaar dat richtlijnwerkgroepen niet altijd voldoende inzicht hebben in de gevolgen van het implementatietraject. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een bestaande wettelijke verplichting toch een implementatietermijn krijgt in een richtlijn, of dat ingrijpende investeringen binnen korte tijd gedaan zouden moeten zijn. Het is vanuit toezichtsperspectief wenselijk dat er meer aandacht wordt besteed aan kennis over een goed invoeringstraject van verplichtende bepalingen (standaarden en richtlijnen) in de zorg.

Specifiek voor beademingsuren bij kinderen

Kinderen dienen niet op een IC voor volwassenen beademd te worden, tenzij daar een uitzonderlijke en onderbouwde reden voor is. In 2016 werden er tien kinderen langer dan 72 uur beademd, waarvan vier in een instelling die ook een IC voor kinderen heeft. Zij konden dus binnen de instelling zelf de afweging maken waar een kind de beste zorg kon ontvangen. Van de zes overblijvende kinderen zijn er maar vier zonder publiek toegankelijke onderbouwing beademd op een IC voor volwassenen. De 120 kinderen die kortdurend beademd werden, hadden een gemiddelde beademingsduur van minder dan acht uur. De conclusie lijkt dan ook gerechtvaardigd dat het systeem voor de opvang van kinderen die beademing nodig hebben goed is. Dit is een aanmerkelijke verbetering ten opzichte van de situatie enkele jaren geleden.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Type: indicatiestelling

Het ziekenhuis beademt veel kinderen en heeft veel beademingsuren bij kinderen op de volwassen intensive care (in 2016 komt dit niet voor)

– Welke indicaties heeft het ziekenhuis voor het uitvoeren van behandelingen waarbij

[21] In de kwaliteitsstandaard staan de voorwaarden waaraan ziekenhuizen overal in Nederland moeten voldoen.

kinderen (tijdelijk) beademd moeten worden?
- Welke andere complexe behandelingen voert het ziekenhuis uit bij kinderen?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de grenzen van de eigen mogelijkheden bij het behandelen van kinderen? Wanneer plaatst een ziekenhuis kinderen over naar een PICU (Pediatrische Intensive Care Unit, een IC voor kinderen)?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met welk ander ziekenhuis over beleid bij kinderen?

3.2 Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 3.2.

Indicator

3.2.1 Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE
3.2.2 Hypoglycemie

Inleiding

De indicator "Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE" is een uitwerking van de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care (IC)[22]. Een van de bepalingen hierin is dat alle IC-afdelingen een brede set kwaliteitsindicatoren registreren ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Door gebruik te maken van de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) kunnen ziekenhuizen hieraan voldoen en kunnen zij hun kwaliteit verbeteren aan de hand van de terugkoppeling van de stichting NICE. Het doel van de indicator is ziekenhuizen te stimuleren deel te nemen aan een landelijke registratie en zo hun data te kunnen plaatsen in een landelijk referentiekader.
Hypoglycemie is geassocieerd met een slechte prognose. De indicator "hypoglycemie" vraagt naar drie logische elementen in de beheersing van de glucosespiegel bij IC patiënten: 1. Het aantal perioden hypoglycemie in verhouding tot het totaal aantal glucose bepalingen, 2. De snelheid van herhalingsmetingen en 3. De tijd waarop 50% van de patiënten weer een normale glucosespiegel hebben. Het doel van de indicator is hypoglycemie te voorkomen en indien er sprake is van hpoglycemie deze periode zo kort mogelijk te laten zijn.

Resultaten

Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE

In 2015 leverden 87 IC-afdelingen van ziekenhuizen data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd. Voor de 87 IC-afdelingen betrof dit ten minste de data voor de Minimale Data Set (MDS) en voor 73 IC-afdelingen betrof dit data voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren. 65 IC-afdelingen registreerden complicaties in NICE. De 23 IC-afdelingen die complicaties niet registreerden in de NICE lichtten veelal toe dat complicaties in een eigen registratiesysteem, waaronder het EPD, geregistreerd werden. Enkel het Spijkenisse Medisch Centrum gaf aan geen data aan te leveren aan de NICE en lichtte dit niet toe.

---

[22] https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2016/07/07/kwaliteitsstandaard-organisatie-van-intensive-care/Kwaliteitsstandaard+Organisatie+van+Intensive+Care.pdf pagina 17. (ingezien 8 september 2017)

Hypoglymie

81 ziekenhuizen met IC's hebben gegevens doorgegeven.
Gegevens van het Zaans MC (Zaandam) zijn niet meegenomen in het bepalen van kengetallen, aangezien er maar 8 metingen zijn opgegeven waarvan 75% onder de 2,2 mmol./l . Voor alle duidelijkheid, deze gegevens hebben wel gevolgen voor het toezicht op de instelling. In dit geval heeft het ziekenhuis gegevens aangeleverd die hopelijk geen weergave zijn van het door het ziekenhuis gevoerde beleid. Het ziekenhuis wordt geacht het IC beleid zo onder controle te hebben dat zij zelf signaleert welke informatie past bij het gehanteerde beleid. In dit geval is het opgegeven percentage 100 x zo hoog als het daaropvolgende ziekenhuis.

Tabel 3.2.1.1

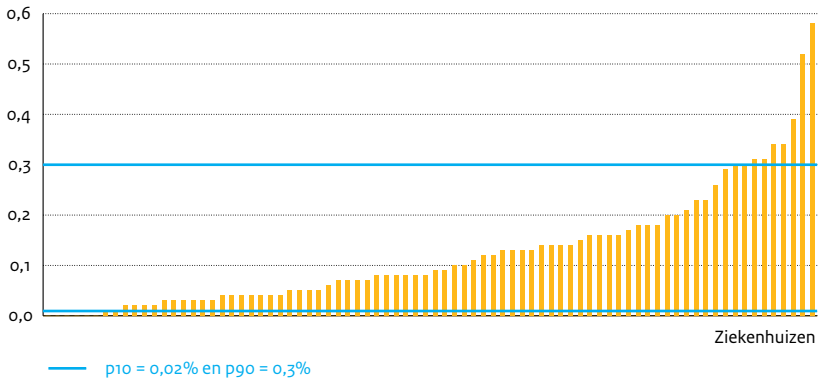
Kengetallen aantal bepalingen

	Aantal bloedglucose metingen onder de 2,2 mmol./l	Totaal aantal bloedglucose metingen in het verslagjaar	Percentage
Gemiddeld	17,8	16.924	0,12%
Standaarddeviatie	31,1	19.061,5	0,12%
Mediaan	9,	10.403,5	0,09%
P10	1	2.549,1	0,02%
P90	39,3	44.001	0,30%
Min	0	(8) 192	0,00%
Max	206	35.288	0,58%

Het aantal periodes met hypoglycemie varieert in het registratiejaar van 0 tot 206, met een gemiddelde van 17,85 en een mediaan van 9. Het aantal uitgevoerde bepalingen varieert van 192 (Treant Zorggroep, locatie (Hoogeveen) tot 82.645 (St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein). Dit is een factor 427, waarmee dit een van de indicatoren is met de grootste spreiding in de set. Het aantal hypoglycemische perioden varieert ook erg, van 0 (diverse ziekenhuizen) tot 206 (Amphia ziekenhuis Breda). Als gevolg daarvan varieert het percentage bepalingen waarbij een hypoglycemie werd vastgesteld ook sterk van 0,01% (St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) tot 0,58% (Amphia ziekenhuis Breda).

Figuur 3.2.1.1

Percentage van het totaal aantal bloedglucose metingen onder de 2,2 mmol./l (n=80, exclusie Zaans Medisch Centrum)



Tabel 3.2.2.1

Kengetallen Tijdsduur tot herstel normaal bloedsuiker

	Mediane tijdsduur in uren na vaststellen hypoglycemie tot hernieuwde meting	Mediane tijdsduur in uren na vaststellen hypoglycemie tot bloedglucose boven 2,2 mmol/l	Verschil
Gemiddeld	0,85	1,01	0,16
Standaarddeviatie	0,48	0,70	0,22
Mediaan	0,79	0,90	0,11
P10	0,40	0,46	0,06
P90	1,36	1,43	0,07
Min	0,00	0,00	0,00
Max	2,9 (20,00)	20,00	0,00

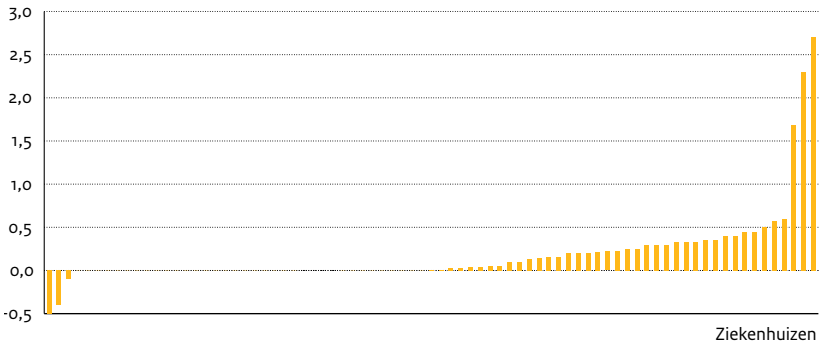
De tijdsduur van het Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) (20 uur) is buiten beschouwing gelaten bij het berekenen van de kengetallen.

Ook grote ziekenhuizen variëren sterk in de tijd tussen het vaststellen van een hypoglycaemie en het uitvoeren van een nieuwe meting. Het Maastricht UMC+ (Maastricht) (16 perioden) geeft aan de volgende meting na 2,5 uur uit te voeren, waarbij na 5,2 uur een normale bloedsuiker is bereikt. Het Martiniziekenhuis (Groningen)(18 episodes) voert na

0,05 uur de volgende meting uit, waarbij binnen 0,5 uur een normale bloedsuiker wordt bereikt. Maastricht geeft als toelichting: 'Tevens zit er een grote afwijking in omdat wij met verschillende methodes de glucose bepalen (vb. Arterieel en via POC). En het systeem houdt maar rekening met 1 methode. Hier wordt nog aan gewerkt.'. De aanname is dat het wenselijk is om zo snel mogelijk een normaal bloedsuiker te herstellen.

Figuur 3.2.1.1

Verschil mediane tijdsduur navaststellen hypoglycemie tot hernieuwde meting en tot bloedglucose boven 2,2 mmol/l



Aandachtspunten

Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE

Formulering van teksten is belangrijk bij vaststelling verplichtingen.

De nieuwe richtlijn/kwaliteitsstandaard geeft deze aanbeveling: *'Iedere IC-afdeling werkt aan een zo goed mogelijke veiligheidscultuur en probeert het aantal fouten zoveel mogelijk te beperken. Iedere IC-afdeling dient fouten bij te houden en te melden. Iedere IC-afdeling dient een verbeterplan te maken en uit te voeren om in een continu proces het aantal fouten terug te brengen. Het kwaliteitssysteem van een IC en de systemen voor het melden van incidenten en calamiteiten zijn onderdeel van het kwaliteitssysteem van het gehele ziekenhuis.'*

Daarbij hoeft het systeem dus alleen ingebed te zijn in het systeem van het ziekenhuis. Over het gebruik van de kwaliteitsindicatoren van de NICE zou minder keuzevrijheid kunnen zijn: De kwaliteitsstandaard stelt: *'Alle Nederlandse IC-afdelingen registreren de minimale data set in NICE aangevuld met eventuele andere door de beroepsverenigingen benoemde indicatoren.'* De aanname was (zie HRT 2015) dat met het laatste de indicatoren uit de set van de NICE registratie werden bedoeld. Dat lijkt echter niet het geval. Er is geen publiek toegankelijke tekst waarin wordt vastgesteld welke indicatoren onder deze omschrijving vallen. Ook de NICE site suggereert anders: 'NICE deelnemers kunnen facultatief naast de MDS registratie, de KIIC bijhouden voor hun patiënten.'.Die tekst, gecombineerd met de formulering van de kwaliteits-standaard geven dus geen basis voor handhaving van een verplichting tot aanlevering.
De oorspronkelijk functie van de indicator: 'het geven van een indicatie over de wijze

waarop instellingen omgaan met stuurinformatie voor een hoog-risico groep patiënten' blijft onverminderd van kracht. Kwaliteitsindicatoren die alleen in het eigen ziekenhuis worden bewerkt maken het signaleren van risico's door het ziekenhuis moeilijker en het niet bijdragen van de eigen data aan de IC gemeenschap maakt het ook voor andere instellingen moeilijker om die data te interpreteren. Dus het is dan misschien niet expliciet verplicht om landelijk bij te dragen, wenselijk is het wel.

Hypoglycemie

De indicator, uitgevraagd door de inspectie sinds 2016, maar al langer opgenomen in de NICE registratie, laat een enorme variatie zien.
Er zijn in ieder geval opvallende verschillen in elke meting. Er zijn enorme verschillen in het aantal metingen (een factor 10 of meer), het aantal perioden met laag bloedsuiker (factor 60, als zij voorkomen), de wachttijd tot de eerstvolgende meting (factor 15 tot 20) en de tijd tot de eerstvolgende normale meting (is herstel), variërend van minder dan 15 minuten tot meer dan 2 uur. Dit is vooral opvallend omdat vooraf door zorgverleners uit de intensive care wereld was aangegeven dat de onderlinge verschillen erg klein zouden zijn. Dat was voor hen aanleiding om de waarde van de indicator in twijfel te trekken.
In principe zou deze indicator een maat zijn voor de mate van procesbeheersing op de intensive cares. De enorme spreiding in de resultaten maakt dat dit nu in ieder geval een goede indicator blijkt voor het onderlinge inzicht in de kwaliteit van zorg. Dat inzicht lijkt beperkt.
Gezien de enorme variatie zouden ziekenhuizen er goed aan doen om een adequate toelichting te geven op de gevonden verschillen. Zonder toelichting wekt dit de indruk dat de instellingen zelf weinig inzicht hebben in de wijze waarop de eigen onderlinge resultaten geïnterpreteerd moeten worden. Met name ziekenhuizen met een groot aantal bepalingen én een groot aantal perioden met laag bloedsuiker moeten de data zelf onderzocht hebben. Figuur 3.2.1.1 vermeldt 3 negatieve waarden, het ziekenhuis heeft data mogelijk niet goed ingevoerd. Het verschil moet namelijk altijd positief zijn. Dit zou impliceren dat de hypoglycemie eerder is hersteld dan daadwerkelijk gemeten is.
Indicatoren overnemen uit een kwaliteitregistratie, vraagt ook goed lezen.
De indicator hypoglycemie is een onderdeel van de indicatorenset van de NICE. Als deze registratie door het ziekenhuis wordt gebruikt hoeft het ziekenhuis geen extra inspanning te leveren, behalve het goed lezen van het rapport van de registratie. Dit zal niet altijd gebeuren. Sommige resultaten moeten ook in die registratie zijn opgevallen. Het ziekenhuis uit Boxmeer meldt dat het 20 uur duurt voordat de middelste van de vier patiënten met hypoglycemie (een potentieel dodelijke situatie) weer boven de veilige grens van 2,2 mmol/l zijn gekomen. Zonder meer aannemen dat het hier minuten betreft is ook moeilijk. Er is maar een beperkt aantal (5) instellingen dat in staat is om in een hypoglycemie zo snel te corrigeren. Het ziekenhuis neemt wel deel aan de registratie (indicator 3.2).

4 Polikliniek

Dit hoofdstuk bevat dit jaar geen eigen indicatoren.

5 Diagnostiek

Dit hoofdstuk bevat dit jaar geen eigen indicatoren.

6 Interventies

6.1 Interventies radiologie

Vraagtelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 6.1.

Indicator

6.1.1 Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies

Inleiding

De time-out procedure (TOP) is een gestandaardiseerde identificatie- en verificatie-procedure vóór de start van een ingreep, met als doel een veilige uitgangssituatie te creëren. Een risico van een onvolledige of afwezige time-out is het ontstaan van vermijdbare problemen tijdens de interventie. Een ander risico is het uitvoeren van de verkeerde ingreep aan de verkeerde zijde bij een niet goed geïdentificeerde patiënt. Interventieradiologen voeren minimaal-invasieve behandelingen uit waarbij een TOP moet worden uitgevoerd.

Resultaten

In 2016 leverden 91 instellingen data voor de indicator. 76 Instellingen voerden de interventies uit, 69 instellingen konden informatie leveren. Alle zeven instellingen die de informatie niet konden leveren, gaven een toelichting. Deze kwamen er vrijwel altijd op neer dat de time-out wel wordt uitgevoerd, maar dat de papieren documentatie niet of pas later wordt omgezet in een evalueerbaar elektronisch dossier. Antonius Ziekenhuis (Sneek), Deventer Ziekenhuis (Deventer), Flevoziekenhuis (Almere) en MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord) gaven in de toelichting aan in 2017 te gaan werken aan de verslaglegging. St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) gaf als toelichting: *"De TOP wordt bij deze verrichtingen standaard uitgevoerd, maar niet altijd op dezelfde wijze digitaal vastgelegd. Om deze reden kunnen wij geen juiste teller en noemer invullen."*

Tabel 6.1.1.1

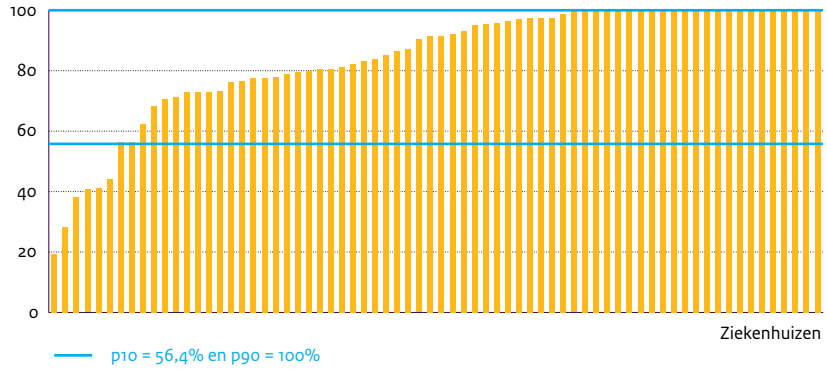
Kengetallen aantal geregistreerde time-outs en interventies

	Geregistreerde time-outs	Interventies	Verhouding in percentages
Gemiddelde	530,7	638,1	84,2%
SD	521,5	612	21,6%
Mediaan	296	381	91,5%
P10	53	68	56,3%
P90	1.272	1.611	100%
Min	2	2	19,4%
Max	2.063	2.256	100%
Totaal	3.752	44.667	

Bernhoven (Uden) 40,7%, Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) 41,2%, Martini Ziekenhuis (Groningen) 44% en VUmc (Amsterdam) 56,3%.
Van de ziekenhuizen met een opvallend laag percentage time-outs gaven het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) en het BovenIJ (Amsterdam) geen toelichting.
Er is de gebruikelijke grote spreiding in het aantal uitgevoerde interventies. In ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) zouden de radiologen slechts twee vasculaire ingrepen hebben verricht. Er lijkt geen relatie te zijn tussen de grootte van het ziekenhuis en het aantal uitgevoerde ingrepen.
Veel ziekenhuizen geven een toelichting. Deze is vaak samen te vatten als: de time-out wordt vaker uitgevoerd dan vastgelegd of de time-out werd (ook) op papier vastgelegd en is niet elektronisch te evalueren. Er is geen ziekenhuis dat de noodzaak van een time-out ter discussie stelt.

Figuur 6.1.1.1

Percentage geregistreerde time-outs en interventies



Aandachtspunten

Standaardisering per vak, per werkproces of per werkplek?

Tijdens het registratiejaar is meermalen gevraagd of andere specialismen die gebruik maakten van de radiologiekamers ook verplicht waren om een time-out uit te voeren. Op zich is het antwoord daar simpel op. De vereniging, in dit geval de NvvR, vond het noodzakelijk voor de veiligheid dat er vóór de start van de interventie een time-out werd uitgevoerd. Dit werd deels ingegeven door het succes van de invoering van de time-out op de operatiekamers, maar ook bij cardiologie en de Maag-Darm-Lever (MDL-)artsen. Het is dus zeer waarschijnlijk dat complexe verrichtingen baat hebben bij een goede time-out. De inspectie kan alleen handhaven als er een norm bestaat vanuit de beroepsgroep. En dat zijn in dit geval de radiologen.

Dat neemt niet weg dat het management, verantwoordelijk voor de veiligheid op de kamer, zelf kan besluiten om bij alle verrichtingen met een bepaalde hoeveelheid risico te vragen om een time-out. Dat is niet handhaafbaar door de inspectie, maar wel door de instelling zelf. De indicator definieert wel een aantal verrichtingen, maar alleen als suggestie, niet als beperkende lijst. Daarnaast kan de veiligheid van een proces ook vragen om standaardisatie: hier werk je (zo) veilig of je werkt hier niet. Ook dat is een verantwoordelijkheid van de instelling zelf. De indicator laat dan zien hoe serieus een instelling omgaat met de veiligheid van de eigen patiënten.

Beginnen op een lager niveau

Inmiddels bestaat er enige ervaring met het aantal time-outs dat in het eerste jaar van de registratie te verwachten is. De MDL-artsen voerden bijvoorbeeld gemiddeld bij 94,2% van de verrichtingen een (geregistreerde) time-out uit. Binnen het operatief proces werd in 2012 bij de start van de indicator ook bij iets meer dan 94% van de ingrepen een time-out uitgevoerd. Eigenlijk was de verwachting/hoop dat instellingen het uitvoeringsproces van een time-out bij vasculaire radiologische interventies beter onder controle zouden hebben,

nu het voor minimaal de derde keer in vier jaar wordt uitgevoerd. Dat blijkt vooralsnog niet het geval. Wat wel opvalt is, dat de verklaringen voor het niet helemaal voldoen aan die verwachtingen wel identiek zijn: onvolledige registratiesystemen en onvolledige vastlegging van (mogelijk) wel uitgevoerde procedures. Mogelijk volstaat het hierbij te verwijzen naar de eerdere reacties van de inspectie op deze toelichtingen[23]: *"Hoe kan het ziekenhuis zo zeker zijn dat de werkelijke kwaliteit van zorg echt beter is?"* Op basis van de ervaringen bij de andere time-outs zou in 2018 het gemiddelde aantal time-outs de 95% moeten overschrijden.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal interventies is relatief hoog (voor 2016 100%)
- Zijn hierbij alle specialismen die verrichtingen uitvoeren op de radiologiekamers meegenomen?
- Zo nee, wat is het beleid van het ziekenhuis op het gebied van het standaardiseren van veiligheidsvoorzieningen?

Het aantal interventies is relatief laag? (lager dan de P10, voor 2016 56,3%)
- Is onderzocht wat de oorzaak is van het relatief lage aantal?
- Welke verbetermaatregelen zijn genomen?

[23] (zie onder andere Het resultaat telt – ziekenhuizen 2015, pagina 212)

7 Medicatieproces

7.1 Elektronisch voorschrijven

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 7.1.

Indicator

7.1.1 Elektronisch voorschrijven

Wat zijn de risico's?

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

Resultaten

Tabel 7.1.1.1

Aantal ziekenhuizen (=n) dat elektronisch voorschrijft op klinische afdelingen, met vergelijking ten opzichte van 2015 (in lichtblauw)

Specialisme	Ziekenhuizen dat elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat gedeeltelijk elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat niet elektronisch voorschrijft
Cardiologie (n=82)	79 (n=87) 81	3 6	0 0
Interne geneeskunde (n=84)	80 (n=89) 81	4 8	0 0
Kinderafdeling (n=80)	76 (n=88) 81	4 7	0 0
Orthopedie (n=84)	81 (n=89) 83	3 6	0 0
Urologie (n=83)	80 (n=88) 82	3 6	0 0

Tabel 7.1.1.2

Aantal ziekenhuizen (=n) dat elektronisch voorschrijft op poliklinische afdelingen met vergelijking ten opzichte van 2015 (in lichtblauw)

Specialisme	Ziekenhuizen dat elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat gedeeltelijk elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat niet elektronisch voorschrijft
Cardiologie (n=82)	67 (n=87) 65	9 12	6 10
Interne geneeskunde (n=84)	68 (n=89) 64	10 13	6 12
Kinderafdeling (n=80)	65 (n=85) 62	9 9	6 14
Orthopedie (n=84)	69 (n=89) 65	9 12	6 12
Urologie (n=83)	67 (n=88) 64	11 12	5 12

Tabel 7.1.1.3

Aantal ziekenhuizen (=n) dat elektronisch voorschrijft op klinische afdelingen: procentuele verschillen ten opzichte van 2015

Specialisme	Ziekenhuizen dat elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat gedeeltelijk elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat niet elektronisch voorschrijft
Cardiologie (n=82)	+ 3,2%	- 3,2%	0
Interne geneeskunde (n=84)	+ 4,2%	- 4,2%	0
Kinderafdeling (n=80)	+ 2,9%	- 3,0%	0
Orthopedie (n=84)	+ 3,1%	- 3,1%	0
Urologie (n=83)	+ 3,2%	- 3,2%	0

Tabel 7.1.1.4

Aantal ziekenhuizen dat elektronisch voorschrijft op poliklinische afdelingen: procentuele verschillen ten opzichte van 2015

Specialisme	Ziekenhuizen dat elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat gedeeltelijk elektronisch voorschrijft	Ziekenhuizen dat niet elektronisch voorschrijft
Cardiologie (n=82)	+ 7,0%	- 2,8%	- 4,2%
Interne geneeskunde (n=84)	+ 9,1%	- 2,7%	- 6,4%
Kinderafdeling (n=80)	+ 8,4%	+ 0,7%	- 9,0%
Orthopedie (n=84)	+ 9,1%	- 2,8%	- 6,4%
Urologie (n=83)	+ 8,0%	- 0,3%	- 7,6%

Deze indicator wordt sinds 2015 uitgevraagd. Net zoals in voorgaand jaar, maakten alle klinische afdelingen cardiologie, interne geneeskunde, kinderafdeling, orthopedie en urologie binnen ziekenhuizen gebruik van elektronisch voorschrijven of schreven gedeeltelijk elektronisch voor (tabel 7.1.1.1). Uit tabel 7.1.1.2 blijkt dat het op de poliklinieken van dezelfde specialismen ook voorkomt dat er niet elektronisch voorgeschreven wordt.

Het aantal ziekenhuizen dat elektronisch voorschrijft is toegenomen, zowel op de klinische als poliklinische afdelingen. Het aantal ziekenhuizen dat deels elektronisch voorschrijft, is op bijna alle afdelingen afgenomen, op de poliklinische kinderafdeling na. Het aantal ziekenhuizen dat niet elektronisch voorschrijft, is op alle afdelingen afgenomen.

Aandachtspunten

Kloppen de gegevens met de praktijk?

De inspectie heeft eind 2015 begin 2016 onderzoek gedaan naar elektronisch voorschrijven in het kader van het toezicht op voorwaarden voor veilig voorschrijven. Daaruit bleek dat de invoering van elektronisch voorschrijven voor opgenomen patiënten vrijwel volledig was. Eén van de twintig bezochte ziekenhuizen was begin 2016 nog niet klaar met de invoering van het systeem. Dat ziekenhuis is toen opnieuw bezocht. Alle ziekenhuizen zouden medio 2016 volledig elektronisch moeten voorschrijven. Dat is het goede nieuws. Het slechte nieuws is dat zowel tijdens de toezichtbezoeken als tijdens de besprekingen rond de indicator dezelfde risico's naar voren kwamen.

En blijven er dan risico's?

Over het algemeen is er door het ziekenhuis maar beperkt gekeken naar de risico's van het invoeren van een Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Het EVS gedraagt zich voor veel zorgverleners als een zwarte doos. Het is daarbij voor de voorschrijver vaak niet duidelijk

welke medicatie de patiënt nu echt gebruikt en welke bewaking het EVS wel en niet uitvoert. De medicatieverificatie heeft de medicatieanamnese vervangen en de voorschrijver vertrouwt erop dat 'de computer' het volledige overzicht heeft. Vorig jaar werd aandacht gevraagd voor de dosisbewaking bij kinderen. Tijdens het onderzoek werd vastgesteld dat blind vertrouwen op het EVS een van de risico's was bij het gebruik. In 2018 wordt er dan ook een indicator ingevoerd voor handmatige controle op een veilige dosis bij kinderen.

De polikliniek is een geval apart?

Een EVS is meer dan het opstellen van een elektronisch recept. Het systeem moet onder andere ook medicatiebewaking kunnen uitvoeren. Voor een goed gebruik moet er een actueel medicatieoverzicht in het systeem aanwezig zijn. Actueel in die zin, dat dit het echte medicatiegebruik van die dag zou moeten weergeven. Het grote verschil tussen klinisch en poliklinisch voorschrijven is de tijd die beschikbaar is voor het maken van dat overzicht. Als complete medicatieverificatie noodzakelijk is voor veilig voorschrijven, dan wordt het geheel nooit veilig. Een deel is op te lossen door betere koppelingen, maar niet alles. Patiënten gebruiken medicatie in 70% van de gevallen anders dan voorgeschreven. Dat kan fout zijn, net zo vaak is het een begrijpelijke aanpassing van het theoretische voorschrift aan het effect van het medicament op de patiënt. En voor alle duidelijkheid, voor de interacties is het echte gebruik van belang, niet het gebruik op papier. De zorgverlener zal dan ook moeten inschatten hoeveel risico er ontstaat door het nieuwe voorschrift. Daarbij is een inschatting van de kwetsbaarheid van de patiënt en van het effect van het medicament essentieel. De nieuwe richtlijn voor medicatieoverdracht stelt dan ook het begrip 'risico-inschatting' centraal. Daar is nog veel discussie over, maar het is goed om vast te stellen dat dit een probleem is wat niet alleen met informatietechnologie opgelost kan worden. Voorschrijven, ook elektronisch, blijft voorlopig vooral mensenwerk.

Hoe voorschrijven coördineren?

De indicator vraagt naar het gebruik van EVS op de afdeling orthopedie. Wat opvalt tijdens bezoeken aan ziekenhuizen is dat medicatie vaak wordt voorgeschreven door anderen dan de orthopeed. Vaak is het een geriater of een internist die medicatie voorschrijft. Arts-assistenten orthopedie en verpleegkundig specialisten worden op dit gebied door een geriater gesuperviseerd. Een van de oorzaken is de toenemende complexiteit van medicatie. De orthopeed is wel hoofdbehandelaar, maar heeft geen overzicht meer over een belangrijk deel van die behandeling. Dit is een van de vele voorbeelden van het toenemende aantal samenwerkingsrelaties in de zorg. Dat leidt ertoe dat de individuele behandelaar sterker gespecialiseerd is, maar dus ook afhankelijker van anderen. Dat geeft ook nieuwe risico's. En nieuwe uitdagingen bij het bewaken van de samenhang.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

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

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

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

7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 7.2.

Indicatoren

7.2.1 **Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd**

7.2.2 **Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd**

7.2.3 **Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd**

7.2.4 **Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd**

Inleiding

Zowel jongeren als ouderen zijn kwetsbaar als het gaat om medicatiegebruik. Om te voorkomen dat deze kwetsbare patiënten onnodig schade oplopen door verkeerd gebruik van medicatie, is het nodig om zowel bij opname als bij ontslag medicatieverificatie toe te passen. Op deze manier kan voorkomen worden dat er een verschil ontstaat tussen het daadwerkelijke medicatiegebruik van de patiënt en de informatie in het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS).
Door middel van een verificatiegesprek bij opname over de medicatie wordt bekend wat voor medicijnen een patiënt gebruikt en in welke hoeveelheid. Het doel van het verificatiegesprek bij ontslag is om te waarborgen dat de patiënt ook na ontslag de juiste medicatie krijgt. Het doel van de indicator is om medicatieverificatiegesprekken te stimuleren en om inzichtelijk te maken bij welk deel van de patiënten de medicatieverificatie is uitgevoerd tijdens opname en ontslag. De indicator leidt tot verbetering van medicatieveiligheid.

Resultaten

Medicatieverificatie bij kinderen bij opname

In 14 ziekenhuizen was het onbekend bij welk percentage van de kinderen bij opname de medicatie geverifieerd was. In 80 ziekenhuizen was dit percentage wel bekend en varieerde het tussen de 17,15 (één ziekenhuis) en 100% (20 ziekenhuizen). Gemiddeld wordt bij 85,11% van de kinderen bij opname de medicatie geverifieerd. Zie ook tabel 7.2.1.1.

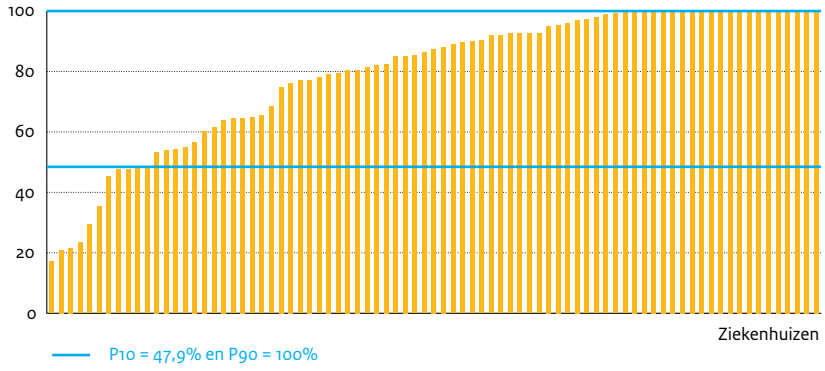
Tabel 7.2.1.1

Medicatieverificatie bij kinderen bij opname

	Opname kinderen medicatieverificatie	Opgenomen kinderen	Percentage opname medicatieverificatie bij opgenomen kinderen
Gemiddeld	775	991	79,7%
Standaarddeviatie	718	844	22,6%
Mediaan	671	801	87,7%
P10	48	58	47,9%
P90	1.552	2.129	100%
Min	17	17	17,2%
Max	3.977	4.378	100%
Totaal	61.964	79.241	

Figuur 7.2.1.1

Percentage kinderen waarbij bij opname de medicatie geverifieerd is (n=80)



Medicatieverificatie bij ouderen bij opname

Van de 94 ziekenhuizen was het in zeven ziekenhuizen onbekend of bij de opname van ouderen de medicatie geverifieerd was. Het percentage van de 87 ziekenhuizen waar dit gegeven wel bekend was, varieerde van 39,74% (één ziekenhuis) tot 100% (elf ziekenhuizen). Gemiddeld wordt bij 92,55% van de ouderen bij opname de medicatie geverifieerd. Zie ook figuur 7.2.2.1.

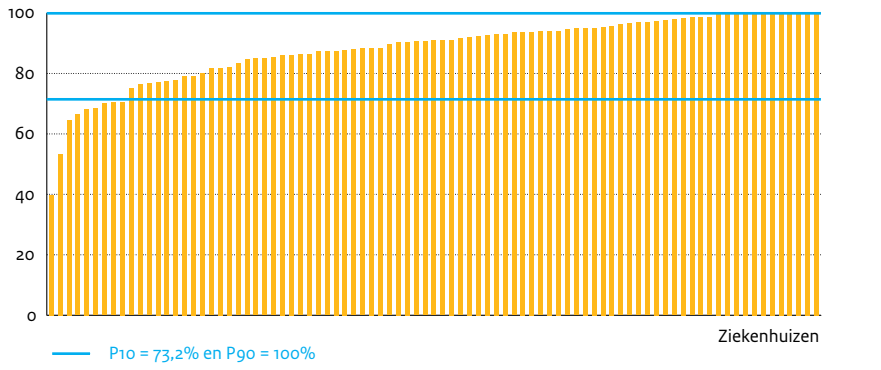
Tabel 7.2.2.1

Medicatieverificatie bij ouderen bij opname

	Aantal verificaties	Aantal ouderen	Percentage
Gemiddeld	5.154,4	5.838	88,2%
Standaarddeviatie	6.110,9	6.890	11,2%
Mediaan	4.122,0	4.434	90,9%
P10	6.54,6	787	73,2%
P90	9.593,8	10.293	100%
Min	17,0	22,	39,7%
Max	52.912,0	59.822	100%
Totaal	448.431	507.913	

Figuur 7.2.2.1

Percentage ouderen waarbij bij opname de medicatie geverifieerd is (n=87)

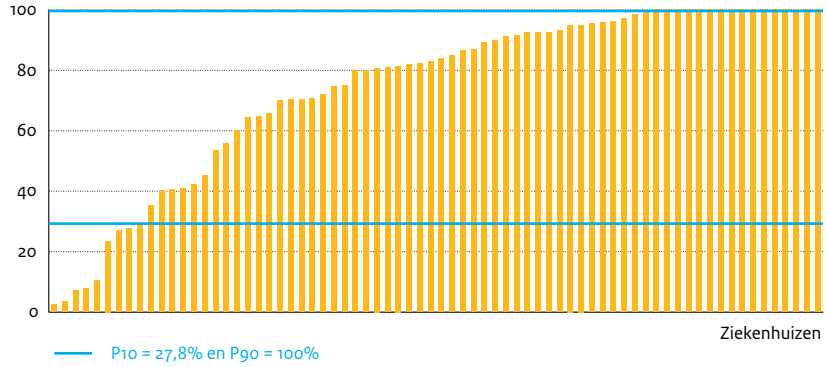


Medicatieverificatie bij kinderen bij ontslag

Het aantal kinderen waarvan de medicatie bij ontslag is geverifieerd, is onbekend in 22 ziekenhuizen. In 72 ziekenhuizen was dit aantal wel bekend en kon het percentage kinderen waarvan de medicatie bij ontslag geverifieerd was, berekend worden. Bij gemiddeld 77% van de kinderen wordt de medicatie geverifieerd bij ontslag, variërend van 2,47% tot 100% per ziekenhuis. Zie ook figuur 7.2.3.1.

Figuur 7.2.3.1

Percentage kinderen waarbij bij ontslag de medicatie geverifieerd is (n=72)



Medicatieverificatie bij ouderen bij ontslag

Het aantal ouderen waarvan de medicatie bij ontslag is geverifieerd, is onbekend in elf ziekenhuizen. In 83 ziekenhuizen was dit aantal wel bekend en kon het percentage ouderen waarvan de medicatie bij ontslag geverifieerd was, berekend worden. Bij gemiddeld 88,3% van de ouderen wordt de medicatie geverifieerd bij ontslag, variërend van 14,11% tot 100% per ziekenhuis. Zie ook figuur 7.2.4.1.

Een van de problemen bij het berekenen van deze indicator is volgens enkele ziekenhuizen dat het niet eenvoudig is om te bepalen hoeveel patiënten zonder medicatie ontslagen worden. Als een patiënt zonder medicatie wordt ontslagen, is een medicatieverificatie-gesprek niet noodzakelijk. Mogelijke uitzondering daarop is de situatie als *alle* voor de patiënt gebruikelijke medicatie is gestopt.

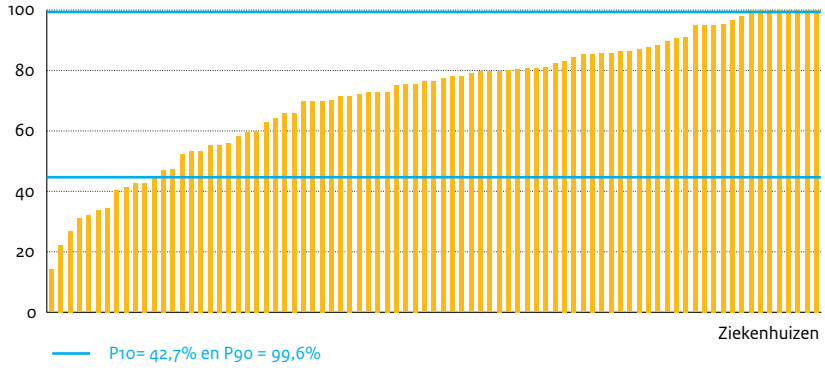
Tabel 7.2.4.1

Aantal ouderen waarbij bij ontslag de medicatie geverifieerd is

	Aantal verificaties	Aantal ouderen	Percentage
Gemiddeld	3.378,8	4.831	73,1%
Standaarddeviatie	2.540,6	3.404	20,4%
Mediaan	3.156,0	4.190	78,0%
P10	290,2	417	42,7%
P90	5.928	9.885	99,6%
Min	8	15	14,1%
Max	13.376	14.080	100%
Totaal	280.440	400.987	

Figuur 7.2.4.1

Percentage ouderen waarbij bij ontslag de medicatie geverifieerd is (n=83)



Aandachtspunten

Kloppen de gegevens met de praktijk?

De inspectie heeft eind 2015 begin 2016 onderzoek gedaan naar voorwaarden voor veilig voorschrijven. Daaruit bleek dat de invoering van het medicatieverificatiegesprek bij opname de meeste aandacht kreeg van ziekenhuizen. De bevindingen van de indicator uit 2015 werden daarmee bevestigd. Er waren wel een paar systematische risico's. Het proces bij een spoedopname is bijna altijd complexer en foutgevoeliger. Dat is juist voor kwetsbare groepen een probleem. Veel van de opnames in deze groepen zijn ongepland. Dat vraagt voortdurende aandacht. Juist bij spoedopnames moet er acuut gehandeld kunnen worden. Dat vraagt (ook hier) een goede risico-inschatting bij het voorschrijven. Ook hier kan het dus zijn dat een EVS niet de goede en complete informatie van de patiënt bevat.

Wel blijven lezen, ook al verifieert iemand anders

Meerdere wetenschappelijke verenigingen vragen aandacht voor de waarneming dat artsen het medicatieoverzicht niet meer lezen als zij weten (of aannemen) dat er een medicatieverificatie is uitgevoerd en zij met een EVS werken. De bewaking wordt dan helemaal aan een EVS overgelaten. Los van de veiligheid van een EVS, dat inmiddels bekend (of berucht) is geworden om het grote aantal waarschuwingen dat ongelezen wordt weg geklikt, betekent dat ook dat de arts-assistent of specialist dan veel minder overzicht kan hebben over de medicatie van een patiënt.

Verificatie onbekend, bekend probleem?

Eenzelfde probleem bestaat in de ziekenhuizen waar niet bekend is of er een medicatieverificatie is uitgevoerd. Vaak betreft dat kinderen. De ziekenhuizen die dit melden, geven vaak aan dat de 'echte' situatie beter is. Wat geen van deze ziekenhuizen vervolgens laat zien, is hoe een collega die vervolgens in een EVS voorschrijft weet dat deze medicatie geverifieerd is. Kinderartsen geven altijd aan dat medicatie zo belangrijk is dat kinderartsen dit (waarschijnlijk) altijd zelf verifiëren. Omdat EVSen vervolgens vaak ook niet specifiek op kinderdoseringen bewaken, is de situatie dubbel onzeker. Het is niet duidelijk of de medicatie is gecheckt en de waarschuwingen ontbreken of zijn gebaseerd op een patiënt die tussen de tien en twee keer zo zwaar is. Daarnaast blijkt het moeilijk om te bepalen of een medicatieverificatie moet worden uitgevoerd, bijvoorbeeld bij ontslag, omdat niet altijd te achterhalen is of een patiënt medicatie heeft. Medicatie bij kinderen: het proces lijkt niet onder controle.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten waarbij bij opname een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief laag (voor 2016: bij kinderen bij minder dan 47,9% en bij ouderen bij minder dan 73,2%)

- Hoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat een voorschrijver bij het voorschrijven over een actueel medicatie overzicht?
- Bij electieve opnamen?

– Bij spoedopnamen?
– Wat zijn de criteria voor het voeren van een medicatieverificatiegesprek bij opname?

Het percentage patiënten waarbij bij opname een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief hoog (voor 2016: bij kinderen bij 100% en bij ouderen bij 100%)
– Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
– Wie voert de medicatieverificatiegesprekken uit?

Het percentage patiënten waarbij bij ontslag een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief laag (voor 2016: bij kinderen bij minder dan 27,8% en bij ouderen bij minder dan 42,7%)
– Hoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat een volgende schakel (huisarts, verpleegtehuis) binnen 24 uur kan beschikken over een actueel medicatie overzicht?
– Wat zijn de criteria voor het voeren van een medicatieverificatiegesprek bij ontslag?
– Krijgt het ziekenhuis feedback van de volgende schakel over het overdragen van medicatie informatie?

Het percentage patiënten waarbij bij ontslag een medicatieverificatiegesprek heeft plaatsgevonden is relatief hoog (voor 2015: bij kinderen bij 100% en bij ouderen bij 99,6%)
– Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
– Wie voert de medicatieverificatiegesprekken uit?
– Krijgt het ziekenhuis feedback van de volgende schakel over het overdragen van medicatie informatie?

8 Verpleegkundige zorg

8.1 Wondzorg

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 8.1.

Indicatoren

8.1.1 Uitkomst behandeling diabetische voetwonden [Texas klasse 2d]

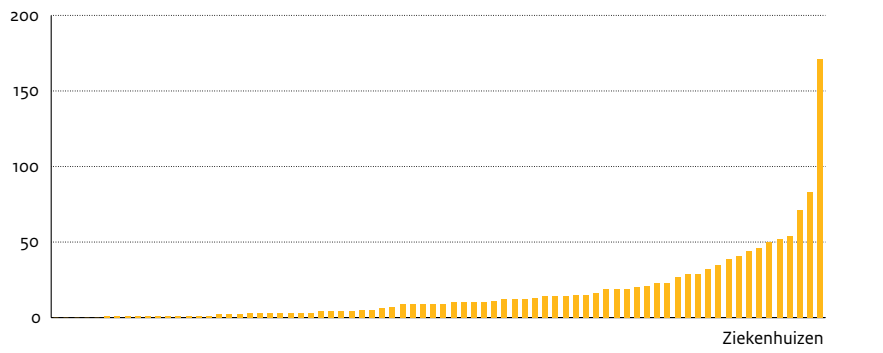
Wat zijn de risico's?

Een voetwond heeft grote impact op de kwaliteit van leven van een diabetespatiënt. Door de aard van de ziekte genezen deze wonden vaak niet spontaan. Goede medische en verpleegkundige zorg zijn belangrijk voor genezing. Bij tijdige signalering en behandeling kan amputatie voorkomen worden. De ernst van de wond speelt daarbij een belangrijke rol. Maar in gevallen waarbij de beschadiging te groot is, kan amputatie geen risico zijn, maar een behandeling die zo snel en zo volledig mogelijk moet worden ingezet: soms is amputatie een risico dat te vermijden is, soms een uitkomst om zo snel mogelijk te bereiken.
De Texasclassificatie geeft daarbij een indeling van de wonden naar morfologie (vorm). Het gebruik van de Texasclassificatie is een essentiële voorwaarde voor de beoordeling van een uitkomst. Het is belangrijk dat een ziekenhuis zelf onderzoekt of de kwaliteit van de wondzorg voldoende is.

Resultaten

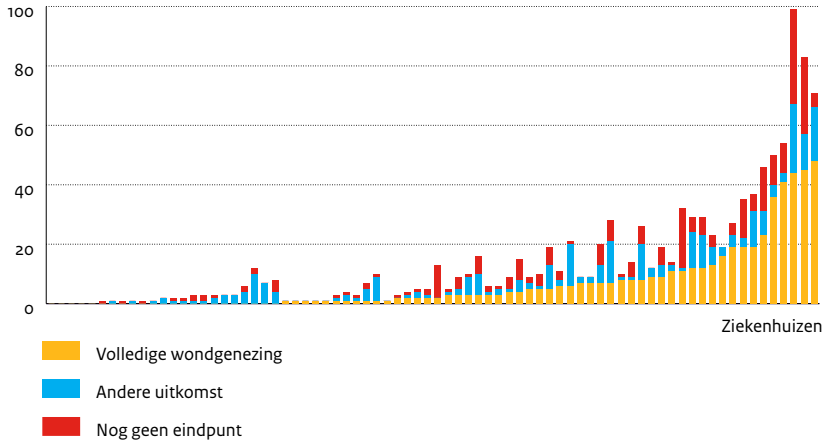
Figuur 8.1.1.1

Aantal patiënten per instelling



Figuur 8.1.1.2

Verdeling over genezen, ander resultaat en nog onder behandeling



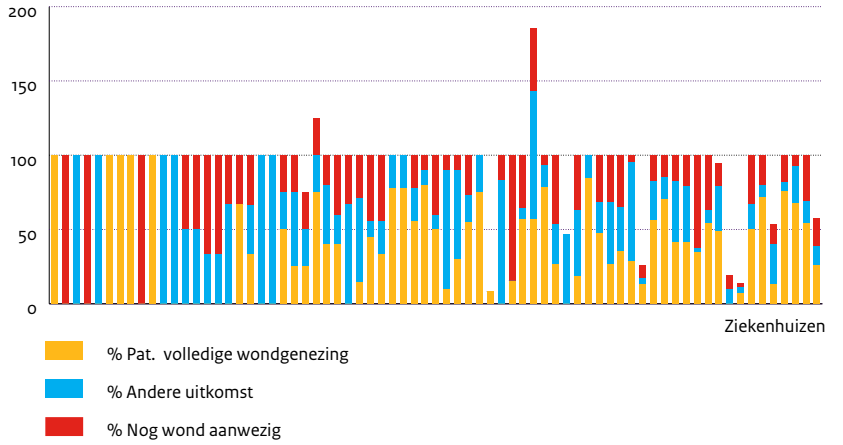
Tabel 8.1.1.1

De populatie in 2016

Opname	Volledige wond-genezing	Een andere uitkomst	Er is nog steeds een wond aanwezig	Totaal aantal patiënten	Percentage volledige genezing
Gemiddeld	6,8	3,7	3,6	17	37,6%
Standaarddeviatie	11,1	4,7	5,7	25	31,9%
Mediaan	2,0	2,0	1,0	9	34,4%
P10	0,0	0,0	0,0	1	0%
P90	19,0	11,5	8,5	43	78,6%
Min	0,0	0,0	0,0	0	0%
Max	48,0	23,0	32,0	171	100%
Totaal	513	280	271	1.257	

Figuur 8.1.1.3

Procentuele verdeling uitkomsten in volgorde aantal patiënten



82 instellingen hebben gegevens aangeleverd over 2016. Zes instellingen behandelden patiënten met diabetische voetwonden, maar hebben geen registratie. Zij hebben geen data beschikbaar over de wondzorg. Alleen het Isala ziekenhuis (locatie Woerden) geeft daarbij geen toelichting.
Eén ziekenhuis (Meander Medisch centrum, Amersfoort) gebruikte in 2016 een andere classificatie dan de Texas. Zij starten hiermee in 2017. Zij zijn daarmee de laatste in Nederland. Dit laat ook zien dat het standaardiseren van een classificatie een proces is van lange adem. Het liep van ten minste 2011 (publicatie indicator 2012) tot 2017. Wijzigingen van classificaties moeten dan ook zeer zorgvuldig overwogen worden.

Het aantal patiënten in wondklasse 2d is vaak zeer laag en zelden meer dan enkele tientallen. Het gemiddelde aantal patiënten in 2d was in 2015 15,7 per ziekenhuis. In 2016 is dat gemiddeld voor 2d 16,2. Dat wordt vooral verklaard doordat sommige ziekenhuizen ervoor gekozen hebben om alle klasse-2 patiënten aan te leveren. Dat dit een verstandige aanpak was, mag ook blijken uit het feit dat het opnemen van alle klasse-2 patiënten gekozen is als erratum voor 2017. De uitslagen over 2016 moeten met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, al valt het op dat de enorme spreiding in het aantal ernstige wonden een jaarlijks terugkerend fenomeen is. Dat zegt weinig over de kwaliteit van de wondzorg, maar zou wel een aanleiding kunnen zijn voor een onderzoek naar de zorg voor de diabetische voet.

Enkele ziekenhuizen hebben van meer patiënten uitkomsten gegeven dan het aantal 2d-patiënten: het HagaZiekenhuis (Den Haag) heeft van 26 patiënten een uitkomst gegeven en heeft 14 nieuwe patiënten en de Gelre ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen) hebben van vijf patiënten de uitkomst, bij een groep van vier patiënten

Aandachtspunten

Oplossingen voor kleine aantallen: alle klasse-2 patiënten meenemen

In 2015 was al vastgesteld dat er een groot verschil is in de ernst van de wonden waarmee patiënten voor het eerst naar een wondexpertisecentrum worden verwezen. Dat verschil was zichtbaar tussen de klassen 1 tot en met 3 (zie tabel 8.1.1.1). In 2016 is in meer detail gekeken naar de resultaten met een klasse 2d bij de start van de behandeling. Daarbij zijn de inclusiecriteria duidelijk: alleen patiënten met een klasse 2d. Gezien de bevindingen van de indicator uit 2015 was te verwachten dat er grote verschillen zouden zijn in het aantal patiënten. Deze varieerden dan ook van 0 tot 171. Uit de toelichting blijkt dat sommige instellingen eigen oplossingen hebben gekozen voor het kleine aantal patiënten. Zo neemt het Radboudumc (Nijmegen) alle patiënten 2d en hoger. Het probleem daarbij is dat uit interne gegevens van de wondzorgverpleegkundigen bleek dat patiënten met een klasse-3 wonden vrijwel altijd een amputatie ondergingen. Dat was de reden om de groep te beperken tot 2d: de ernstigste klasse waarbij volledig herstel zonder amputatie een reële optie is. Het UMCG (Groningen) geeft soortgelijk commentaar, waarbij ze stellen dat de problematiek bij klasse 3 over het algemeen erger is. Dat is natuurlijk ook de reden om een uitgangsclassificatie te gebruiken. De kans op een volledig herstel zonder amputatie binnen het registratiejaar is te klein bij klasse 3 om opgenomen te worden in een indicator. Andere instellingen hebben de data van de complete klasse 2 meegenomen. De reden die het Diaconessenziekenhuis (Utecht) opgeeft is illustratief: van de negen opgegeven patiënten heeft er één (1) klasse 2d.
Tijdens de analyse is aan de afdeling van V&VN gevraagd welke grotere groep (dan 2d) patiënten het meeste inzicht geeft in de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Dat blijken alle patiënten in klasse 2 te zijn. Deze wijziging is dan ook doorgevoerd in het erratum voor de indicator 2017. Het is de vraag of dit voor 2018 tot betrouwbare resultaten leidt. In het verleden was de verwerking van errata een goede indicator voor de kwaliteit van het kwaliteitsproces binnen het ziekenhuis. Meestal waren er twee groepen, ziekenhuizen met en zonder gelezen en verwerkt erratum. Hier zal dat dan vooral zichtbaar zijn door een groter aantal patiënten dan in 2016.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis maakt geen gebruik van het Texas classificatiesysteem voor het classificeren van diabetische voetwonden (in 2016 één ziekenhuis met verklaring)

- Welke systeem gebruikt het ziekenhuis voor het classificeren van diabetische voetwonden?
- Welke richtlijnen worden gevolgd voor het opstellen van het beleid rond preventie en wondzorg?
- Hoe volgt het ziekenhuis de uitkomst van dit type zorg?

8.2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 8.2.

Indicatoren

8.2.1 Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen
8.2.2 Behandeling van ondervoeding
8.2.3 Screening op ondervoeding op de polikliniek

Inleiding

Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding vóór een ingreep kan ervoor zorgen dat een patiënt sneller herstelt na een ingreep. Het aanbieden van extra voeding ná een operatie is inmiddels in veel ziekenhuizen een normaal onderdeel van het voedingsbeleid geworden. Bij volwassenen is er sprake van ondervoeding als er sprake is van onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de laatste zes maanden of meer dan 5% in de laatste maand. Daarnaast is er sprake van ondervoeding bij een Body Mass Index (BMI) < 18,5.
Bij kinderen wordt onderscheid gemaakt tussen acute ondervoeding en chronische ondervoeding in verschillende leeftijdscategorieën en wordt gebruik gemaakt van (afwijkingen in) groeicurven. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is eerst een goede screening op ondervoeding nodig.
De eerste indicator richt zich op de screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen. De tweede indicator richt zich op behandeling van ondervoeding bij volwassenen en kinderen en inventariseert bij ondervoede patiënten welk percentage van de vastgestelde eiwitbehoefte op de vierde opnamedag wordt gehaald. De derde indicator richt zich op screening op de preoperatieve polikliniek van volwassenen op ondervoeding. Deze indicatoren geven samen met de indicatoren Pijn na operatie en Risico op delirium inzicht in de aandacht die een ziekenhuis geeft aan preventie van risico's bij een opgenomen patiënt.

Resultaten

Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

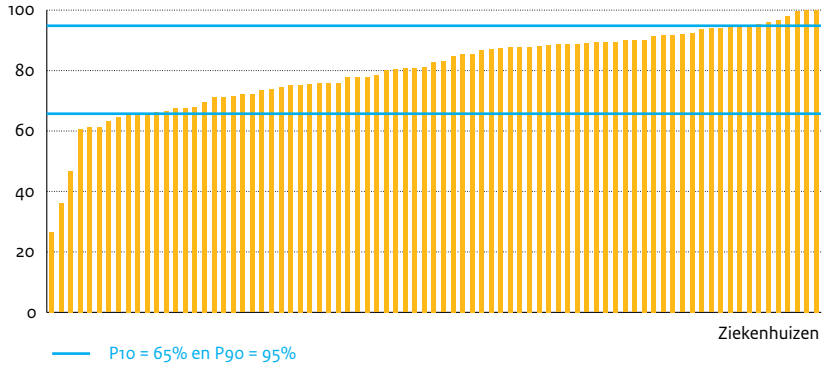
Tabel 8.2.1.1

Aantal opgenomen kinderen, hun screening op acute ondervoeding en de classificatie ervan met percentages van de screening en classificatie

	Opgenomen kinderen	Kinderen bij opname gescreend op acute ondervoeding	Aantal kinderen geclassificeerd als ondervoed	Percentage gescreend	Percentage geclassificeerd als ondervoed
Gemiddeld	1.139	905	62	80%	7%
Standaarddeviatie	837	610	61	14%	5%
Mediaan	886	733	37	83%	6%
P10	397	325	8	65%	1%
P90	2.044	1.827	159	95%	13%
Min	32	25	0	27%	0%
Max	4.330	2.832	293	100%	25%
Totaal	92.228	73.283	4.986		

Figuur 8.2.1.1

Percentage kinderen dat bij opname gescreend is op ondervoeding



De indicator Screening op ondervoeding bij kinderen in de kliniek was door 83 ziekenhuizen ingevuld, de overige 11 ziekenhuizen gaven aan geen kinderen te behandelen. 71 ziekenhuizen maakten voor de screening gebruik van het instrument STRONGkids.

11 ziekenhuizen gebruikten de volgende instrumenten: groeicurven (n=4), eigen programma (n=2), SNAQ kinderen (n=1), SD-score (n=1) en ONDEROB (n=1).
Het BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) was voornemens om begin 2017 een nieuw programma (STRONGkids) in te voeren. Oogziekenhuis (Rotterdam) geeft aan geen screeningsinstrument te gebruiken. 81 ziekenhuizen geven aan een continue meting te doen.

De vijf ziekenhuizen met de meeste klinische opnamen van kinderen waren: UMCG (Groningen) (n=4.330), Erasmus MC (Rotterdam) (n=3.946), Maastricht UMC+ (Maastricht) (n=3.361), UMC Utrecht (Utrecht) (n=3.351) en AMC (Amsterdam) (n=2.963).
Drie ziekenhuislocaties hadden opvallend weinig klinische opnamen van kinderen: Isala Diaconessenhuis (Meppel) (n=94), Sint Maartenskliniek (Woerden) (n=37) en Sint Maartenskliniek (Nijmegen) (n=32).
Het gemiddelde percentage kinderen dat bij opname geclassificeerd is als acuut ondervoed was 6,7 ± 4,5%. De volgende ziekenhuizen hadden een percentage onder de P10 (1,5%): Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) 0,0%, Laurentius Ziekenhuis (Roermond) 0,0%, Sint Maartenskliniek (Woerden) 0,0%, Tergooi (Blaricum en Hilversum) 0,5%, Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) 1,2%, MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord) 1,2%, Waterlandziekenhuis (Purmerend) 1,2% en Maastricht UMC+ (Maastricht) 1,4%.

Behandeling van ondervoeding

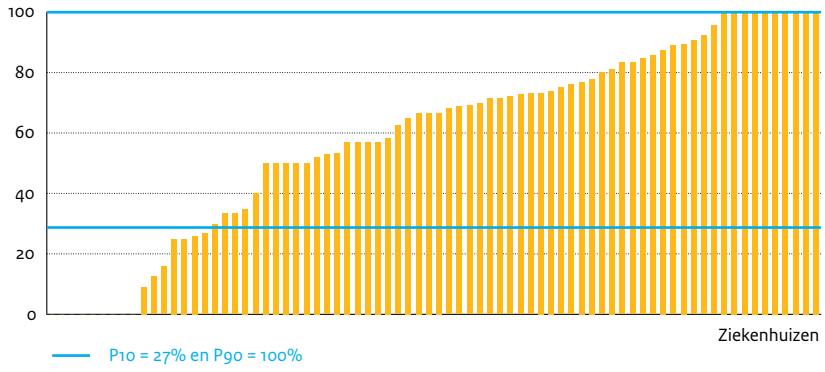
Tabel 8.2.2.1

Behandeling van ondervoede kinderen

	Ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	Ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag	Ondervoede kinderen op vijfde opnamedag	Percentage voldoende eiwit	Percentage voldoende energie
Aantal instellingen	83				
Aantal continu	74				
Gemiddeld	13	12	21	64%	56%
Standaarddeviatie	18	18	29	28%	32%
Mediaan	8	8	13	73%	69%
P10	1	1	2	27%	18%
P90	30	30	42	100%	100%
Min	0	0	0	0%	0%
Max	136	136	198	100%	100%
Totaal	966	903	1.567		

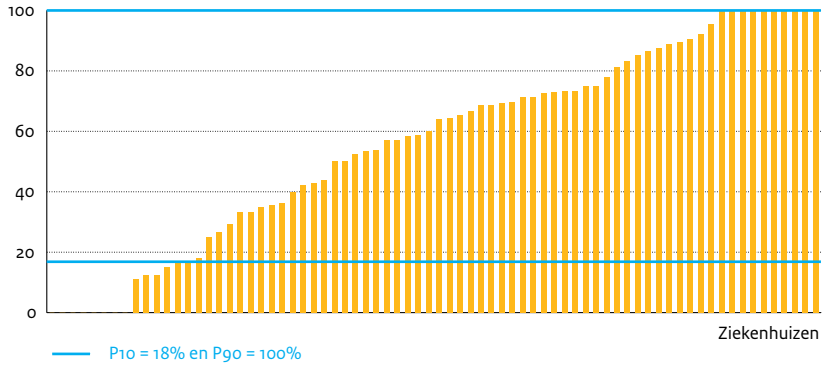
Figuur 8.2.2.1

Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op vierde dag tegen een aantal op dag vijf opgenomen ondervoede kinderen



Figuur 8.2.2.2

Percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op vierde dag tegen een aantal op dag vijf opgenomen ondervoede kinderen



De indicator Behandeling van ondervoeding van kinderen is door 76 ziekenhuizen ingevuld (80,9%). Met uitzondering van het IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) en Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede), gebruikten alle ziekenhuizen een continue meting om de eiwit- en energie-inname van kinderen te registreren.
Het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname was 63,8% ± 27,7%.
Het percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname was 56,2% ± 32,4%.

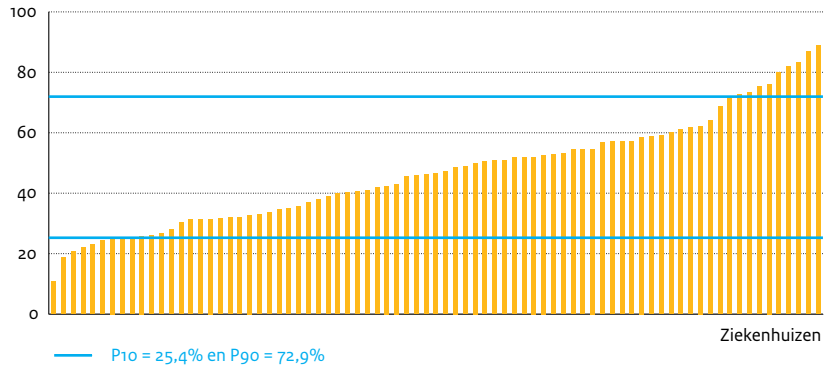
Tabel 8.2.2.2

Behandeling van ondervoede volwassenen

	Ondervoede volwassenen met voldoende eiwit intake	Ondervoede volwassenen op vijfde opnamedag	Percentage
Aantal instellingen	82		
Gemiddeld	304	677	47,0%
Standaarddeviatie	274	527	17,6%
Mediaan	257	488	50,7%
P10	74	178	25,4%
P90	681	1.292	72,9%
Min	15	18	10,7%
Max	1.790	2.896	88,9%
Totaal	23.989	53.475	

Figuur 8.2.2.3

Percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname



De indicator Behandeling van ondervoeding van volwassenen is door 82 ziekenhuizen ingevuld (87,2%). Met uitzondering van het AMC (Amsterdam), Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) en het Ziekenhuis Gelderse Vallei, gebruikten alle ziekenhuizen een continue meting om de eiwit- en energie-inname van volwassenen te registreren. Het percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname was 47% ± 17,6%.

Screening op ondervoeding op de polikliniek

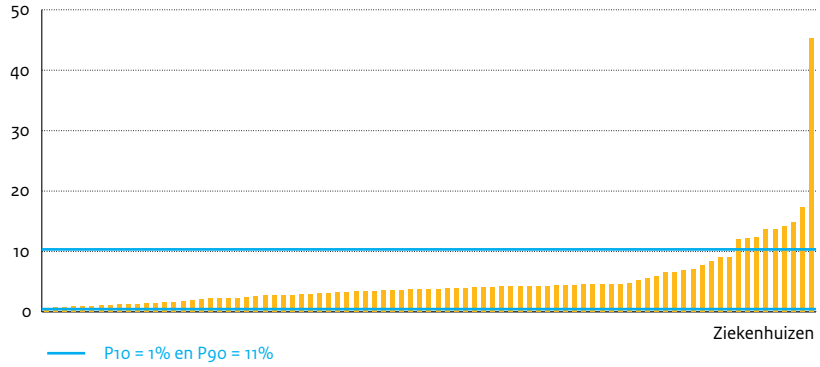
Tabel 8.2.3.1

Aantal screeningen op ondervoeding op de polikliniek

	Preoperatieve screeningen op de polikliniek	Patiënten gescreend op ondervoeding als ondervoed	Aantal patiënten geclassificeerd	Percentage gescreend op ondervoeding als ondervoed	Percentage patiënten geclassificeerd
Aantal instellingen	85				
Gemiddeld	6.404	5.455	229	84%	5%
Standaarddeviatie	4.380	3.966	241	17%	4%
Mediaan	5.485	4.625	152	90%	4%
P10	1.876	1.176	33	59%	1%
P90	12.265	10.419	528	100%	11%
Min	510	42	8	1%	0
Max	18.264	17.962	1.154	100%	45%
Totaal	544.354	463.706	19.464		

Figuur 8.2.3.1

Percentage patiënten geclassificeerd als 'ondervoed'



De indicator Screening op ondervoeding op de polikliniek is door 85 ziekenhuizen ingevuld (90,4%). Al deze ziekenhuizen gebruikten de methode *Screening op ondervoeding* uit de richtlijn *Screening en behandeling van ondervoeding*. Screening werd gedaan door middel van berekening van het percentage gewichtsverlies en de BMI of MNA of MNA-SF of SNAQ of SNAQ65+ of MUST. 85,4 ± 16,6% van de volwassenen is gescreend op ondervoeding. 4,5 ± 3,6% van de patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek is geclassificeerd als ondervoed.
Met uitzondering van het Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) werden in alle ziekenhuizen waar screening op ondervoeding op de polikliniek plaatsvond, schriftelijke afspraken gemaakt over het behandelbeleid.

De volgende negen ziekenhuizen gaven aan poliklinisch (zelf) niet preoperatief te screenen op ondervoeding: Oogziekenhuis (Rotterdam), Sint Maartenskliniek (Boxmeer) en Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek).
Het Universitair Longcentrum Dekkerswald gaf aan dat patiënten worden gescreend in het Radboudumc (Nijmegen), de Sint Maartenskliniek gaf aan dat patiënten worden gescreend in het Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) en UMC Utrecht (Utrecht) geeft aan pre-operatief te screenen, maar eerder op de polikliniek.

Aandachtspunten

Ondervoeding bij kinderen

Het is verheugend te constateren dat vrijwel alle ziekenhuizen een continue meting te doen. In de afgelopen twee jaar is dit percentage bijna verdubbeld. Men kan inmiddels spreken over een nieuwe kwaliteitsstandaard. De inspectie gaat ervan uit dat over het verslagjaar 2017 alle ziekenhuizen continue metingen verrichten. Nog veel verheugender is dat het aantal achterblijvers enorm is afgenomen.

Behandeling van ondervoeding

Net als in voorgaande jaren blijft het voor ziekenhuizen een uitdaging om ervoor te zorgen dat patiënten met multimorbiditeit voldoende eiwit en energie binnenkrijgen. Een aantal ziekenhuizen gaf in de toelichting aan dat adequaat voeden niet haalbaar is voor de groep complexe patiënten. Juist bij deze kwetsbare groep patiënten is het van belang dat de ernst van de ondervoeding beperkt blijft en daarmee de zorgcomplexiteit en zorgbehoefte afneemt. In alle gevallen is het belangrijk om te onderzoeken waarom het eigen ziekenhuis daar minder goed in slaagt dan andere instellingen. Dat ernstig zieke patiënten niet altijd in staat zijn om voldoende te eten is een probleem waar iedereen mee te maken krijgt. Een 100% resultaat op deze indicator (bij continue meting) verdient dan ook (nog meer) toelichting (aandacht).

Screening van ondervoeding op de polikliniek

Er is een opvallende verbetering van screening op ondervoeding op de polikliniek. Alle ziekenhuizen waar gescreend werd op ondervoeding op de polikliniek gaven aan dat het percentage van ondervoeding bekend is. Het belang van screening op ondervoeding op de polikliniek wordt door deze ziekenhuizen onderkend.

De screening op de polikliniek te laat of te vroeg?

Het UMC Utrecht (Utrecht) gaf de volgende toelichting: *"Het UMC Utrecht screent niet op de preoperatieve screening (POS)-poli omdat deze screening te dicht op de opname zit. Een interventie komt dan te laat en is niet meer zinvol voor opname. Daarom is het moment van screenen naar voren gehaald en wordt er gescreend op de polikliniek. In het najaar 2015 is gestart met de uitrol van dit poliklinische screeningsbeleid voor hoog-risico patiënten. Al deze patiënten worden aan de poort van de polikliniek gescreend op ondervoeding. Er is dan tijd voor een zinvolle interventie. Ook niet-chirurgische patiënten komen hierbij aan de orde."* Het UMC Utrecht wijkt hierbij duidelijk af van de werkwijze van poliklinische screening op ondervoeding van andere ziekenhuizen. De indicator is door het veld opgesteld vanuit het oogpunt dat poliklinische screening op ondervoeding leidt tot kwaliteitsverhoging van de zorg. Het UMC Utrecht conformeert zich niet aan deze handelwijze. Het is dan goed om terug te gaan naar de functie van de preoperatieve kliniek: tijdige detectie van risicofactoren zodat het risico van de operatie beperkt kan worden. Het op het juiste moment screenen van de patiënt zodat de risicofactoren tijdig weggenomen kunnen worden, hoort daarbij. Als hier sprake is van een zinnige innovatie, zodat risico's die meer tijd vragen voor behandeling zo eerder ontdekt en behandeld worden, dan is het belangrijk om deze innovatie verder te verspreiden[24]. Als hier sprake is van een locale afwijking van een richtlijn waarbij standaardisatie van het operatief proces een belangrijk onderdeel van de veiligheid is, is dit een zorgelijke ontwikkeling. Het Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) heeft een totaal ander perspectief: *"Het Antoni van Leeuwenhoek baseert zich op screening die preoperatief is uitgevoerd bij opgenomen patiënten in de kliniek, niet op de*

[24] Het UMCU laat is een reactie weten van mening te zijn dat het hier om een gewenste innovatie gaat. Van het AvL is geen reactie bekend.

polikliniek." Volgens de richtlijn zou screening op ondervoeding poliklinisch moeten worden verricht. Het doel van poliklinisch screenen is immers dat met een tijdige herkenning en behandeling de gevolgen van de ondervoeding en het eiwitgebrek voor het (post)operatief beloop beperkt blijven. Opvallend hierbij is dat het voor zover bekend bij UMCU én Antoni van Leeuwenhoek om dezelfde oncologische hoog-risico operatiegroep gaat.

Waar geeft de inspectie toestemming voor?

Het Alrijne Ziekenhuis (Leiderdorp en Leiden) gaf de volgende toelichting: *"Vanwege de implementatie van een nieuw ziekenhuissysteem in november 2016 wordt er, met goedkeuring van de inspectie, gerapporteerd over de periode januari tot en met oktober 2016. De data zijn niet geëxtrapoleerd."* De data die het Alrijne Ziekenhuis aanleverde zijn echter zeer afwijkend van de landelijke data. Het percentage patiënten dat tijdens de preoperatieve screening is gescreend op ondervoeding op de polikliniek was 1,3% en het percentage ondervoede patiënten was 45,4%. Deze data zijn zo afwijkend van de landelijke gemiddelden dat deze niet zijn meegenomen in de berekeningen. De inspectie betreurt het dat het Alrijne ziekenhuis haar eigen data niet zelf heeft geanalyseerd en geïnterpreteerd. Dan zou toch opgevallen moeten zijn dat de organisatie van de screening onvoldoende was.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten kinderen dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (voor 2016: kinderen minder dan 65%) of de screening is afwezig

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Wat zijn de risicogroepen waar het ziekenhuis aandacht aan wil besteden en waar blijkt dat uit?
- Wat zijn de criteria voor het invoeren van een screening?
- Op ondervoeding?
- Op het risico op delirium?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Op welke wijze wordt een patiënt geholpen bij het voorbereiden van de ingreep?

Het percentage kinderen dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (voor 2016: op de polikliniek gelijk aan 100%, kinderen meer dan 95,4%)

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

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

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld, is relatief laag (voor 2016: volwassenen minder dan 25,4%, kinderen eiwit minder dan 25%, energie minder dan 18%) of onbekend.

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

8.3 Delirium

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 8.3.

Indicatoren

8.3.1 Risico op een delirium
8.3.2 Screening op en observatie van delirium

Waarom is dit een risico?

Een delirium is een veel voorkomende vorm van psychopathologie bij opgenomen patiënten ouder dan 70 jaar. Een delirium kenmerkt zich door het snelle ontstaan en de wisseling van symptomen. De Delirium Observatie Screening Schaal (DOSS) bevat 13 observaties van gedrag (verbaal en non-verbaal). De DOSS geeft de symptomen van het delirium weer. Het is van belang om een keer per dienst van acht uur de observaties van het gedrag vast te leggen. De Confusion Assesment Method (CAM) is een veelgebruikt instrument voor het vaststellen van een delirium door niet-psychiaters. De CAM is sensitief, specifiek, betrouwbaar en eenvoudig in de praktijk.
De indicator Screening op en observatie van delirium is voor de inspectie een belangrijke maat voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. De indicator vraagt naar het percentage patiënten dat geobserveerd is op delirium als is vastgesteld dat het risico op een delirium groot is. Inmiddels beschikken alle ziekenhuizen over een ziekenhuisbreed multidisciplinair protocol delirium.

Resultaten

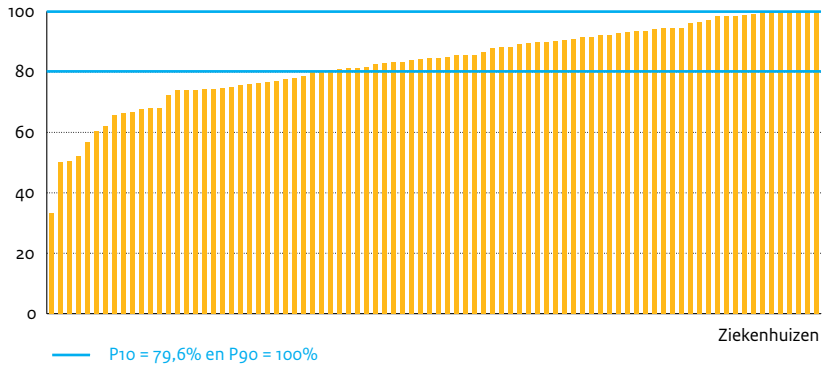
Tabel 8.3.1.1

Aantal en percentage afdelingen met screening op delirium; aantal afdelingen met patiënten 70 jaar of ouder

	Afdelingen waar meer dan 80% is gescreend	Afdelingen met patiënten 70 jaar of ouder	Percentage afdelingen met systematische screening
Aantal instellingen	88		
Gemiddeld	12	13	92,1%
Standaarddeviatie	8	9	13,1%
Mediaan	10	11	100%
P10	4	5	79,6%
P90	19	22	100%
Min	1	1	31,3%
Max	50	50	100%
Totaal	1.050	1.154	

Figuur 8.3.1.1

Percentage patiënten bij wie met de methoden van indicator 8.3.1 'Risico op delirium' is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium (teller indicator 8.3.1), aangevuld met de patiënten bij wie op andere wijze een delirium is vastgesteld



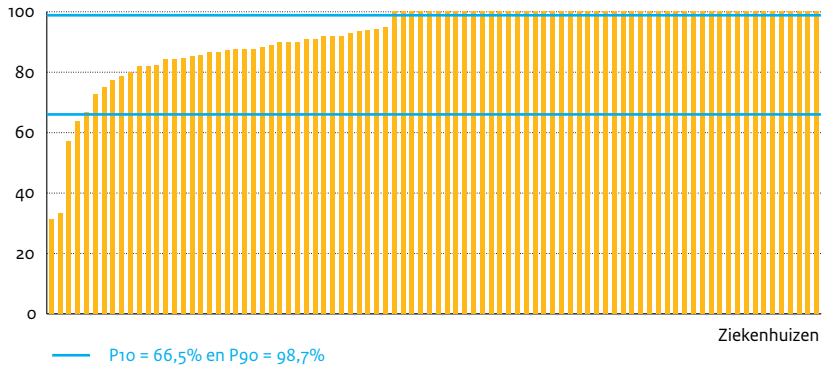
Tabel 8.3.1.2

Aantal en percentages bewaking delirium

	Patiënten die tenminste eenmaal met de DOSS of CAM is geobserveerd	Patiënten met vastgesteld verhoogd risico op delirium	Percentage
Alleen patiënten uit screening	59		
Gemiddeld	1.406	1.698	82,9%
Standaarddeviatie	1.454	1.674	13,4%
Mediaan	1.094	1.298	84,6%
P10	77	85	66,5%
P90	3.004	3.588	98,7%
Min	3	6	33,3%
Max	6.975	8.294	100%
Totaal	120.919	146.064	

Figuur 8.3.1.2

Percentage afdelingen of, in het geval van preoperatieve screening, poliklinieken, waar bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder bij opname een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier



De P10 van de indicator Risico op delirium was 79,6%. De volgende negen ziekenhuizen hadden een percentage lager dan P10: VUmc (Amsterdam) 31,3%, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) (33,3%), LUMC (Leiden) (57,1%), HMC (Den Haag) (63,6%), ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) (66,7%), Waterlandziekenhuis (Purmerend) (72,7%), Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) (75,0%), Radboudumc (Nijmegen) (77,3%) en AMC (Amsterdam) (78,6%). De P90 van de indicator was 100% en 50 ziekenhuizen (55,6%) voldeden hieraan.

De P10 van de indicator Screening en observatie van delirium was 66,5%. De volgende negen ziekenhuizen hadden een lager percentage dan P10: Het Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) (33,3%), Oogziekenhuis (Rotterdam) (50%), Westfriesgasthuis (Hoorn) (50,6%), Maastricht UMC+ (Maastricht) (52,0%), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (56,7%), LUMC (Leiden) (60,5%), UMC Utrecht (Utrecht) (62,1%), Sint Maartenskliniek (Nijmegen) (65,8%), Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) (66,4%). De P90 van de indicator was 98,7% en negen ziekenhuizen hadden een hoger percentage.
Vijf ziekenhuizen gaven aan geen afdelingen te hebben waar structureel gescreend wordt op delirium. Deze ziekenhuizen waren: Sint Maartenskliniek (Boxmeer), Zuidwest Radiotherapeutisch Instituut (Vlissingen en Roosendaal), Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden), MAASTRO clinic (Maastricht) en Instituut Verbeeten (Tilburg). De Sint Maartenskliniek verklaarde in de toelichting: *"Patiënten van de Maartenskliniek worden opgenomen op de verpleegafdeling van het Maasziekenhuis Pantein. Voor de beantwoording van deze indicator wordt verwezen naar de beantwoording van het Maasziekenhuis."* De andere ziekenhuizen gaven geen toelichting.

Aandachtspunten

Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) rapporteerde zeventien afdelingen (100%) en heeft een percentage op Screening op en observatie van een delirium van 33,3%. Ziekenhuis Rivierenland gaf geen toelichting. Ziekenhuis Rivierenland had in verslagjaar 2015 geen data aangeleverd en gaf hierop de volgende toelichting: *"Er is bekend dat er getrieerd wordt voor delier. Dat wordt hersteld en het beleid wordt in het EPD doorvertaald."* De inspectie had met deze achtergrond en het lage percentage zeker een toelichting van Ziekenhuis Rivierenland verwacht. Ziekenhuis Rivierenland heeft Screening op en observatie van een delirium niet binnen een jaar afdoende kunnen implementeren en er wordt niet gesproken over verbetermaatregelen.
Het Oogziekenhuis (Rotterdam) rapporteerde één afdeling (100%) en heeft een percentage van Screening op en observatie van een delirium van 50%. De data zijn opmerkelijk te noemen. Het aantal patiënten dat met de DOSS of CAM tenminste één maal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium was drie en het aantal patiënten bij wie is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium was zes. Het oogziekenhuis geeft hierop geen toelichting. Het ziekenhuis doet er goed aan haar eigen data (nogmaals) te analyseren.
Het Westfriesgasthuis (Hoorn) rapporteerde tien afdelingen (100%) en heeft een percentage Screening op en observatie van een delirium van 50,6%. Het Westfriesgasthuis verklaarde in hun toelichting: *"DOSS-meting wordt nog onvoldoende adequaat gemeten. Voor verslagjaar 2017 zijn verbeteringen doorgevoerd."* Een percentage van 50,6% is echt onder de maat. De inspectie kijkt uit naar het resultaat van de doorgevoerde verbetermaatregelen.
Maastricht UMC+ (Maastricht) rapporteert negentien afdelingen waar patiënten van 70 jaar en ouder worden opgenomen en waar op alle afdelingen gescreend werd op delirium (100%). Op de indicator Screening op en observatie van een delirium had Maastricht UMC+ op drie na het laagste percentage (51%). Het Maastricht UMC+ gaf in de toelichting het volgende aan: *"Alle opgenomen patiënten worden gescreend middels TRAnsmuraal Zorg Assessment Geriatrie-intramuraal (TraZAG-i) en follow-up via DOSS. Inrichting van Kennisplein, een portal voor verpleegkundigen waarop verschillende informatie te vinden is over het delirium, de screening hierop, de*

preventie en behandeling en nazorg. Proactieve consultatie is verder uitgezet, waardoor verpleegkundig specialisten pro-actief op zoek gaan naar kwetsbare ouderen (en deze populatie is ook at risk voor een delirium). Nazorgpoli delirium is opgestart in 2015. Aanstelling van promovenda die onderzoek gaat doen naar de beleving van patiënten en de mogelijke preventie." De inspectie is verheugd dat er veel aandacht is voor screening op en observatie van een delirium in het Maastricht UMC+, maar het percentage op Screening op en observatie van een delirium is laag en verbetermaatregelen moeten leiden tot verbetering. De inspectie volgt dit proces met aandacht.

Positieve geluiden

Tot slot een aantal positieve geluiden vanuit het veld: Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) (100%): *"In het Antoni van Leeuwenhoek worden patiënten door middel van de DOSS gescreend op delirium. Bij ons worden oudere patiënten, in verband met een hoog risico, standaard gescoord op delier."* VieCuri (Venlo en Venray) (99,9%): *"In 2016 werden 5.539 kwetsbare ouderen gescreend op het risico van een delier. Daarvan hadden 2.148 patiënten een verhoogd risico. Voor 2.145 patiënten heeft een vervolgonderzoek plaatsgevonden met behulp van de DOSS-schaal."* Deventer Ziekenhuis (Deventer) (91,7%): *"In de preoperatieve screening wordt een verhoogd risico op delier gedetecteerd. Bij opname wordt hiervoor de VMS-bundel gebruikt."* Laurentius Ziekenhuis (Roermond) (80,3%): *"Er is vanuit de Geriatrieverpleegkundigen / verpleegkundig specialist continue ondersteuning / advisering naar de verpleegafdelingen ingericht."* MCL (Leeuwarden) (77,7%): *"Het MCL heeft ervoor gekozen om de VMS-screeningsbundel kwetsbare ouderen uniform toe te passen."* St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) (74,0%): *"In 2015 was het percentage gebaseerd op tenminste drie meetmomenten bij een patiënt met een verhoogd risico op delier. (Vanuit wetenschappelijk oogpunt is deze screening pas valide wanneer er tenminste drie meetmomenten met de DOSS plaatsvinden bij de patiënt). Bovenstaande cijfers zijn gebaseerd op de indicator van de inspectie: tenminste één meetmoment. Intern houdt het ziekenhuis het percentage aan voor tenminste drie meetmomenten. Deze cijfers zijn daarnaast gebaseerd op een continue meting bij elke opgenomen patiënt."*

Opmerkingen

De indicator Risico op delirium werd in 2016 voor het laatst uitgevraagd. De indicator Screening op en observatie van een delirium blijft behouden voor de ziekenhuizen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief laag (voor 2016: minder dan 79,6%)

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

Het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2016: minder dan 66,5%)

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

8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 8.4.

Indicatoren

8.4.1 Ziekenhuisbrede pijnmeting

Inleiding

Tijdig signaleren en behandelen van pijn is een belangrijk deel van het zorgproces. Pijn kan zowel een teken zijn alsook aanleiding geven tot complicaties. Pijnmeting rond de operatie is al een aantal jaar een indicator voor de kwaliteit van zorg. Omdat ook patiënten die niet geopereerd zijn pijn kunnen hebben en dit invloed heeft op hun welbevinden en herstel, is de indicator pijnmeting ontwikkeld. Door ziekenhuisbrede pijnmeting kan pijn effectiever worden bestreden. De indicator bevat drie structuurvragen. Met deze indicator probeert de inspectie inzicht te krijgen in het belang dat een ziekenhuis hecht aan het diagnosticeren en behandelen van pijn bij patiënten.

Resultaten

94 ziekenhuizen leverden gegevens voor deze indicator aan. 88 ziekenhuizen beschikten over een ziekenhuisbreed protocol voor de detectie en behandeling van pijn dat (onder centrale regie) gebruikt wordt door de relevante niet postoperatieve afdelingen. De twee ziekenhuizen (Admiraal de Ruyterziekenhuis (Goes en Vlissingen) en het Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) die nog niet over een dergelijk ziekenhuisbreed protocol beschikten, gaven aan dat dit nog in ontwikkeling is en dat ze voor specifieke patiëntengroepen wel werken met ziekenhuisbrede pijnprotocollen.
91 ziekenhuizen beschikten over een pijnservice die ook voor niet-postoperatieve patiënten wordt geraadpleegd. Sint Maartenskliniek (Nijmegen) lichtte toe dat een pijnservice in ontwikkeling is. Alexander Monro Borstkankerziekenhuis (Bilthoven) gaf aan dat de indicator niet van toepassing is op het ziekenhuis [alle opgenomen patiënten zijn postoperatief]. Het Oogziekenhuis (Rotterdam) gaf de volgende toelichting: *"Bij alle klinische niet-operatieve patiënten wordt pijnmeting volgens het pijnprotocol uitgevoerd. Als er aanleiding voor is, wordt er in overleg met de anesthesioloog aanvullende pijnmedicatie voorgeschreven. In Het Oogziekenhuis hebben patiënten geen dermate hevige pijn dat een aparte pijnservice nodig is."*
91 ziekenhuizen hebben een ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin pijnscores worden vastgelegd. Naast het Alexander Monro Borstkanker Ziekenhuis gaven twee ziekenhuizen (Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) en Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch)) aan (nog) niet te beschikken over een klinisch EPD. De indicator zal bij Jeroen Bosch Ziekenhuis medio 2016 geïmplementeerd worden over een afgesproken tijdsperiode.

Aandachtspunten

Uitzonderlijke uitslagen vragen een specifieke toelichting

Vrijwel alle ziekenhuizen gaven aan alle onderdelen van deze indicator volledig ingevuld te hebben. De enkele ziekenhuizen die op dit onderdeel nog geen resultaten hebben kunnen boeken, krijgen dan ook extra aandacht. Het is dan onverstandig om twee jaar achtereen vrijwel dezelfde toelichting te geven. Het Admiraal de Ruyterziekenhuis doet dat toch: in 2015: *"Geen ziekenhuisbreed protocol met betrekking tot postoperatieve pijn. Wel wordt gewerkt conform nationale richtlijnen. Binnen het ziekenhuis wordt momenteel gewerkt aan een dergelijk protocol. De verwachting is dat dit protocol medio 2016 is opgesteld."* In 2016: *"De vakgroepen anesthesie, chronische pijnbestrijding, oncologie en neurologie werken aan een ziekenhuisbreed protocol. Daarnaast wordt een pijnconsulent opgeleid die een centrale rol krijgt in de (niet-)postoperatieve pijnbehandeling."* Het is niet automatisch zo dat een ziekenhuis dat als laatste van Nederland een voorziening inricht slechte zorg levert. In de toelichting moet dan wel duidelijk zijn welke bijzondere omstandigheden hebben geleid tot een uitzonderlijke vertraging.

Indicator ziekenhuisbrede pijnmeting multidisciplinair doorontwikkelen

De beide indicatoren over pijnmeting zullen in 2018 vervangen worden door één indicator over het ziekenhuisbrede pijnbeleid. In 2016 en 2017 heeft een brede werkgroep een nieuwe indicator opgesteld. Het is een van de eerste werkgroepen waarin specialisten en verpleegkundigen formeel samen een nieuwe indicator voor de Basisset ontwikkelen. Dat is een nieuwe mijlpaal in de multidisciplinaire ontwikkeling van indicatoren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

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

- Beschikt het ziekenhuis wel over een pijnservice die voor postoperatieve patiënten geraadpleegd kan worden?
- Is het ziekenhuis voornemens om een pijnservice die ook voor niet-postoperatieve patiënten geraadpleegd kan worden te implementeren?

– Hoe worden niet-postoperatieve patiënten met pijn geïdentificeerd?
– Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid en tot welke verbeteracties heeft dat geleid?

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

Het ziekenhuis beschikt over een ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin pijnscores worden vastgelegd, maar dit is geen digitaal systeem waaruit op een geaggregeerd niveau stuurinformatie gehaald kan worden (buiten scope indicator)
– Hoe stuurt het ziekenhuis op pijnscores? Wordt de PDCA-cyclus doorlopen om de kwaliteit van de pijnbehandeling te verbeteren?

9 Oncologie

9.1 Continuïteit in de keten

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 9.1.

Indicator

9.1.1 Vast aanspreekpunt in de oncologische keten [voor borstkanker en darmkanker]

Inleiding

De zorg binnen de oncologische keten is complex. Vaak zijn er meerdere professionals en organisaties bij betrokken. Om continuïteit te kunnen waarborgen, is het van belang dat er een duidelijk aanspreekpunt is voor de oncologische patiënt. Dit aanspreekpunt of deze casemanager zorgt voor adequate communicatie met de patiënt over het totaal van beleid en proces. Het risico van het ontbreken van een vast aanspreekpunt is tegenstrijdige berichtgeving aan de patiënt. Deze heeft hierdoor meer problemen bij het invullen van zijn rol in de gezamenlijke besluitvorming ('joint decision making').

Resultaten

82 ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd over het zorginhoudelijk aanspreekpunt voor borstkanker, 76 voor het aanspreekpunt voor darmkanker.
Het Alexander Monro ziekenhuis (Bilthoven) is gespecialiseerd in de behandeling van borstkanker. Vijf ziekenhuizen konden geen data aanleveren omdat zij nog geen zorginhoudelijk aanspreekpunt hadden ontwikkeld in 2016 en/of het aanspreekpunt niet duidelijk hebben vastgelegd.
Negen instellingen gebruikten een steekproef voor het vaststellen van de indicator, meestal met als toelichting dat het niet systematisch was vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Het Radboudumc gaf de volgende toelichting bij de (1) patiënt waaruit de steekproef bestond: *"Conform protocol is er voor iedere patiënt met borstkanker een verpleegkundig specialist/casemanager als zorginhoudelijk aanspreekpunt aangesteld. In het EPD is dit niet in discrete velden vastgelegd en daarmee niet als stuurinformatie uit het systeem te halen."*

Borstkanker

Tabel 9.1.1.1

Zorginhoudelijk aanspreekpunt en patiënten met borstkanker

	Patiëntendossiers borstkanker zorginhoudelijke aanspreekpunt	Patiëntendossiers van patiënten met borstkanker	Percentages
Aantal	82		
Gemiddeld	233	240	97,6%
Standaarddeviatie	164	169	7,4%
Mediaan	183	186	100%
P10	93	94	92,8%
P90	467	530	100%
Min	1	1	61,7%
Max	791	791	100%
Totaal	19.131	19.703	

Darmkanker

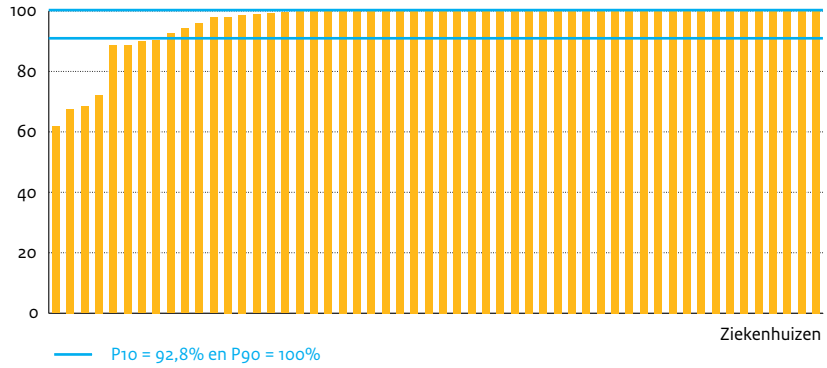
Tabel 9.1.1.2

Zorginhoudelijk aanspreekpunt en patiënten met darmkanker

	Patiëntendossiers darmkanker met aanspreekpunt	Patiëntendossiers darmkanker	Percentages
Aantal instellingen	76		
Gemiddeld	259	265	96,7%
Standaarddeviatie	431	430	12,2%
Mediaan	148	160	100%
P10	52	5	94,8%
P90	475	475	100%
Min	1	1	61,7%
Max	791	791	100%
Totaal	19.653	20.114	

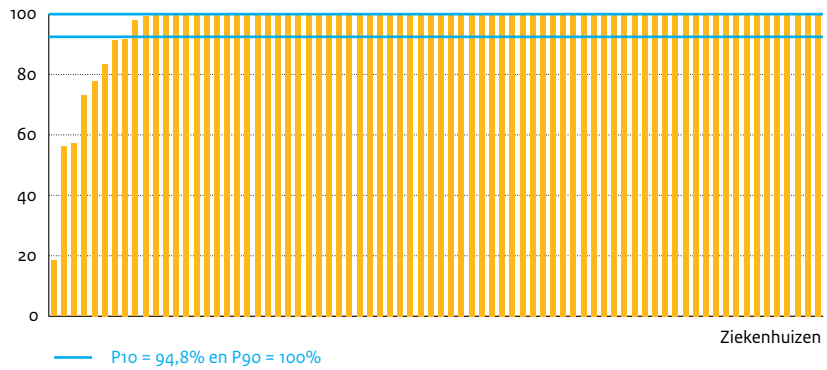
Figuur 9.1.1.1

Percentage vast aanspreekpunt in de oncologische keten borstkanker



Figuur 9.1.1.2.

Percentage vast aanspreekpunt in de oncologische keten darmkanker



Aandachtspunten

Wat is het risico van fractionering?

Fractionering van de zorg is een van de vaker genoemde risico's in het risicoprofiel voor de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2017*. Dat is goed te begrijpen. Door toegenomen kennis neemt de noodzaak van specialisatie toe. Door toegenomen specialisatie neemt de noodzaak voor instellingen om een profiel te kiezen toe. Meer patiënten worden behandeld op meer plaatsen door meer mensen. Zorgverleners lossen dat (deels) op door multidisciplinair te (gaan) overleggen. In de *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling* is een rol weggelegd voor een contactpersoon/regisseur voor de patiënt. Deze helpt de patiënt de weg te vinden bij complexe aandoeningen. Dit is een andere rol dan de hoofd-behandelaar, omdat deze in de verschillende fasen van de behandeling zal wisselen.

Het kan natuurlijk wel zo zijn dat één van de hoofdbehandelaars deze rol op zich neemt voor het complete traject.

Eén of meer contactpersonen?

Tijdens het onderzoek van de inspectie naar de oncologische keten in 2007 was de uitgangssituatie duidelijk. Als er een contactpersoon was, veranderde die per fase van de behandeling. De mammaverpleegkundige was verantwoordelijk voor de contacten tijdens de chirurgische behandeling, de radiotherapeut en laborant tijdens de radiotherapie en de medisch oncoloog tijdens de chemotherapie. Er werden toen geen overdachten tussen fasen in de behandelingen aangetroffen waarin het contact met de patiënt systematisch besproken werd. Ook kwam het regelmatig voor dat er fasen in de behandeling waren waarbij er geen specifiek aanspreekpunt was voor de patiënt. Op het eerste gezicht is de situatie in 2016 duidelijk anders. Het grootste deel van de ziekenhuizen geeft aan contactpersonen te hebben. Het is lang niet altijd duidelijk of dit één contactpersoon is voor de gehele behandeling of dat er meer contactpersonen zijn voor de verschillende fasen. Soms is dat wel af te leiden. Zowel het Medisch Centrum Leeuwarden als het Radiotherapeutisch Instituut Friesland beide te Leeuwarden geven aan voor 100% te beschikken over een contactpersoon. Het radiotherapeutisch centrum geeft daarbij aan dat de radiotherapeut altijd de contactpersoon is. Het is dan duidelijk dat er meerdere contactpersonen moeten zijn gedurende de behandeling. De afdeling oncologie van de V&VN die deze indicator ontwikkelde, had als doel het bevorderen van het ontstaan van één contactpersoon voor de hele keten. Het hier gepresenteerde resultaat is dan ook een tussenstation. Ja, het is state of the art om een contactpersoon te hebben, maar nee, het is (nog) niet overal één persoon[25] voor de hele keten.

Is die coördinator te vinden?

Ook hier is een uitgangssituatie bekend vanuit 2007. In de patiëntendocumentatie was altijd een contactpersoon terug te vinden vanuit de patiënt. Iemand die gebeld kon worden uit de sociale omgeving van de patiënt. De hoofdbehandelaar was altijd terug te vinden. Een contactpersoon voor de patiënt was nooit onder die naam te vinden in het medisch dossier. Mammaverpleegkundigen waren zeer vaak aanwezig en hadden vaak hun eigen dossier. Soms was er een telefoonnummer dat de patiënt kon bellen als er problemen waren, maar dat kon ook het algemene nummer van het ziekenhuis zijn. Het idee bij het ontwerpen van de indicator was dat een contactpersoon vindbaar moet zijn. Het moet helder zijn voor behandelaars en patiënt wie het is. Het heeft weinig zin om een contactpersoon aan te stellen als deze niet op de hoogte is van belangrijke mededelingen die aan de patiënt worden gedaan. Dat is niet voor alle ziekenhuizen helder: *"Het beleid van het Antonius Ziekenhuis WAAR? is dat alle patiënten met darmkanker gezien worden door een verpleegkundig specialist/consulent. In verslagjaar 2016 werd dit voor darmkanker nog niet goed geregistreerd. De aangeleverde waarde geeft*

[25] Onder een persoon kan in dit geval ook verstaan worden één samenwerkend en onderling overdragende groep personen die zich gedragen als één contactpersoon naar de patiënt.

daarmee een vertekend beeld van de werkelijkheid." De werkelijkheid is hier dus dat er wel een contactpersoon is, maar dat deze niet vindbaar is. Het eerste deel is dus een prima toelichting op de indicator. Het tweede deel gaat er ten onrechte van uit dat het alleen voor de indicator interessant is om de contactpersoon te kunnen vinden. De inspectie ziet dat probleem overigens veel vaker. Goed vastleggen kost tijd, zaken niet terug kunnen vinden ook. Ook dat is een deel van de werkelijkheid.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan de indicator niet goed te kunnen berekenen omdat de gegevens niet terug te vinden zijn in het EPD. Dit geldt ook voor instellingen die een steekproef gebruiken.

- Op welke wijze wordt gewaarborgd dat andere zorgverleners het aanspreekpunt snel kunnen vinden op het moment dat zij mededelingen doen aan de patiënt?
- Op welke momenten dient het aanspreekpunt te worden ingeschakeld?

Het percentage dossiers met een contactpersoon is laag

- Op welke wijze wordt bepaald wie wel en wie niet een contactpersoon toegewezen krijgt?
- Op welke wijze wordt eenheid van communicatie bereikt bij een patiënt zonder vast aanspreekpunt?

9.2 Borstkanker

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 9.2.

Indicatoren

9.2.1 Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten
9.2.2 Borstimplantaten
9.2.3 Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)

Wat zijn de risico's?

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland en een belangrijke doodsoorzaak[26]. Omdat borstkanker een grote groep patiënten treft en de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de geleverde kwaliteit van de zorg. Met de indicator 'Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten' wordt aandacht besteed aan andere fasen van de behandeling bij borstkanker, niet de chirurgie betreffende.
De indicator 'Borstimplantaten' kijkt naar een latere fase van de behandeling, de reconstructie van de borst met een implantaat. Bij complicaties kan het noodzakelijk zijn om het implantaat te verwijderen, te 'explanteren'. Een van de oorzaken daarvan is een infectie. Een goede operatietechniek en infectiepreventie kan het aantal complicaties verlagen.
Het is belangrijk om problemen snel te herkennen. Daarbij is een goede registratie belangrijk. Bij een onvolledige registratie bestaat het risico dat vermijdbare problemen laat worden ontdekt. Patiënten kunnen daarbij schade oplopen die vermijdbaar was geweest. Dit is de reden voor de indicator 'Deelname aan de DBIR'.

Resultaten

Wachttijd tussen diagnose en aanvang neoadjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten

83 ziekenhuizen leverden data. Deze indicator bevat informatie verzameld in de DBCA[27]. Enkele ziekenhuizen vermelden in de toelichting dat *"IKNL[28] laat weten dat de NBCA-indicatoren van de DICA[29] mogelijk fouten bevatten. Ondanks gezamenlijke effort een oplossing te vinden binnen de reguliere routing is geconcludeerd dat discrepanties waargenomen kunnen worden tussen IKNL en DICA."*
Er is geen informatie over de aard van de fouten en tot welke discrepanties dat kan leiden.

[26] IKNL. Mammacarcinoom. Kankerzorg in beeld. Januari 2014.
[27] DBCA is opgegaan in NABON Breast Cancer Audit (NBCA).
[28] IKNL: Integraal Kankercentrum Nederland
[29] DICA: Dutch Upper GI Cancer Audit

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

In 2016 gaven 83 ziekenhuizen in totaal aan 2.354 (2015: 2.345) patiënten neo-adjuvante chemotherapie. Dit zijn negen patiënten meer dan in 2015, 448 patiënten meer dan in 2014 en 793 patiënten meer dan in 2013. De groei in het aantal patiënten en daarmee de verspreiding van deze vorm van therapie is daarmee tot staan gekomen. Dit aantal wordt wel beïnvloed door het uitvallen van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis (Amsterdam) dat normaal gesproken het grootste aantal patiënten behandelt. Het Antoni van Leeuwenhoek gaf informatie waar de inspectie niet om had gevraagd (zie aandachtspunten). Zij waren in 2013, 2014 en 2015 het ziekenhuis met het grootste aantal patiënten. Mogelijk is er dus nog steeds sprake van ontwikkelingen op dit gebied[30].
De spreiding tussen ziekenhuizen is net als in 2015 groot: van één patiënt tot 86 patiënten per jaar die in het verslagjaar als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie kregen voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief mammacarcinoom (figuur 9.2.1.2). De Treant Zorggroep, locatie Scheper Ziekenhuis (Emmen), behandelde twee patiënten, beiden na vijf weken, zonder toelichting. De Flevoziekenhuis/AMC-combinatie gaf als toelichting dat het IKNL had aangegeven dat er problemen waren met de aanlevering van de data. Aangezien zij een van de ziekenhuizen zijn met het laagste percentage kan de werkelijke gemiddelde situatie mogelijk beter zijn. Gemiddeld werd bij 84,3% (2015: 81,8%) van de patiënten binnen vijf weken na de diagnose gestart met de neo-adjuvante chemotherapie. Dit percentage liep uiteen van 25% tot 100% (in 2015, 25-100%, in 2014 24% tot 100%) (figuur 9.2.1.2). 19 ziekenhuizen gaven aan dat bij 100% van de patiënten binnen vijf weken na de diagnose gestart was met de neo-adjuvante chemotherapie. Het ziekenhuis waar dit percentage het laagst was, was het St. Jans Gasthuis (Weert) met 25%. Dit ziekenhuis gaf geen toelichting.

[30] 30 Het Antoni van Leeuwenhoek heeft de data nagezonden: 154 van de 175 patiënten werden binnen de termijn behandeld: 88%. Het totaal is dan 2.529, een toename van 184 ten opzichte van 2015. De toename is daarmee gehalveerd, maar niet gestopt.

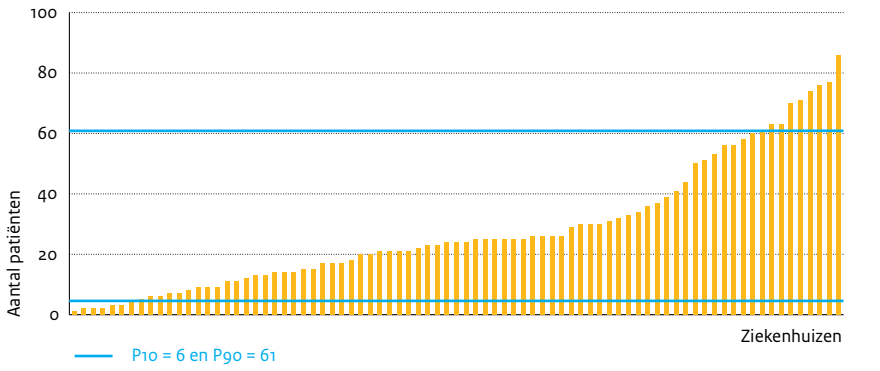
Tabel 9.2.1.1

Aantal patiënten met neo-adjuvante cytostatica

	Gestart binnen 5 weken	Patiënten met neo- adjuvante therapie	Percentages
Aantal instellingen	83		
Gemiddeld	24	28	84,3%
Standaarddeviatie	18	21	15,7%
Mediaan	20	24	86,7%
P10	5	6	70,3%
P90	52	61	100%
Min	0	1	0%
Max	71	86	100
Totaal	1.956	2.354	

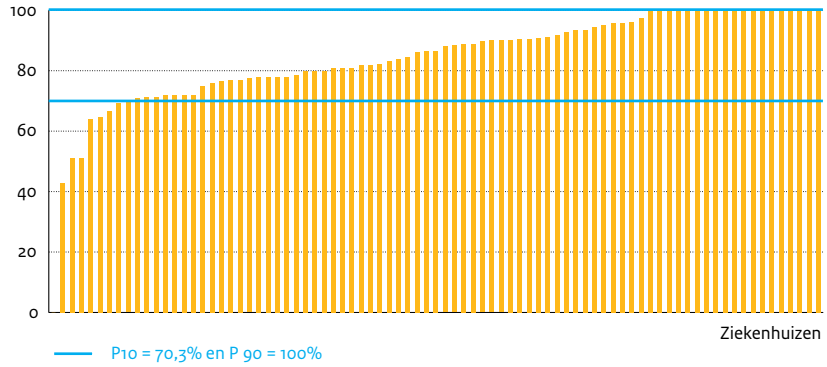
Figuur 9.2.1.1

Aantal patiënten met neo-adjuvante cytostatica



Figuur 9.2.1.2

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



Borstimplantaten

Prothesen of expanders voor reconstructie geplaatst in dezelfde operatie als de mastectomie. 72 ziekenhuizen leverden data voor de indicator over borstimplantaten, waaronder twee instellingen die meldden geen implantaten te hebben geplaatst. De Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Vlietland Ziekenhuis (Schiedam) meldde dat alle patiënten behandeld werden in het Sint Franciscus.
Zowel de DICA als de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen gaf aan dat er problemen waren met het aanleveren van gegevens. Dit werd vooral zichtbaar door het veel lagere aantal explantaties dan verwacht. Zij hebben daarom de data niet aan de ziekenhuizen geleverd. Ziekenhuizen hebben vervolgens de data uit eigen bronnen geleverd. Dat kan de data minder betrouwbaar maken, omdat zij er immers op gerekend hadden deze data zonder additionele inspanning uit de registratie te krijgen. Het Sint Franciscus geeft de volgende toelichting: *"Dit is het eerste jaar dat de indicator op deze manier wordt uitgevraagd. DICA heeft aangegeven de indicatoren niet betrouwbaar te achten."* De inspectie heeft er daarom voor gekozen de data wel weer te geven, maar nog niet als een indicator voor toezicht te gebruiken.

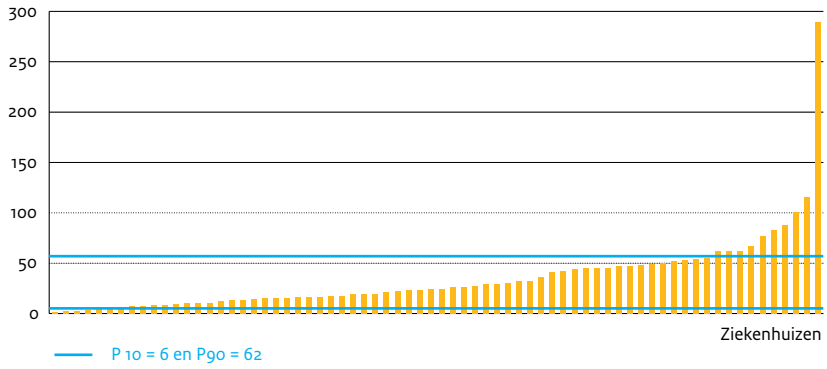
Tabel 9.2.2.1

Aantal geëxplanteerde en geplaatste implantaten

	Geëxplanteerde implantaten[31]	Geplaatste implantaten	Percentages
Aantal instellingen	72		
Gemiddeld	1,5	34,1	3,8%
Standaarddeviatie	2,2	39,4	4,5%
Mediaan	0,5	23,5	2,1%
P10	0	6	0%
P90	5	62	10,1%
Min	0	0	0
Max	9	289	9%
Totaal	109	2.458	

Figuur 9.2.2.1

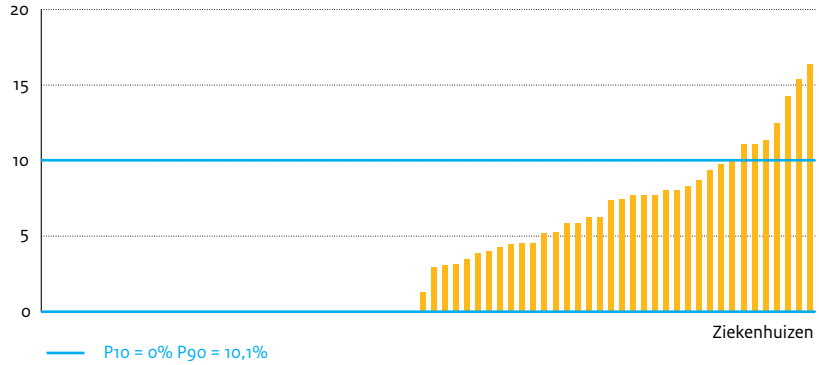
Totaal aantal implantaten



[31] Een implantaat wordt als een prothese en expander bedoeld.

Figuur 9.2.2.2

Percentage geëxplanteerde implantaten



Implantaten voor reconstructieve doeleinden geplaatst in een separate operatie na mastectomie
67 ziekenhuizen gaven informatie over deze indicator. Dit is een zeldzamer ingreep dan de reconstructie in dezelfde ingreep (ongeveer 30%). De aantallen geëxplanteerde implantaten zijn dan ook veel kleiner.

De opmerkingen over de betrouwbaarheid van de data zijn ook van toepassing op deze indicator!

Net als bij de protheseplaatsing tijdens de mastectomie, gaven de DICA en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen voor de separaat hiervan geplaatste implantaten aan dat er problemen waren met het aanleveren van gegevens: ook deze data zijn niet aan de ziekenhuizen geleverd. Ziekenhuizen hebben vervolgens de data uit eigen bronnen geleverd, met een mogelijk effect op de databetrouwbaarheid, omdat zij erop rekenden deze data uit de DICA-registratie te krijgen.
De inspectie heeft er daarom voor gekozen de data wel weer te geven, maar nog niet als een indicator voor toezicht te gebruiken.

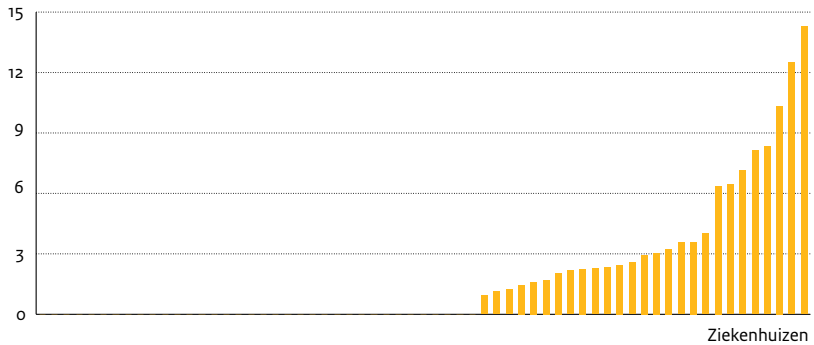
Tabel 9.2.2.2

Het aantal implantaten geplaatst in aparte ingreep

	Geëxplanteerde implantaten binnen 60 dagen	Geplaatste implantaten	Percentage
Aantal instellingen	67		
Gemiddeld	0,4	12	3,2%
Standaarddeviatie	0,9	16	7%
Mediaan	0	7	0%
P10	0	0	0%
P90	1	32	10,8%
Min	0	0	0%
Max	5	92	33%
Totaal	26	818	

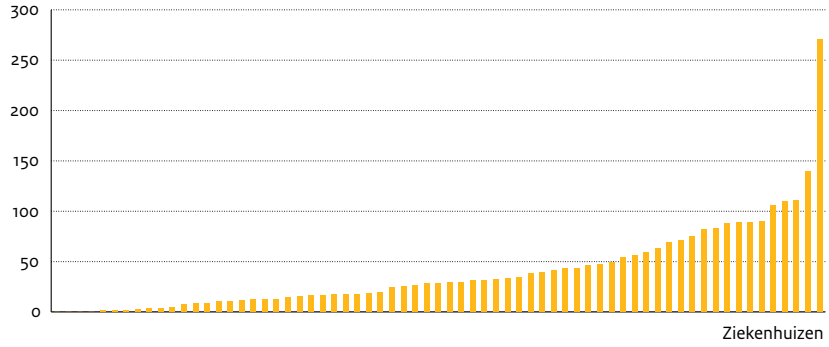
Figuur 9.2.2.3

Het aantal implantaten geplaatst in aparte ingreep



Figuur 9.2.2.4

Percentage geëxplanteerde implantaten in aparte ingreep



Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)

Tabel 9.2.3.1

Aantal volledig geregistreerde implantaten

	Volledig geregistreerde implantaten	Ingebrachte implantaten	Percentage
Aantal instellingen	65		
Gemiddeld	111	118	89,0%
Standaarddeviatie	95	96	24,3%
Mediaan	85	90	100%
P10	23	26	61,8%
P90	218	232	100%
Min	8	8	0,6%
Max	512	512	100%
Totaal	7.082	7.534	

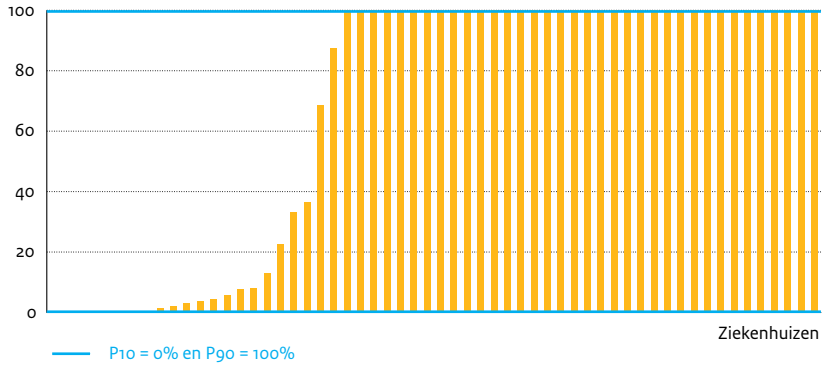
Tabel 9.2.3.2

Aantal geregistreerde explantaties

	Geregistreerde explantaties	Aantal explantaties	Percentage
Gemiddeld	10	23	67,2%
Standaarddeviatie	17	32	44,7%
Mediaan	5	11	100%
P10	0	1	0,0%
P90	21	72	100%
Min	0	0	0,0%
Max	88	147	100%
Totaal	612	1.443	

Figuur 9.2.3.1

Percentage geëxplanteerde implantaten in de DBIR



Aandachtspunten

Indicatoren met gelijke namen zijn zeker niet altijd gelijk

Het zal niemand ontgaan zijn dat er meerdere indicatorensystemen actief zijn in Nederland. Hoewel deze steeds dichter bij elkaar zijn gekomen qua logistiek, loopt de organisatie nog steeds niet synchroon. Indicatoren voor de Basisset ziekenhuizen zijn altijd gepubliceerd in augustus van het jaar vóór het registratiejaar. De indicator blijft dan, op zeldzame uitzonderingen na, constant over het registratiejaar. Dat vraagt een voorbereidingstraject

van meer dan twee jaar vanaf het eerste concept op basis van een gevonden risico tot een gepubliceerde indicator. Het blijkt vaak moeilijk om zo veel verschillende partijen op één koers te houden.
Omdat Basissetindicatoren zo veel mogelijk worden overgenomen uit bestaande registraties volgt zo'n indicator de wijzigingen in een indicator als een kwaliteitsregistratie die in de tussentijd publiceert. Dat is bedoeld om definities constant en resultaten vergelijkbaar te houden. Het is expliciet niet bedoeld om compleet nieuwe indicatoren over te nemen die halverwege het jaar onder eenzelfde naam worden gepubliceerd.

Medio 2016 werd een nieuwe indicator over het interval tussen diagnose en start van de behandeling gepubliceerd door de NABON. Het percentage patiënten met een wachttijd langer dan vijf weken werd vervangen door de mediane wachttijd. Dat lijkt een klein verschil, maar dat is het niet. Een toezichthouder moet zich vooral richten op de grenzen van de kwaliteit van zorg. Daarbij is het belangrijk dat er geen patiënten zijn die onnodig lang moeten wachten. De mediaan geeft aan wat het interval is bij 50% van de patiënten. Dat is voor een toezichthouder veel minder relevante informatie. Gelukkig is dat voor bijna elk ziekenhuis in Nederland duidelijk. Zij geven de informatie zoals die over 2016 gevraagd werd. Alleen het Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) geeft de nieuwe indicator in het toelichtingveld van de uitgevraagde indicator. Omdat het de grootste gebruiker van neoadjuvante therapie is (10% van het landelijk totaal) betekent dat ook dat trends in het gebruik voor 2016 onbetrouwbaar zijn. Het ziekenhuis gebruikt daarbij als verklaring: *"Bij verschillen tussen deze indicator en de indicator zoals die in de NABON staat, is de tekst van de NABON indicator leidend."* Naar de letter genomen is dit dus toegestaan. Voor alle duidelijkheid: dit is zeker niet in de geest van de afspraak. De tekst dient gelezen te worden als: wijzigingen in in- en exclusiecriteria in de Nabonset zullen worden overgenomen, niet onafgestemde veranderingen van complete indicatoren. Overigens kwam er gelukkig goed overleg tot stand met het Antoni van Leeuwenhoek, waardoor de data alsnog snel beschikbaar kwamen.

Voor instellingen niet altijd duidelijk voor wie ze registeren

De inspectie heeft vorig jaar besloten om het aantal indicatoren voor borstkanker sterk te beperken, omdat de verschillen tussen de instellingen waren afgenomen. In het voorjaar van 2017 ontstond er onrust over verschillen in de registratie tussen IKNL en DICA. De inspectie kreeg een overzicht van het Alexander Monro ziekenhuis (Bilthoven) om de verschillen tussen de beide registraties te laten zien. Dat overzicht is ook prima geschikt om de verschillen tussen de administratieve lasten tonen. In het overzicht zijn 48 indicatoren opgenomen voor 2016. Slechts één daarvan is voor de inspectie. Het is voor de instelling gezien de begeleidende tekst niet duidelijk dat de 47 andere indicatoren een ander doel hebben dan toezicht. Het is dan ook wenselijk om meer te differentiëren in de discussie over de lasten die door de verschillende indicatorsystemen veroorzaakt worden en niet alles op één hoop te gooien. Welk doel dienen de verschillende indicatoren? Wat moeten ze opleveren? Daar moet het over gaan. Hier zorgt de inspectie in ieder geval dus maar voor 2,1% van de administratieve last.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom dat uiterlijk vijf weken na de PA-diagnose is gestart met neo-adjuvante chemotherapie is relatief laag of relatief hoog (voor 2016: minder dan 70,3% respectievelijk 100%)

– Welk beleid heeft het ziekenhuis voor het invoeren van nieuwe behandelmethoden?
– Heeft het ziekenhuis een risicoanalyse of evaluatie op nieuwe behandelmethoden uitgevoerd?

9.3 Longcarcinoom

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 9.3.

Indicator

9.3.1 Deelname aan [drie delen van de] multidisciplinaire kwaliteitsregistratie Dutch Lung Cancer Audit (DLCA)

Inleiding

Sinds 2012 bestaat de Dutch Lung Cancer Audit-Surgery (DLCA-S), waarin de resultaten van longoperaties verricht door longchirurgen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) worden geëvalueerd. In 2015 hebben de cardiothoracaal chirurgen van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) zich hierbij aangesloten. Daarnaast is in 2013 de Dutch Lung Cancer Audit- Radiotherapy t (DLCA-R) gestart vanuit de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie (NVRO) door het Landelijk Platform voor Radiotherapie bij Longtumoren (LPRL). Het onderdeel van de longartsen is als laatste toegevoegd (DLCA-L). In de DLCA worden de resultaten van de curatieve radiotherapeutische behandeling van longcarcinoom in Nederland geregistreerd.
De behandeling van longkanker is ingrijpend. De behandelingen kennen een grote kans op complicaties en de kans op succes is het kleinst bij de vaak voorkomende vormen van kanker. Een goede registratie is noodzakelijk om problemen tijdig te onderkennen. Omdat veel patiënten behandeld worden met meerdere behandelingen op verschillende locaties is het evalueren van de behandeling als geheel essentieel.

Resultaten

Voor zover bekend bij de inspectie leverden het Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) en het Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag) dubbele gegevens aan voor de longchirurgie. De hieronder gepresenteerde gegevens zijn zo goed mogelijk gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

Tabel 9.3.1.1

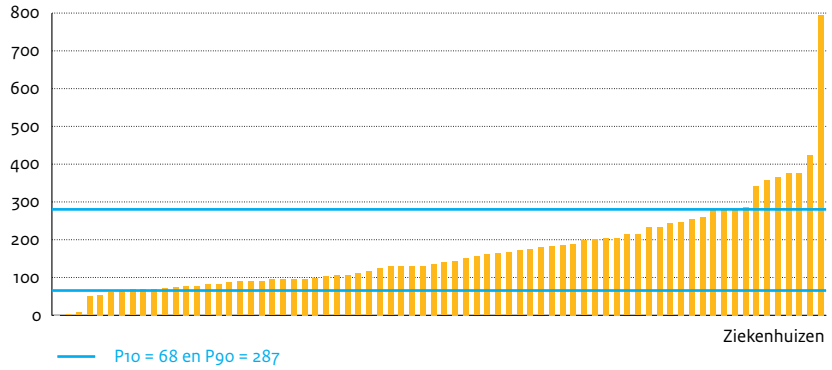
Patiënten van de longarts met longcarninoom ingevoerd in de DLCA

	Deel patiënten die in de registratie zijn ingevuld	Totaal aantal patiënten met primair niet-kleincellig longcarcinoom	Percentage
Aantal instellingen	88		
Gemiddeld	69	168	45,6%
Standaarddeviatie	85	122	45,7%
Mediaan	22	136	16,7%
P10	1	68	0%
P90	202	287	100%
Min	0	1	0%
Max	342	795	100%
Totaal	4.907	11.939	

De ziekenhuizen zijn verdeeld in groepen. Elf instellingen deden niet mee, of waren niet in staat de registratie tijdig te organiseren. Er is een kleine groep ziekenhuizen (Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk); Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar); RIVAS Zorggroep Beatrix ziekenhuis (Gorinchem) die een zeer klein aantal patiënten opgeven (minder dan 10). Rijnstate en Beatrix meldden 100% van deze patiënten ingevoerd te hebben.
26 ziekenhuizen staan aan het andere uiteinde van het spectrum. Zij hebben een aanzienlijk aantal patiënten behandeld en voor 100% ingevoerd. De overige ziekenhuizen vertegenwoordigen een middengroep. Zij zijn duidelijk trager in het invoeren van de registratie dan de kopgroep, maar hebben wel een aanzienlijke inspanning verricht. Enkele instellingen verwijzen naar de norm van de NVALT dat zij over 2016 maar één (1) patiënt zouden moeten invoeren. Het is duidelijk dat het in dit geval een minimumnorm en geen streefnorm betreft.
De snelheid van opstarten van de chirurgische registraties ligt beduidend hoger dan de snelheid van deze gecombineerde registratie. Het gebruikelijke resultaat in het eerste jaar ligt rond de 80% of meer. Mogelijk gaat het dan om eenvoudiger registraties.

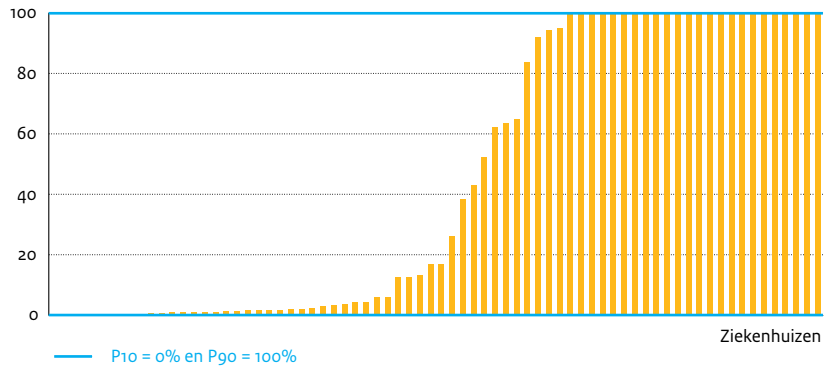
Figuur 9.3.1.1

Totaal aantal patiënten met primair niet-kleincellig longcarcinoom



Figuur 9.3.1.2

Percentage opgenomen in de registratie



Radiotherapie en chemoradiatie

Na diagnostiek wordt een deel van de patiënten verwezen voor behandeling met radiotherapie soms in de vorm van chemoradiatie, een combinatie van chemotherapie en bestraling. Deze voorziening is geconcentreerd op een beperkt aantal (21) plaatsen ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuizen dat longkankerpatiënten behandelt. Tot voor kort was voor het uitvoeren van deze behandelingen een vergunning noodzakelijk in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Op dit moment bestaan minimumnormen waaraan een afdeling radiotherapie volgens de NVRO moet voldoen. Enkele instellingen die volgens de bij de inspectie bekende gegevens niet bestralen, hebben wel aantallen patiënten aangeleverd voor de indicator. Naar alle waarschijnlijkheid betreft het hier patiënten waarbij alleen het chemotherapiedeel wordt uitgevoerd in het zieken-

huis. Zij drukken wel het gemiddelde van de registratie omdat zij geen data hebben aangeleverd aan de DCLA voor dit onderdeel.

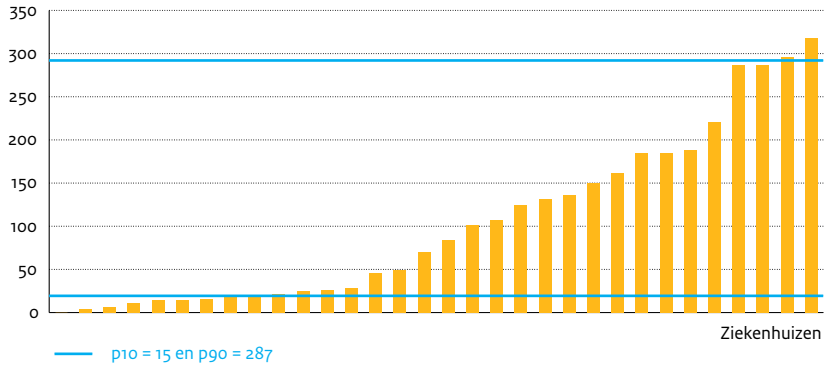
Tabel 9.3.1.2

Patiënten van de radiotherapie met longcarninoom ingevoerd in de DLCA

	Deel patiënten dat in de registratie is ingevuld	Totaal aantal patiënten behandeld met radiotherapie	Percentage
Aantal instellingen	33		
Gemiddeld	72	108	72%
Standaarddeviatie	80	99	41,2%
Mediaan	26	84	96,3%
P10	0	15	0%
P90	184	287	100%
Min	0	4	0%
Max	263	318	100%
Totaal	2.290	3.333	

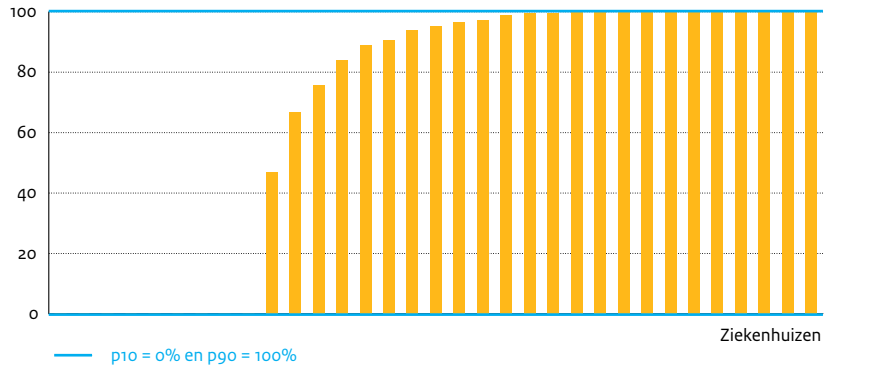
Figuur 9.3.1.3

Aantal patiënten behandeld met radiotherapie



Figuur 9.3.1.4

Percentage in opzet curatief met radiotherapie behandelde patiënten



Van de 21 radiotherapeutische centra leverden het AMC te Amsterdam en het UMCU te Utrecht geen data aan voor de registratie voor radiotherapie. Het UMCU meldt dat zij niet deelneemt aan dit deel van de registratie. Zij geeft ook geen plannen aan voor de toekomst. Deze twee centra lichten niet toe hoe zij de totale behandeling evalueren zonder data over een belangrijk deel van de behandeling.

Longchirurgie voor longcarcinoom

Deze indicator is slechts gedeeltelijk een voortzetting van de eerdere volume-indicator over longchirurgie. De indicatie voor longchirurgie is (iets) breder dan die voor het kleincellig longcarcinoom. Enkele instellingen gaven ook in de toelichting aan dat zij meer ingrepen voor andere indicaties uitvoerden dan zijn opgenomen in de indicator. In 2016 werden data aangeleverd over 2.334 patiënten, in 2015 over 2.543 patiënten.

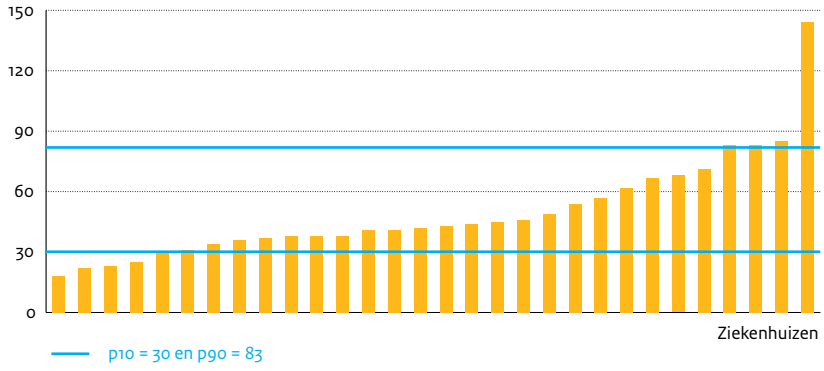
Tabel 9.3.1.3

Patiënten dat een resectie onderging ingevoerd in de DLCA

	Deel patiënten die in de registratie zijn ingevuld	Totaal aantal patiënten dat een resectie onderging	Percentage
Aantal instellingen	44		
Gemiddeld	45	53	88,2%
Standaarddeviatie	17	23	18%
Mediaan	42	49	95,1%
P10	24	30	73%
P90	70	83	100%
Min	12	18	24%
Max	83	144	100%
Totaal	1.978	2.334	

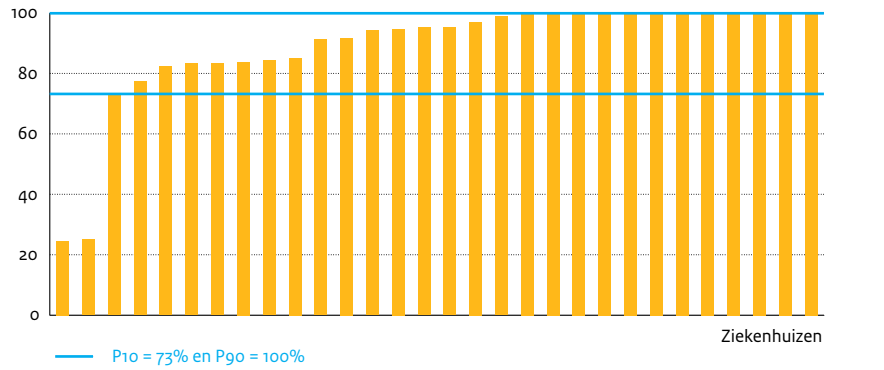
Figuur 9.3.1.5

Aantal patiënten dat een resectie onderging



Figuur 9.3.1.6

Percentage patiënten opgenomen in de registratie



Aandachtspunten

Samenhang van de registraties belangrijk

De behandeling van longkanker bestaat uit meerdere componenten. Na de diagnostiek volgt de behandeling die uit combinaties van drie vormen kan bestaan: chemotherapie, radiotherapie en chirurgie. De behandelingen zijn ingrijpend en hebben lang niet altijd succes. Het succes van de behandeling is sterk afhankelijk van de uitbreiding van de ziekte op het moment van diagnose. Er is dus een grote variatie in behandelingen mogelijk. Veel van die behandelingen worden op verschillende locaties uitgevoerd. Inmiddels zijn longchirurgie en radiotherapie in ieder geval geconcentreerd in een beperkt aantal instellingen. De ontwikkelingen bij chemotherapie en dan niet in de laatste plaats voor de meest complexe patiënten gaan snel. De kosten van deze medicatie zijn hoog en in het verleden is gebleken dat toegang tot die medicatie ook beperkt was tot een klein aantal instellingen. Dat wil zeggen dat het krijgen van een goed beeld van de kwaliteit van zorg in deze instellingen een uitdaging is. Het valt op dat instellingen erg wisselend omgaan met deze uitdaging. Er is een enorme spreiding in het deel van de patiënten dat is opgenomen in de registratie. Letterlijk van 0 tot 100%. Sommige ziekenhuizen geven daarbij aan dat dit komt omdat voor 2016 de verplichtstelling door de NVALT beperkt was tot één (1) patiënt. Ook het aantal opgegeven patiënten verschilt enorm. Het is moeilijk voor te stellen dat een groot ziekenhuis als Rijnstate (Arnhem) slechts twee patiënten met een longcarcinoom heeft behandeld. Vergelijkbare ziekenhuizen als het Medisch Centrum Alkmaar kwamen tot 233 patiënten, die zij ook allen volledig aanleverden.

Sommige indicatoren lijken op elkaar, maar zijn qua functie totaal anders

Een aantal ziekenhuizen heeft aandacht gevraagd voor hun idee dat deze indicator zou lijken op de indicator rond dezelfde registratie in de transparantiekalender. Dat is opvallend, want het gaat hier om twee totaal verschillende indicatoren met een verschillend doel.

De indicator uit de Basisset vraagt naar het aantal patiënten dat is aangeleverd aan de database en het aantal patiënten dat in totaal in het ziekenhuis is behandeld. Het doel van de indicator is het bevorderen van de deelname aan de registratie voor de kwaliteit van zorg voor (heel) hoogrisico patiënten. De registratie kan deze gegevens zelf niet leveren. De registratie weet immers niet welke gegevens ze niet krijgt. Nietaangeleverde patiënten kunnen de waarde van een registratie sterk verminderen. Als een instelling alle patiënten aanlevert, kunnen instelling en registratie zelf de kwaliteit bewaken. De indicator vervalt dan, het doel is bereikt.
De indicator uit de transparantiekalender vraagt naar het aantal volledig aangeleverde patiënten aan de registratie. Deze kan de registratie zelf berekenen, want alle relevante informatie is daarvoor aanwezig. Het is zichtbaar of een aangeleverde patiënt onvolledig is. De registratie kan ook zelf feedback geven op dit gegeven. Voor een inspectie heeft deze indicator geen toegevoegde waarde. Het zegt wel iets over de mate waarin een ziekenhuis reageert op feedback vanuit de registratie. De registratie kan ook zelf audits uitvoeren en doet dat (op termijn) ook. Het is dus een belangrijke interne indicator voor de kwaliteit van de registratie.
Het is voor het toezicht belangrijk dat een instelling zich laat toetsen en daarvan leert. Als het ziekenhuis alle patiënten aanlevert, is dat mogelijk. De registratie en het ziekenhuis samen kunnen dan de kwaliteit waarborgen. De inspectie kan dan meer afstand houden. Als er patiënten buiten beeld blijven, kan dat niet. Daarom vraagt de inspectie wel naar het percentage ingestuurde patiënten, maar niet naar de volledigheid van de gegevens die zijn ingestuurd.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal resecties uitgevoerd door longchirurgen is minder dan 20 (volumenorm NVvH)[32]

– Voert het ziekenhuis de ingreep in het volgende jaar nog uit?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
    - *Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 20. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is, stoppen met het uitvoeren van deze verrichting door longchirurgen, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.*
    - Wat is het concentratiebeleid van de betrokken vakgroep/maatschap?
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
    - Heeft het ziekenhuis een scan uitgevoerd of laten uitvoeren (bijvoorbeeld door het IKNL) om inzicht te krijgen op welke punten het actie moet ondernemen om te waarborgen dat alleen die ingrepen worden uitgevoerd waarbij het aan de normen voldoet?

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

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

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

– Voeren cardiothoracaal chirurgen in het ziekenhuis in het volgende jaar de ingreep nog uit?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de vakgroep/maatschap genomen om over 2017 aan deze norm te kunnen voldoen?
    - Wat is het concentratiebeleid van de vakgroep/maatschap?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    - Is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
    - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
    - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

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

Dan zijn beide bovenstaande groepen vragen relevant.

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

9.4 Gastro-intestinaal

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 9.4.

Indicatoren

9.4.1 Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)
9.4.2 *Failure to rescue*

Inleiding

Een carcinoom van de pancreas heeft een slechte prognose en de resectie van de pancreas is een complexe ingreep. Er zijn 1.750 nieuwe patiënten per jaar en de mortaliteit is hoog[33]. De voornaamste behandeling is chirurgisch, slechts 20% van de patiënten komt hiervoor in aanmerking. Het is wenselijk dat resectie van het pancreascarcinoom in ziekenhuizen wordt geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goed samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Dit zorgt voor minder complicaties en een lagere postoperatieve sterfte. Een goed concentratiebeleid is voor de inspectie een indicator voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met een pancreascarcinoom. *Failure to rescue* is de opvolger van de indicator Heroperaties bij colonchirurgie. De indicator laat zien hoeveel patiënten (risico-gecorrigeerd) overleden zijn, terwijl het mogelijk was geweest dat te voorkomen door tijdig ingrijpen. Dus: hoeveel patiënten zijn niet gered, terwijl dat wel had gekund: '*failure to rescue*'. Het zal duidelijk zijn dat het voor de inspectie belangrijk is om ervaring op te doen met het gebruik van een dergelijke indicator.

Resultaten

Twee locaties van de Noordwest Ziekenhuisgroep hebben hun data twee maal ingeleverd. De resultaten zijn waar mogelijk hiervoor gecorrigeerd. Zij zijn éénmaal meegenomen. Elk jaar zijn er ziekenhuizen die data opgeven van verrichtingen die niet bij hen zijn uitgevoerd. Dit is niet de bedoeling en ziekenhuizen worden via verschillende wegen gewaarschuwd dat dit tot fouten in de analyses kan leiden. Een van de gevolgen is dat het lastiger wordt om de data te controleren met behulp van andere bronnen.

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

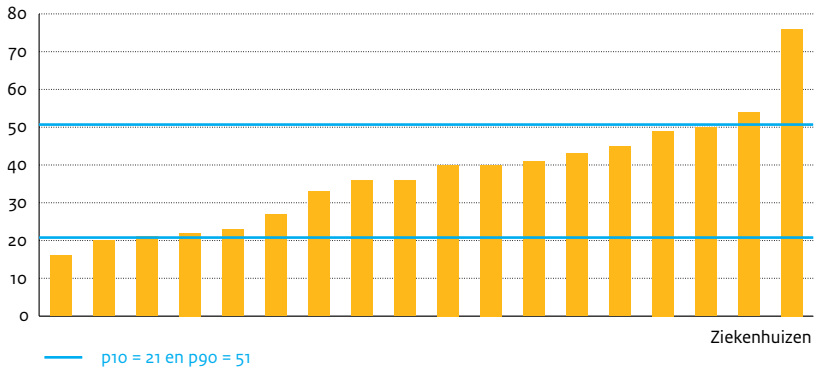
Tabel 9.4.1.1

Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD): aantal ingrepen

	Aantal ingrepen
Aantal instellingen	18
Gemiddeld	37,3
Standaarddeviatie	14,9
Mediaan	38
P10	21
P90	51
Min	16
Max	76
Totaal	672

Figuur 9.4.1.1

Aantal uitgevoerde Whipple of een PPPD van de pancreas



In 18 ziekenhuizen werd in 2016 resectie van de pancreas uitgevoerd bij in totaal 672 patiënten, gemiddeld 38 patiënten per ziekenhuis. In 2015 werden in totaal ongeveer 70 operaties meer uitgevoerd. Er is maar één ziekenhuis dat niet aan de norm van minimaal 20 operaties per jaar voldeed: het Jeroen Bosch ziekenhuis te Den Bosch. Dit ziekenhuis voldeed vorig jaar wel aan de norm met 28 ingrepen. Vorig jaar voldeed het naburige Amphia ziekenhuis in Breda als enige niet aan de norm (18). Dit jaar verrichtten ze 23 ingrepen. Het Jeroen Bosch ziekenhuis gaf geen toelichting. Dit is het laatste jaar dat deze indicator is uitgevraagd.

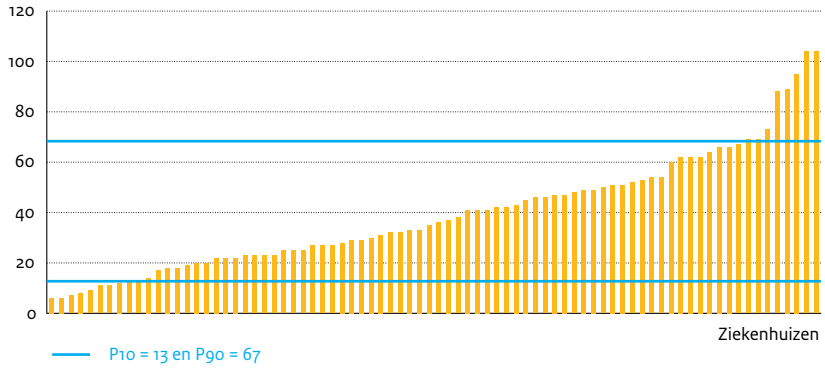
Tabel 9.4.2.1

***Failure to rescue*: aantal en percentage overleden patiënten**

	Aantal overleden	Aantal electieve colonoperaties	Percentage *failure to rescue*	Gecorrigeerd percentages
Aantal instellingen	80			
Gemiddeld	4	39	9,9%	8,8%
SD	2	23	5,2%	6,7%
Mediaan	4	36	9,9%	8,7%
P10	1	13	4,1%	0,1%
P90	6	67	17,2%	15,5%
Min	0	6	0%	0%
Max	11	104	23,1%	32,4%
Totaal	299	3.151		

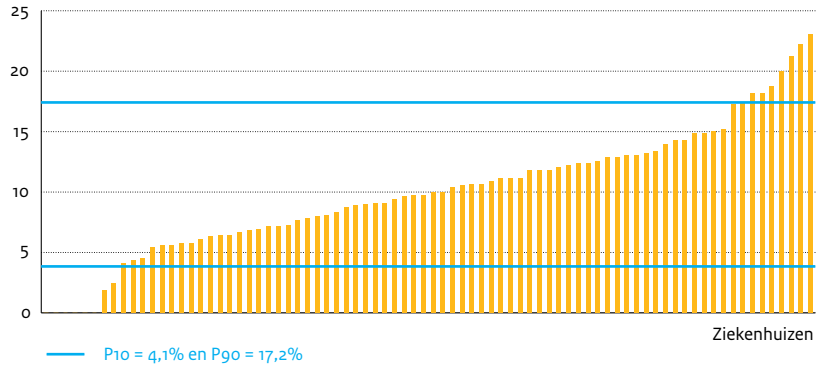
Figuur 9.4.2.1

Aantal electieve resectie voor colonrectaal carcinoom met een complicatie



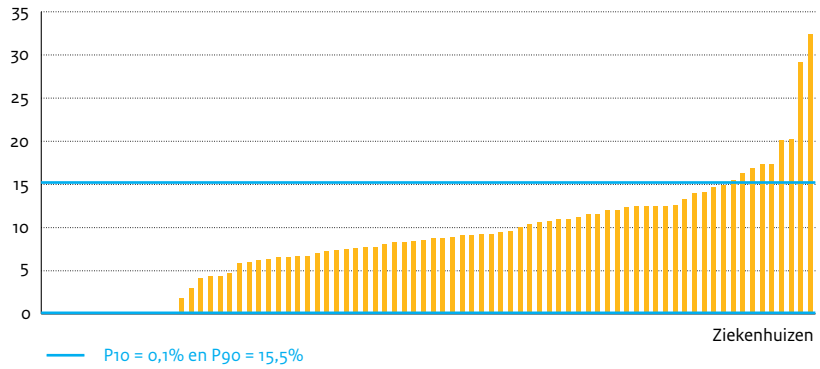
Figuur 9.4.2.2

Percentage patiënten bij wie *failure to rescue* optreedt



Figuur 9.4.2.3

Gecorrigeerd percentage met *failure to rescue*



Er zijn acht ziekenhuizen die een gecorrigeerd percentage hebben dat ongeveer 1/100ste is van het niet gecorrigeerde percentage. Waarschijnlijk hebben zij een fractie ingevuld in plaats van een percentage. De twee ziekenhuizen met een opvallend hoog gecorrigeerd percentage zijn MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord) (29,1%) en Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) (32,4%). De MC groep geeft als toelichting: *"2 van de 3 patiënten uit de teller vallen eigenlijk niet onder failure to rescue, maar worden in de DSCA-registratie wel zo gescoord. Dit betreft op het eigen verzoek in vroeg stadium terugtrekken uit de behandeling en in het andere geval een complicatie van een ander ziektebeeld. Zonder deze twee patiënten wijkt MC Groep niet af van het landelijk gemiddelde."* Het ziekenhuis te Boxmeer geeft geen verklaring (zie aandachtspunten).

Aandachtspunten

Failure to rescue: nieuw (en beter?) perspectief op heroperaties

De indicator '*Failure to rescue*' is een doorontwikkeling van de indicator Heroperatie bij coloncarcinoom. Wat bij deze indicator opviel, waren de grote aantallen heroperaties en de grote spreiding tussen ziekenhuizen. Hoewel een heroperatie, als deze onvoorzien is, een ongewenste gebeurtenis is, is het niet opereren van een patiënt, die mogelijk mede daardoor overlijdt, nog erger. De patiënt zou dan mogelijk gered kunnen worden door tijdig ingrijpen en dat is niet gebeurd. Als een ziekenhuis een groot percentage '*failure to resue*' heeft, is het aan zijn patiënten verplicht om de oorzaken te achterhalen en te verhelpen. Een ziekenhuis zal dan ook goed moeten verklaren wat er gebeurd is, wat er aan gedaan is en waarom er vertrouwen in de toekomst kan zijn. Een ziekenhuis als het Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) dat na correctie 32,4% *failure to rescue* heeft, moét dit sluitend verklaren in de toelichting. Zeker als de correctie tot gevolg heeft dat het percentage sterk stijgt. En zeker als het ziekenhuis in de afgelopen tien jaar zeker een keer eerder in de problemen is gekomen met zijn dikke darm chirurgie. Zelfs als het ziekenhuis op goede gronden zou menen dat deze uitslag geen recht doet aan de geleverde kwaliteit van zorg, dan nog moet het ziekenhuis dat zelf en op eigen initiatief onderbouwen. Dit is in duidelijk contrast met de MC groep die op het gecorrigeerde percentage vrijwel even hoog scoort, maar die een duidelijke toelichting geeft. Deze verklaart de uitslag niet alleen volledig, maar laat ook zien dat het ziekenhuis de resultaten ook zelf heeft overdacht.

Sterke verschuiving op basis van risicocorrectie

De top vier van de ziekenhuizen met de hoogste sterfte bij een dikke darm operatie voor darmkanker laat de effecten van een risicocorrectie goed zien. Eén ziekenhuis (Maasziekenhuis Boxmeer) verschuift na correctie van de vierde naar de eerste plaats, en blijft zeer hoog. De MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord) blijft hoog, Maar laat zien dat twee van de drie overleden patiënten onterecht in de indicator zijn meegenomen. Het Tergooi ziekenhuis (Blaricum en Hilversum) blijft vrijwel onveranderd (van plaats twee naar vijf), maar laat zien dat zij inmiddels maatregelen heeft genomen en over de laatste periode duidelijk is gedaald. En één ziekenhuis daalt enorm (Admiraal de Ruyterziekenhuis Goes) van 22,2% naar 0,16%. Nu besteedt dit ziekenhuis in de toelichting vooral aandacht aan de hoge ongecorrigeerde sterfte bij relatief weinig complicaties en niet aan de mogelijk lage gecorrigeerde sterfte.

Resectie van de pancreas

De indicator Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD) is dit jaar voor het laatst uitgevraagd.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de normen voor chirurgische behandelingen van de NVvH[34]*. Het aantal resecties van de pancreas (Whipple of PPPD) is minder dan 20.*

– Voert het ziekenhuis in het opvolgende jaar de betreffende ingreep nog uit?
  - Indien nog uitgevoerd:
    • Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?

Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de relevante minimumnorm. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van deze behandeling tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.

– Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
– Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    • Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
    • Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
    • Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen?
    • Indien van toepassing: Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van deze patiënten met spoedindicatie?

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

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

Het ziekenhuis heeft een hoog percentage (2016 > 15,5%) failure to rescue en geeft daarvoor geen adequate verklaring.

– Welk onderzoek heeft het ziekenhuis zelf gedaan naar de oorzaken?
– Zijn daarbij gegevens uit andere instellingen betrokken?
– Welke verbetermaatregelen zijn daarbij uitgevoerd?

[34] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 NVvH, januari 2011

9.5 Urologische tumoren

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 9.5.

Indicatoren

9.5.1 MDO spierinvasief blaascarcinoom
9.5.2 Deelname aan de registratie prostatectomie

Wat zijn de risico's?

De chirurgische behandeling van een spierinvasief blaascarcinoom is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt. Na het verwijderen van de blaas en een lymfeklier (dissectie) moet de urineafvloed hersteld worden, waarbij de darm gebruikt wordt. Het betekent vaak een langdurige ziekenhuisopname en het sterftecijfer rondom de operatie bedraagt tussen de 2,5% en 8%[35,36,37,38]. De ingreep is complex én heeft een laag volume in veel ziekenhuizen. Het uitvoeren van deze operatie stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het team dat de ingreep uitvoert en aan de organisatie ten aanzien van de perioperatieve zorg. In 2010 en nogmaals in 2012 heeft de Nederlandse Verenging voor Urologie (NVU) bekendgemaakt, dat ziekenhuizen jaarlijks minimaal tien blaasresecties moeten doen om deze ingreep te mogen blijven uitvoeren. In 2015 heeft de NVU het aantal aangepast van tien naar minimaal 20 blaasresecties gemiddeld over drie jaar.
De inspectie besteedt aandacht aan alle ziekenhuizen die de blaasresectie uitvoeren, ongeacht of zij aan de minimumnorm voldoen. Onderdeel van de norm is het zorgvuldig bespreken van alle patiënten tijdens een multidisciplinair overleg (MDO), dus het gaat om zowel patiënten die geopereerd worden als zij die niet (meer) geopereerd worden. Het risico waar de inspectie zich op richt is het onthouden aan de patiënten van een multidisciplinaire bespreking, waardoor patiënten niet vanuit verschillende perspectieven besproken worden. Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 10.000 mannen de diagnose prostaatcarcinoom gesteld. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren heeft de NVU een database voor radicale prostatectomieën opgericht. Daarnaast heeft de NVU in 2015 vastgesteld dat een ziekenhuis minimaal 20 prostatectomie ingrepen per jaar moet doen[39]. Het risico van het niet deelnemen aan de registratie is dat het te lang duurt voordat problemen rond de kwaliteit van de ingrepen worden ontdekt.

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

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

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

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

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

Resultaten

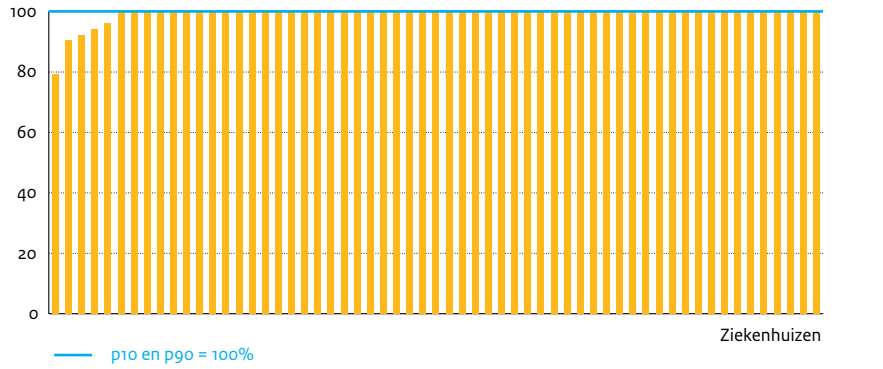
Tabel 9.5.1.1

MDO spierinvasief blaascarcinoom

	Patiënten ten minste eenmaal besproken	Aantal nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom	Percentage
Aantal instellingen	59		
Gemiddeld	34	35	99,2%
Standaarddeviatie	33	37	3,2%
Mediaan	26	26	100%
P10	10	10	100%
P90	61	61	100%
Min	6	6	79,3%
Max	181	222	100%
Totaal	2.006	2.059	

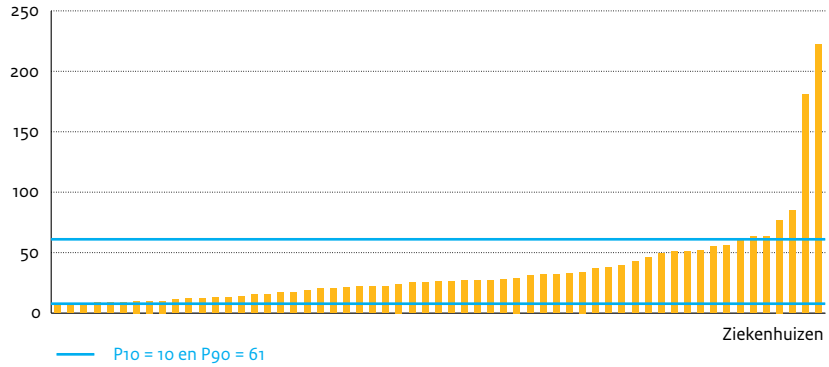
Figuur 9.5.1.1

Percentage patiënten dat is besproken in een MDO



Figuur 9.5.1.2

Aantal nieuwe patiënten met de diagnose spierinvasief blaascarcinoom



In 59 (één meer dan in 2015) ziekenhuizen werden in totaal 2.059 patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom behandeld, variërend van zes tot 222 patiënten per ziekenhuis, met een gemiddelde van 34 (in 2015: 31) patiënten per ziekenhuis.
In 53 ziekenhuizen werden alle nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal besproken binnen een specifiek MDO (figuur 9.5.1.1). Bij vijf ziekenhuizen was dit niet bij alle patiënten het geval. Het gemiddelde percentage lag op 99%, met een spreiding tussen de ziekenhuizen van 79,3% tot 100%.
Het Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) heeft het laagste percentage en geeft de volgende (duidelijke) verklaring: *"Het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) ziet veel patiënten die worden doorgestuurd vanuit andere ziekenhuizen. Deze patiënten worden besproken op een gezamenlijk MDO (teleconferentie) met specialisten uit het AVL en het andere ziekenhuis. Uiteindelijk worden alle patiënten voorafgaande aan hun behandeling besproken in een MDO (teleconferentie of in het ziekenhuis). De teleconferenties worden niet meegeteld, aangezien de indicator betrekking heeft op MDO's in ons ziekenhuis."*
Het TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) geeft aan 100% van de patiënten te bespreken, maar geeft de volgende verklaring: *"Antwoord is gebaseerd op protocollair handelen."* Dit wordt opgevat als: de data zijn niet bekend.

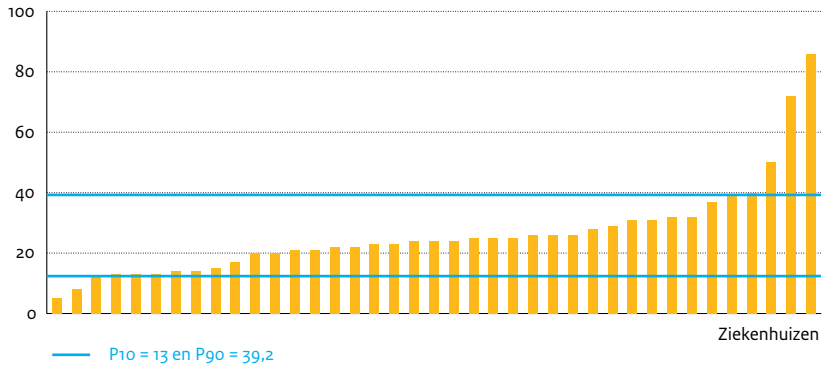
Tabel 9.5.1.2

Aantal uitgevoerde cystectomieën

	Aantal cystectomieën
Aantal instellingen	39
Gemiddeld	26,4
Standaarddeviatie	15,4
Mediaan	24
P10	13
P90	39,2
Min	5
Max	86
Totaal	1.028

Figuur 9.5.1.3

Totaal aantal cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom



In 2016 werden er in totaal 1.028 (in 2015: 1.112) cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom uitgevoerd in 39 instellingen (44 in 2015). Gemiddeld waren dit 26,4 (2015: 25) cystectomieën per ziekenhuis, variërend van vijf tot 86 per ziekenhuis (zie tabel 9.5.1.1). Twee ziekenhuizen zaten onder de norm van tien cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom. Dit waren: ZorgSaam Ziekenhuis (Terneuzen) en Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) met respectievelijk een aantal van vijf en acht. Beide ziekenhuizen geven aan te stoppen met het uitvoeren van de ingreep in 2017.
Tien ziekenhuizen zitten onder de norm van 20 (zie aandachtspunten), vijf van hen geven

aan te stoppen. De ziekenhuizen die de norm niet halen en die niet duidelijk maken wat hun plannen zijn: Medisch Spectrum Twente (Enschede) (13), MCL (Leeuwarden) (13), Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) (14), Isala (Zwolle) (15) en de Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) (17). Zij moeten over de periode 2015 tot en met 2017 gemiddeld 20 ingrepen hebben uitgevoerd, willen zij deze ingreep kunnen blijven uitvoeren.

Tabel 9.5.2.1

Deelname aan de registratie prostatectomie

	Aantal opgenomen in de database	Aantal patiënten met een radicale prostatectomie	Percentage opgenomen in database
Aantal instellingen	37		
Gemiddeld	71,2	75	96,8%
Standaarddeviatie	61,9	61	17,2%
Mediaan	48,5	51	100%
P10	20,3	22	100%
P90	125,3	126	100%
Min	0	18	0%
Max	278	278	100%
Totaal	2.421	2.551	

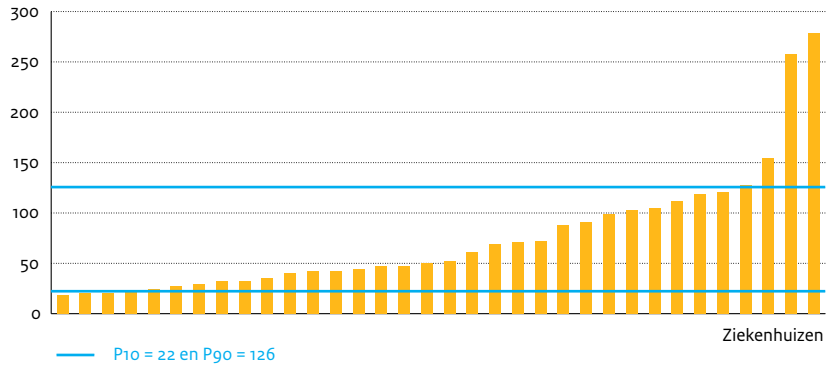
37 (36 in 2015) ziekenhuizen behandelden in 2016 patiënten met een radicale prostatectomie in verband met prostaatcarcinoom. Twee ziekenhuizen, Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) en St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) waren de enige ziekenhuizen, net als in 2014, die in 2015 geen patiënten ingevoerd hebben in de NVU-database prostatectomie. Het Elkerliek ziekenhuis (Helmond) lichtte vorig jaar toe: “In verband met technische problemen, in 2016 wordt 100% geregistreerd.” Het ziekenhuis heeft die uitspraak in 2016 geheel waargemaakt. Het Sint Franciscus Gasthuis lichtte toe: “Franciscus Gasthuis heeft 113 prostatectomieën uitgevoerd. Patiëntenregistratie vindt plaats in een lokale database met meer dan 1.000 geregistreerde patiënten waaruit wordt gepubliceerd.” Het Antonius Ziekenhuis lichtte toe: “Het St. Antonius Ziekenhuis participeert niet in de NVUregistratie omdat het ziekenhuis al een paar jaar participeert in Zorg voor Uitkomst en nu ook VBHC, een veel uitgebreidere dataverzameling en analyse dan in de NVUregistratie mogelijk is.”

In 2016 voerden 34 ziekenhuizen bij in totaal 2.551 (2015: 2.418) patiënten een radicale prostatectomie uit in verband met prostaatcarcinoom, variërend van 18 tot 278 (2015: vijf tot 272) patiënten per ziekenhuis (figuur 9.5.2.1). Gemiddeld werd per ziekenhuis bij 75

patiënten een radicale prostatectomie uitgevoerd. De norm voor het aantal uitgevoerde radicale prostatectomieën in verband met prostaatcarcinoom ligt op twintig[40]. Eén ziekenhuis, Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Alkmaar haalde de norm van twintig niet (18). Het ziekenhuis gaf geen toelichting. Het Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep (Hardenberg) dat vorig jaar de norm niet haalde, is gestopt en stuurt nu patiënten door naar het Scheperziekenhuis in Emmen. Het Scheperziekenhuis voert nu 102 ingrepen uit.

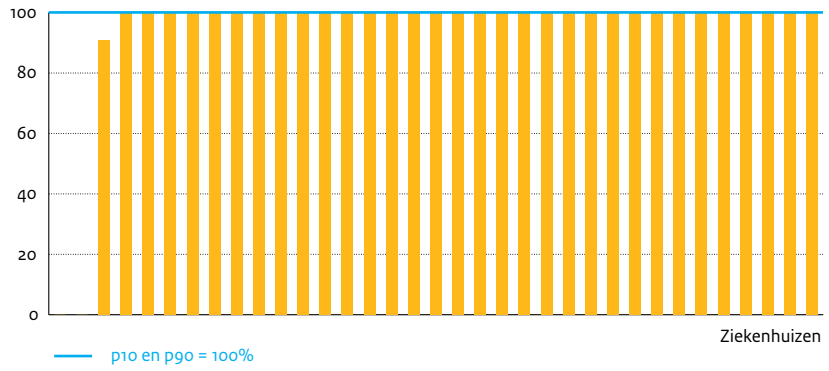
Figuur 9.5.2.1

Totaal aantal patiënten met een radicale prostatectomie



Figuur 9.5.2.2

Percentage ingevoerde patiënten in de NVU-database



[40] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015. SONCOS Normeringsrapport versie 4, 2016

Aandachtspunten

Handhaving pas mogelijk over 2017, er is enige zorg over de formulering van de norm

Beide indicatoren worden volgend jaar voor het laatst uitgevraagd. Er is bij de cystectomie een geleidelijke daling van het aantal ziekenhuizen zichtbaar. Dit is het tweede jaar waarin de norm van 20 als volgt is gedefinieerd: 'Het minimaal aantal cystectomieën voor blaascarcinoom per jaar per zorginstelling bedraagt vanaf 1 januari 2015 gemiddeld 20 per jaar, gemeten over een periode van drie jaar vanaf 1-1-2015.' Volgend jaar is dus vast te stellen welke ziekenhuizen aan deze norm zullen voldoen. Het probleem daarbij is dat in een situatie met voortgaande concentratie ziekenhuizen die in het laatste jaar na concentratie de norm halen, in eerdere jaren op lagere aantallen zullen uitkomen. Het gemiddelde voldoet dan niet aan de norm. In de norm is niet duidelijk hoe handhaving van de norm dan beoordeeld moet worden. Vijf van de tien ziekenhuizen die in 2016 niet voldoen, geven een voldoende toelichting over hun plannen voor 2016 en 2017.
Voor alle duidelijkheid: een ziekenhuis dat in 2018 ingrepen wil blijven uitvoeren en dat in 2016 dertien ingrepen heeft gedaan, moet dan dus volgens de norm 27 ingrepen hebben uitgevoerd in 2017. De inspectie heeft meermalen gewaarschuwd tegen deze vorm van middelen in de normstelling, zonder dat dit tot aanpassing van de norm heeft geleid. Het voordeel is wel dat dit leidt tot versnelde concentratie in 2018.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan blaascarcinomen en prostatectomieën te behandelen

Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen (in 2016 minder dan tien cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom en het ziekenhuis geeft geen adequate toelichting. Het is niet aannemelijk gemaakt dat het ziekenhuis in 2017 gemiddeld 20 of meer ingrepen zal hebben uitgevoerd over de afgelopen drie jaar.

– Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het volgende registratiejaar?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede verwijzing van patiënten?
    - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met gestelde normen en de concentratie van zorg?
    - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de normen

– Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een blaasresectie en/of prostatectomie

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

Het ziekenhuis bespreekt in het MDO spierinvasief blaascarcinoom evenveel of minder patiënten dan er geopereerd zijn
- Hoe wordt de indicatiestelling van de ingreep bewaakt?
- Wanneer en waar worden de niet te opereren patiënten besproken en wat is de indicatie voor bespreking?
- Welke gegevens zijn bekend over patiënten die een andere therapie dan cystectomie ontvangen?
- Hoe wordt de kwaliteit van het MDO bewaakt als de patiënt elders is besproken?

Het ziekenhuis heeft niet voldoende deelgenomen aan de registratie prostatectomie (in 2015: minder dan 100%)
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij prostatectomieën?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

9.6 Ovariumcarcinoom

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 9.6.

Indicator

9.6.1 Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom

Wat zijn de risico's?

In Nederland worden per jaar 1.300 nieuwe gevallen van eierstokkanker gediagnosticeerd[41]. Deze vorm van kanker komt het meest voor bij vrouwen in de leeftijd van 60-74 jaar. Omdat de behandeling van eierstokkanker niet verschillend is van de behandeling van eileiderkanker of buikvlieskanker worden bij de analyse van deze gegevens de drie tumorsoorten bij elkaar genomen. De inspectie krijgt met het uitvragen van deze indicator er een beeld van in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan het beleid van de wetenschappelijke vereniging.

Resultaten

Tabel 9.6.1.1

Aantal laag en hoog stadium ovarium- en tubacarcinomen met stadiërings- of debulkingsoperatie

	Aantal laag stadium ovarium carcinomen of tubacarcinomen met een stadiëringsoperatie	Aantal hoog stadium ovarium carcinomen of tubacarcinomen met een debulkingsoperatie
Aantal instellingen	23	
Gemiddeld	10,3	33,3
Standaarddeviatie	9,6	22,9
Mediaan	7	27
P10	2,2	10,2
P90	23,8	61,2
Min	0	0
Max	35	106
Totaal	237	766

[41] Oncoline 2014. Geraadpleegd op 28-08-2015 op http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35180&richtlijn_id=837.

Voor zover bekend bij de inspectie leverden het Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) en het Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 23 (2015: 29) ziekenhuizen werden patiënten chirurgisch behandeld in verband met een ovariumcarcinoom of tubacarcinoom. In 2015 is bepaald dat ziekenhuizen ten minste twintig debulkingsoperaties moeten doen om stadiëringsoperaties te mogen uitvoeren[42]. In 23 ziekenhuizen zijn in totaal 792 (2015: 819) patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom behandeld met een debulkingsoperatie. De variatie tussen ziekenhuizen bedroeg acht tot 106 patiënten (zie figuur 9.6.1.1). Gemiddeld werden 34 (2015: 29) patiënten per ziekenhuis behandeld met een debulkingsoperatie.
In 2016 werden in totaal 237 (2015: 242) patiënten met een laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom behandeld met een stadiëringsoperatie, variërend van twee tot 35 patiënten per ziekenhuis (gemiddelde in 2016: 11, in 2015 negen patiënten per ziekenhuis) (zie figuur 9.6.1.2). In totaal waren er drie (zes minder dan in 2015!) ziekenhuizen die minder dan 20 debulkingsoperaties uitvoerden en daarnaast wel stadiëringsoperaties uitvoerden in 2015. Dit waren:

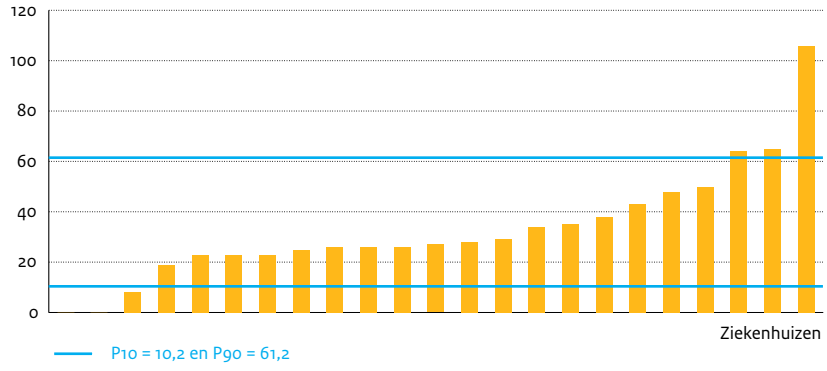
- VUmc (Amsterdam). Toelichting: *"In het kader van de voorbereiding van de alliantie VUmc - AMC zullen debulkingsoperaties voor ovariumcarcinoom in het AMC worden uitgevoerd. Robot-geassisteerde ingrepen vinden echter in VUmc plaats, en deze techniek werd bij genoemde twee patiënten gebruikt."*
- Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam): acht debulking, zes stadiëring. Geen toelichting.[43]
- Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar): 19 debulking, vijf stadiëring. Geen toelichting.
- Groene Hart Ziekenhuis (Gouda). Toelichting identiek aan 2015: *"Binnen het samenwerkingsverband tussen het Groene Hart Ziekenhuis en MCH-Bronovo worden alle operaties voor ovarium- en tubacarcinoom door een gespecialiseerd team uitgevoerd op locatie Antoniushove te Leidschendam. Het aantal van 21 operaties betreft dus het aantal operaties van beide ziekenhuizen bij elkaar opgeteld. Bij iedere operatie is een consulent gynaecoloog-oncoloog uit het LUMC aanwezig."*

[42] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015

[43] Het Sint Franciscus Gasthuis heeft volgens de gegevens, beschikbaar bij de NVOG, 19 debulkingen uitgevoerd. Deze gegevens zijn na het overleg met SFG aan FMS gemaild op 15 mei 2017, na de deadline op 15 april 2017 om data aan te leveren.

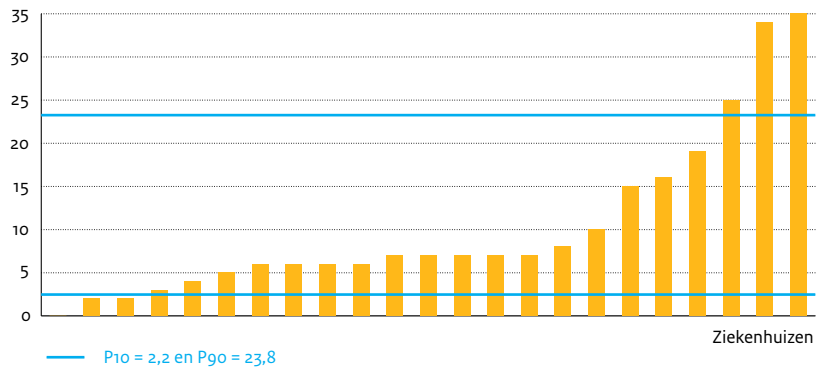
Figuur 9.6.1.1

Aantal hoog stadium behandeld met debulkingsoperatie



Figuur 9.6.1.2

Aantal laag stadium behandeld met stadiëringsoperatie



Aandachtspunten

De concentratie is voltooid

Zie *Het resultaat telt – ziekenhuizen 2015*: de ziekenhuizen die vorig jaar aangaven te stoppen, hebben dat ook gedaan. De inspectie heeft vanaf het begin van de Basisset gesteld dat alleen actuele uitslagen daadwerkelijk meetellen, maar als plannen voor het daaropvolgende jaar zo systematisch worden nageleefd, geeft dat wel vertrouwen.
In 2017 wordt deze indicator voor het laatst uitgevraagd.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan debulkingsoperaties en stadiëringsoperaties uit te voeren. Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen

– Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het volgende registratiejaar?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
    - *Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van stadiëringsoperaties, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.*
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Indien niet meer uitgevoerd:
    - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede verwijzing van patiënten?
    - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere gestelde normen en de concentratie van zorg?
    - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

9.7 Palliatieve radiotherapie botmetastasen

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 9.7.

Indicator

9.7.1 Palliatieve radiotherapie botmetastasen

Wat zijn de risico's?

Behandeling van (pijnlijke) botmetastasen maakt een belangrijk onderdeel uit van de palliatieve radiotherapie. Voor de kwaliteit van leven van de patiënt is het van belang dat de behandeling binnen korte tijd na aanmelding kan plaatsvinden. Door de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) zijn daarom streefnormen opgesteld voor wachttijden. Voor subacute bestralingen is de streefnorm gesteld op 80% patiënten behandeld binnen zeven dagen, en een maximum wachttijd van 10 dagen[44]. Deze indicator maakt het voor de inspectie inzichtelijk in hoeverre aan deze streefnorm wordt voldaan. Daarnaast geeft deze indicator de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan het beleid dat is gesteld door de eigen vereniging. Ook geeft deze indicator de inspectie inzicht in het effect van streefnormen. Is er een beweging zichtbaar in de richting van de norm?

[44] http://www.nvro.nl/kwaliteit/indicatoren

Resultaten

Tabel 9.7.1.1

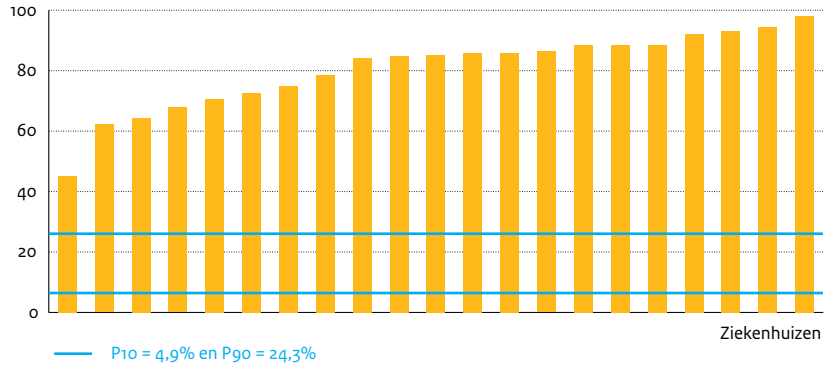
Aantal patiënten en termijn van starten van palliatieve bestraling

	Patiënten binnen 7 dagen na aanmelding bestraald	Patiënten tussen 7 en 10 dagen bestraald	Totaal aantal palliatieve bestra-lingen	Percentage binnen 7 dagen	Percentage tussen 7 en 10 dagen	Percentage na 10 dagen
Aantal instellingen	21					
Gemiddeld	386	51.469	80,6%	12,7%	6,8%	
Standaarddeviatie	268	33	290,5	12,6%	8,1%	6,1%
Mediaan	265	49	394	85,1%	11,9	5,3%
P10	123	10	146	64,5%	4,9%	1,4%
P90	625	97	847	93,2%	24,3%	9,6%
Min	102	6	136	45%	1,8%	0%
Max	1.075	120	1.154	98,2%	30,1%	24,8%
Totaal	8.109	1.068	90.839			
		Meer dan 10 dagen:	662			

In 2016 werden in 21 ziekenhuizen in totaal 9.839 patiënten (2015: 9.679) patiënten met botmetastasen behandeld met palliatieve radiotherapie, variërend van 136 tot 1.154 patiënten per ziekenhuis (in 2016 gemiddeld 468, in 2015 gemiddeld 461 patiënten per ziekenhuis).
In alle ziekenhuizen waren de wachttijden van de palliatieve radiotherapeutische behandelingen bekend. De aanmelddatum was in de meeste gevallen de datum waarop patiënt is aangemeld via brief, fax, telefoon, MDO of via de website. De grootste groep van de patiënten wordt tot en met zeven dagen na aanmelding bestraald (gemiddeld 80,6%; in 2015: 82,2%). Zie hiervoor figuur 9.7.1.1. In 2014 zat dit gemiddelde percentage nog onder de streefnorm van 80% (74%). De laatste twee jaar zit het boven de streefnorm van 80%. 93,3 % van de patiënten wordt binnen de 10 dagen bestraald. Zie ook figuur 9.7.1.1, 9.7.1.2 en 9.7.1.3 en tabel 9.7.1.1 voor informatie over het percentage patiënten dat tot en met 10 dagen na aanmelding bestraald is. Het Radboudumc (Nijmegen) (ziekenhuis 1 in de figuren) geeft als toelichting: *"Als een patiënt op meerdere doelgebieden wordt bestraald binnen 1 behandeling dan wordt dit als 1 behandeling geteld. Het betreft kalenderdagen."* Het is voor een toezichthouder niet duidelijk of dit een verklaring is voor het relatief grote aantal patiënten dat later dan de norm wordt bestraald.

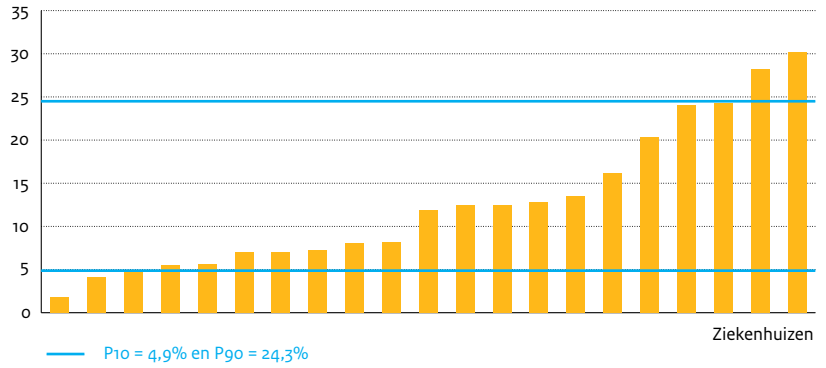
Figuur 9.7.1.1

Binnen zeven dagen gestart met bestraling



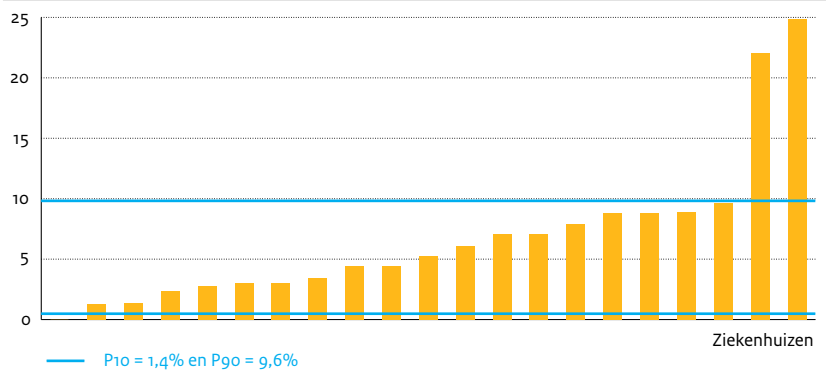
Figuur 9.7.1.2

Tussen zeven en tien dagen gestart met bestraling



Figuur 9.7.1.3

Meer dan tien dagen na aanmelding gestart met bestraling



Aandachtspunten

Welk niveau van normen is reëel?

De streefnorm voor het starten van een palliatieve bestraling is 80% binnen zeven dagen en 100% binnen tien. Deze laatste norm wordt door één (1) instelling gehaald: het Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden). De onderliggende norm van 80% wordt door 13 van de 21 instellingen gehaald. Deze norm zou dus voor elke instelling te halen moeten zijn. Het HagaZiekenhuis (Den Haag) dat de 80% norm niet haalt, geeft als toelichting: *"Patiënten die op eigen verzoek later een afspraak krijgen zijn al geëxcludeerd in de teller en noemer."* En stelt : *"Proces is nog niet optimaal ingericht. De gekozen procesaanpassingen blijken niet optimaal te werken. Het proces wordt nogmaals tegen het licht gehouden."* Dit is de enige van de acht instellingen die onder de 80% zit die in de toelichting aangeeft de norm niet te halen en er zichtbaar iets aan wil doen. Het HagaZiekenhuis verdient hier een compliment voor. De norm voor 100% binnen tien dagen wordt zeer zelden gehaald. Het is de vraag wat de functie van een streefnorm is als hij én systematisch niet gehaald wordt en er geen consistente beweging richting het streefdoel is. Is het ambitieniveau te hoog en moet de norm realistischer worden gedefinieerd, of moet de stimulans om de norm te halen worden vergroot? De NVRO als normstellende organisatie zal hier een antwoord op moeten (willen) formuleren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis behandelt patiënten met botmetastasen met palliatieve radiotherapie

Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de (streef)normen

– Behandelt het ziekenhuis nog patiënten met botmetastasen met palliatieve radiotherapie?
  - Indien nog uitgevoerd:
    - Klopt het opgegeven percentage? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
    - Welke acties heeft het ziekenhuis inmiddels genomen om de streefnorm in de nabije toekomst wel te kunnen halen?

10 Hart en vaten

10.1 Volume van risicovolle interventies

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.1.

Indicatoren

10.1.1 Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties (AAA)

Inleiding

Het opereren van een aneurysma van de abdominale aorta (AAA) is een hoogcomplexe ingreep waarbij de patiënt een groot risico loopt op tijdelijke of permanente schade of op overlijden[45]. Het uitvoeren van hoogcomplexe ingrepen stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het perioperatief proces op niveau blijft. Sinds het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. De minimumnorm van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)[46] geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve AAA-operaties per jaar verricht moeten worden. De inspectie ziet vanaf 2012 toe op de volumenormen van de NVvH en treedt hier zo nodig handhavend bij op.

[45] Akkersdijk GJ, Prinssen M, Blankensteijn JD. The impact of endovascular treatment on in-hospital-mortality following non-ruptured AAA repair over a decade: a population based study of 16,446 patients. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004;28:41-46

[46] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 (januari 2011)

Resultaten

Tabel 10.1.1.1

Aantal electieve AAA-operaties

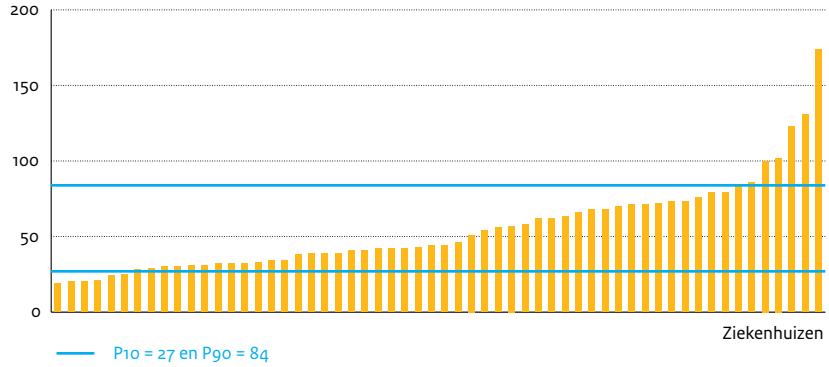
	Aantal electieve AAA-operaties
Aantal instellingen	58
Gemiddelde	55
SD	30
Mediaan	44
P10	27
P90	84
Min	19
Max	174
Totaal	3.173

In 2016 gaven 58 ziekenhuizen (2015: 62) aan AAA-operaties te verrichten. Gemiddeld werden er 55 (2015: 52) operaties per ziekenhuis gedaan, uiteenlopend van 19 tot 174 (2015: 13 tot 180) ingrepen per ziekenhuis (figuur 10.1.1.1). Alleen ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) voldeed met negentien operaties niet aan de minimumnorm van twintig electieve AAA operaties per jaar van de NVvH[47]. Zij gaven als toelichting: *"In totaal 19 electieve operaties en 1 acuut primair niet geruptureerd aneurysma, oftewel in totaal 20 primaire niet geruptureerde aorta abdominalis aneurysma's interventies in aorta segment C per jaar. Daarnaast nog 1 acuut geruptureerd AAA, dus in totaal 21 operaties. De volumenorm wordt daarmee behaald."*

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

Figuur 10.1.1.1

Aantal geplande AAA-operaties



Aandachtspunten

De indicator voor de toetsing van de minimumnorm voor de AAA maakt deel uit van de Basisset vanaf 2003. In 2009 werden voor het eerst volumenormen vastgesteld. Dit jaar, 2016, is het eerste jaar dat alle ziekenhuizen bijna voldoen aan de norm. Het laatste ziekenhuis dat meer dan een jaar niet aan de norm kon voldoen, is in 2015 gestopt. Deze indicator heeft daarmee zijn dienst bewezen en kan vervallen. Hij maakt geen deel meer uit van de set voor 2017.

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

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.2.

Indicator

10.2.1 Behandeling patiënten met een STEMI

Wat zijn de risico's?

Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen waarbij verschillende specialisten betrokken zijn. Bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties en het herstel en de revalidatie na de acute fase. Dit komt terug in de vragen bij de indicator Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI). Uit onderzoek is gebleken dat patiënten met een STEMI gebaat zijn bij adequate hartrevalidatie en dat in Nederland hieraan te weinig patiënten deelnemen. Derhalve wordt met deze indicator vastgesteld of mensen met een STEMI nu deelnemen aan revalidatie, conform de richtlijn Hartrevalidatie[48]. Door deze indicator krijgt de inspectie met name inzicht in hoe de samenwerking verloopt, hoe de samenhang in de keten is en welke informatie het ziekenhuis heeft over zichzelf en over de keten waarin het werkt.

Resultaten

In totaal presenteerden 1.630 (2015: 1.730) patiënten met een STEMI zich op de Spoed Eisende Hulp (SEH) of Corony Care Unit (CCU) van de ziekenhuizen die geen patiënten met een STEMI behandelden. Gemiddeld waren dit 33 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van nul tot 207 patiënten. Van de 1.630 patiënten werden 1.248 (76,6%, 2015 86%) vervoerd naar een PCI-centrum[49], met een spreiding van tien tot 81 (2015: vier tot 145) patiënten.

[48] https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/44/Multidiciplinaire%20Richtlijn%20Hartrevalidatie%202011%2023052011.pdf

[49] PCI: percutane coronaire interventie ('dotteren')[2]

Tabel 10.2.1.1

Aantal STEMI op SEH en daarna al dan niet naar PCI-centrum (volgens opgave alle ziekenhuizen)

	Hoeveel Stemi gepresenteerd op SEH	Hoeveel vervolgens vervoerd naar PCI- centrum	Aantal niet vervoerd
Aantal instellingen	50		
Gemiddeld	33	49	15
Standaarddeviatie	37	18	29
Mediaan	22	19	2
P10	9	8	0
P90	56	46	10
Min	5	4	0
Max	243	81	207
Totaal	1.630	1.249	381

Tabel 10.2.1.2

Aantal PCI voor STEMI uitgevoerd

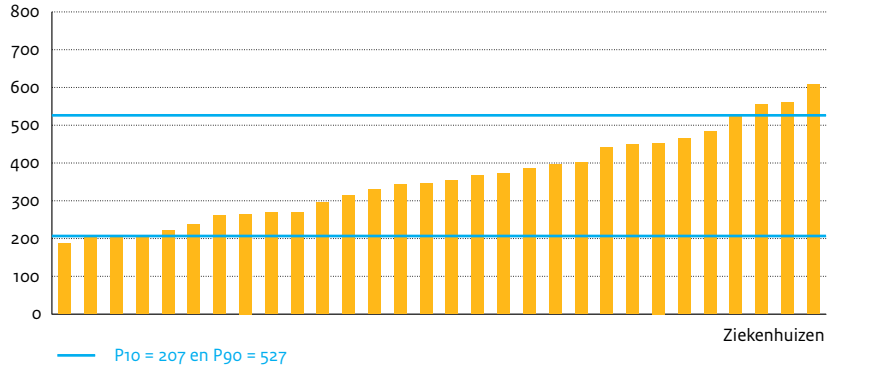
	Hoeveel PCI voor STEMI uitgevoerd
Aantal instellingen	30
Gemiddeld	359
Standaarddeviatie	117
Mediaan	350
P10	207
P90	527
Min	187
Max	607
Totaal	10.767

30 ziekenhuizen gaven aan PCI-procedures te verrichten, ook bij patiënten met een STEMI. Deze ziekenhuizen beschikten allemaal over een vergunning volgens de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en voerden gemiddeld 359 (2015: 350) acute PCI-procedures uit, met een spreiding van 191 tot 660. Zie hiervoor figuur 10.2.1.1.

Alle ziekenhuizen gaven aan de acute PCI's 24x7 uit te voeren. Gemiddeld participeerden zes interventiecardiologen in de 'acuut infarctzorg' van een centrum. Het aantal interventiecardiologen moet volgens de richtlijn minimaal vier zijn[50]; alle ziekenhuizen voldeden in 2016 (en 2015 en 2014) aan deze norm.

Figuur 10.2.1.1

Aantal PCI-procedures bij patiënten met een STEMI in 2016



Tabel 10.2.1.3

Aantal en percentage overleden patiënten na PCI en aantal PCI's (volgens opgave PCI centra)

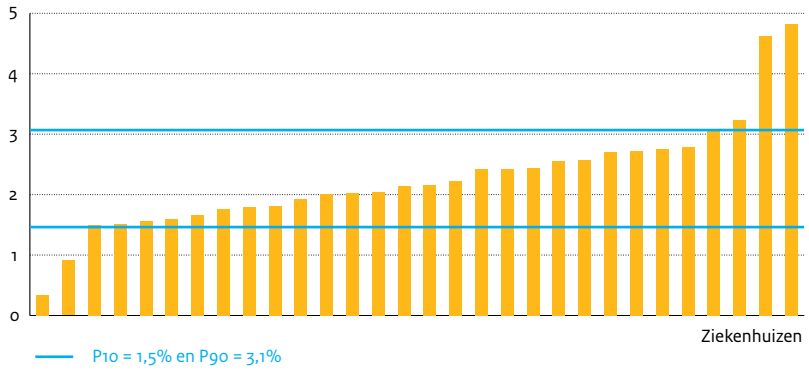
	Sterfte na PCI	Aantal PCI's	Percentage sterfte na PCI
Aantal instellingen 30 daagse sterfte	24		
Gemiddeld	8	349	2,3%
Standaarddeviatie	4	113	0,9%
Mediaan	8	336	2,2%
P10	3	207	1,5%
P90	11	500	3,1%
Min	1	187	0,3%
Max	18	588	4,8%
Totaal	235	10.482	

[50] Volumenormen cardiologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, juni 2011

Het percentage patiënten dat na PCI door STEMI is overleden (exclusief patiënten die voor PCI al in een reanimatiesetting verkeerden) was gemiddeld 2,3% (2015: 2,1%, 2014: 2,3%) met een spreiding van 2,3 tot 4,8 (2015: 0,4% tot 4,7%) (figuur 10.2.1.3).
24 ziekenhuizen leverden hun sterfte op basis van de 30-dagen mortaliteit aan.
De gemiddelde 30-dagen mortaliteit bedroeg 2,4% (2015: 2,2%.)
Zes ziekenhuizen leverden de sterfte op basis van de ziekenhuissterfte aan, gemiddeld was de sterfte in deze groep 1,6% (2015: 1,5%.) Uitschieter is ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) met 4,8%. Het ziekenhuis gaf geen toelichting.

Figuur 10.2.1.2

Percentage sterfte na PCI



Tabel 10.2.1.4

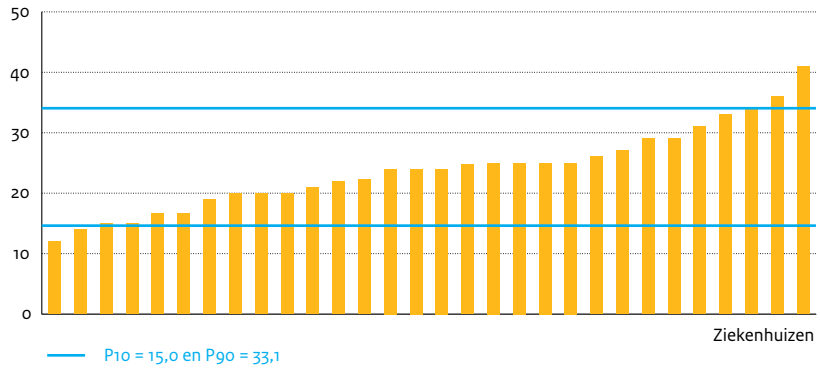
Snelheid PCI

	Snelheid PCI in minuten
Aantal instellingen die '*door to needle*' melden	22
Gemiddeld	23,9
Standaarddeviatie	6,8
Mediaan	24,0
P10	15,0
P90	33,1
Min	12,0
Max	41,0

Alle 30 PCI-centra leverden de '*door-to-needle*' of '*door-to-balloon' time* aan, het Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade), het St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein, het Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam gebruikten hiervoor een steekproef. Gemiddeld was de '*door-to-needle*' of '*door-to-balloon' time* 23,9 minuten (2015: 26), uiteenlopend van 12 tot 41 minuten (figuur 10.2.1.3).

Figuur 10.2.1.3

Gemiddelde *door-to-needle time* of *door-to-balloon time* in minuten



67 (2015: 71) ziekenhuizen bieden patiënten na een STEMI zelf een voor de patiënten op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan. Bij 76 (2015: 78) ziekenhuizen was het aantal patiënten bekend. In totaal is er van 7.608 (2015 7.073) patiënten (86,5%; 2015: 83,2%) bekend dat ze minimaal een intake hebben gehad voor hartrevalidatie.
Het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen heeft het laagste percentage 45,5%. Het ziekenhuis gaf als toelichting: *"Meerdere patiënten weigeren poliklinische revalidatie."* Zie figuur 10.2.1.5.

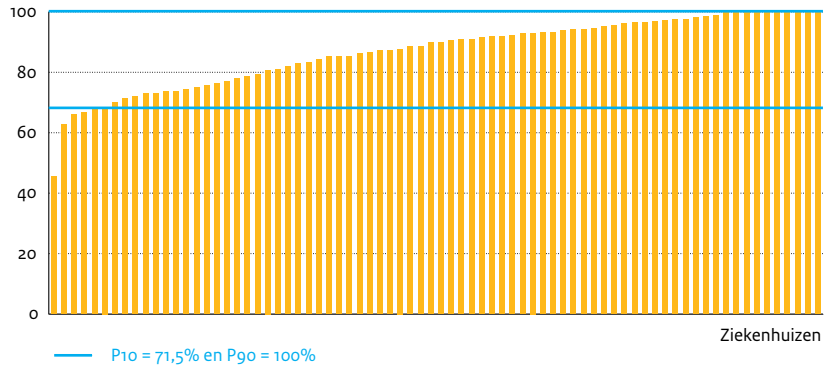
Tabel 10.2.1.5

Aantal intakes voor hartrevalidatie en aantal patiënten na PCI naar (verpleeg)huis

	Minimaal een intake	Aantal patiënten na PCI naar huis/ verpleeghuis	Percentage
Aantal instellingen dat revalidatieprogramma's aanbiedt	67		
Aantal instellingen dat verwijst	13		
Gemiddeld	100,1	116	86,9%
Standaarddeviatie	82,4	92	11,4%
Mediaan	78,5	88	89,9%
P10	17,5	20	71,5%
P90	207	227	100%
Min	0	0	0%
Max	463	504	100%
Totaal	7.608	8.794	

Figuur 10.2.1.4

Percentage patiënten na een STEMI met minimaal een intake voor hartrevalidatie



Aandachtspunten

Het beeld is onveranderd: grote verschillen tussen ziekenhuizen in het aantal patiënten eerst gezien op een SEH vóór PCI in een andere instelling

In 2015 werden 1.740 patiënten gezien op een SEH van een instelling die de patiënten vervolgens niet met een PCI kon behandelen. In 2016 zijn dat er 1.630. Dat is minder dan de helft van het aantal patiënten bij de start van de indicator in 2012 (3.548). In 2013 is veel aandacht besteed aan deze indicator. Een echte tussenstop op de SEH zou een uitzondering moeten zijn, omdat patiënten volgens de richtlijn direct verwezen zouden moeten worden naar een PCI-instelling. Opvallend blijft het grote verschil tussen instellingen in het aantal patiënten dat eerst lokaal wordt opgevangen. De Top vijf van ziekenhuizen in deze groep is verantwoordelijk voor 34% van de groep patiënten en ziet 16 maal zo veel patiënten als de vijf ziekenhuizen die het kleinste aantal patiënten op de SEH zien. De inspectie heeft hier in het verleden regelmatig onderzoek naar gedaan. Meestal bleken deze verschillen in de jaren na 2014 te berusten op verschillen in de administratie van DBC's (Diagnose Behandel Combinatie).

Grote variatie in sterftepercentages, maar geen patroon

Het ZorgSaam ziekenhuis (Terneuzen) heeft dit jaar de hoogste sterfte. Dit ziekenhuis was ook vorig jaar opvallend, maar door de laagste sterfte in de groep van 30 ziekenhuizen (0,4%). Het Maasstadziekenhuis (Rotterdam), het ziekenhuis met de hoogste sterfte in 2015, heeft in 2016 een licht bovengemiddelde sterfte (2,72%). Opvallend is dat geen enkel ziekenhuis een toelichting geeft op de waargenomen sterfte.
Verschil tussen ziekenhuissterfte en 30-dagensterfte: de 30-dagensterfte is anderhalf maal zo hoog.
Ziekenhuizen konden aangeven welk type sterfte is gebruikt bij het bepalen van de sterfte na PCI. De ziekenhuizen die de ziekenhuissterfte hebben opgegeven hebben allen een sterfte onder het gemiddelde van de hele groep. Het gaat om Zuyderland Ziekenhuis (Sittard, Geleen en Heerlen), LUMC (Leiden), VUMC (Amsterdam), Isala (Zwolle), Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht, Zwijndrecht en Sliedrecht) en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam). De gemiddelde sterfte is voor deze groep instellingen 1,57%; voor de 24 ziekenhuizen die de 30-dagensterfte opgeven is dat 2,44%.

Doorlooptijd licht afgenomen, over vijf jaar gezien duidelijke trend naar verkorten doorlooptijd

In 2016 is de gemiddelde doorlooptijd met twee minuten afgenomen van 26 minuten in 2015 naar 23,8 minuten in 2016. Bij de start van de indicator in 2012 was dat nog 30 minuten. Er waren toen zes ziekenhuizen met een gemiddelde doorlooptijd van 40 minuten of meer, inmiddels is dat aantal gezakt naar één (1). Er zijn nog steeds vier ziekenhuizen die een steekproef nodig hebben voor het berekenen van de indicator. Bij de start waren dat er zes.

Revalidatie-intake toegenomen, revalidatiedeelname gedaald

Het gemiddelde aantal patiënten dat een revalidatie-intake krijgt, is in de afgelopen drie jaar toegenomen van 79 naar 86,8%. Opvallend is dat in die drie jaar het aantal patiënten

dat in aanmerking kwam voor een revalidatieprogramma is gedaald van 9.810 naar 8.794. Het aantal PCI's is niet parallel gedaald. In 2014 waren dat er nog 10.633, vergeleken met 10.482 in 2016. Een van de mogelijke verklaringen daarvoor is, dat bij de start van de indicator een patiënt soms bij meerdere ziekenhuizen werd meegeteld. Patiënten werden dan zowel bij het PCI-centrum meegeteld als bij het ziekenhuis waar zij na ontslag naar terug werden verwezen. Overigens houdt dat wel in dat het van zo'n 1.700 patiënten onbekend is of zij een revalidatieprogramma hebben gekregen.

Patiëntkeuze is een argument, maar niet als opvallend veel patiënten weigeren

Het komt vaker voor in de *Basisset*: patiënten die keuzes maken die een gewenste uitkomst van een indicator voorkomen. Dit komt vaak voor bij indicatoren met een tijdsinterval, zoals de wachttijd bij neoadjuvante chemotherapie of bij ingrepen zoals de carotisen-adarteriodectomie. Soms wordt daar in het ontwerp van de indicator rekening mee gehouden, zoals bij het afzeggen van ingrepen, waarbij onderscheid werd gemaakt in de indicator tussen ingrepen afgezegd door het ziekenhuis en de patiënt. In dat laatste geval werd duidelijk zichtbaar dat in ziekenhuizen die zelf patiënten vaak afzegden, patiënten ook vaak de ingreep niet lieten doorgaan. Bij iedereen komen weigeringen voor, maar als dit veel vaker voorkomt dan elders is er een probleem. In dit geval geeft het Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) als verklaring voor de opvallend lage percentage intake: *"Meerdere patiënten weigeren poliklinische revalidatie."* In dit geval is dit dus geen adequate verklaring voor een intakepercentage dat bijna 20 procentpunt lager ligt dan het volgende ziekenhuis.

Welke vragen vind de inspectie belangrijk bij een opvallende uislag?

De verandering ten opzichte van 2015 in het aantal aangeboden STEMI-patiënten op een SEH is groter dan 50%

- Wat is de verklaring voor de meer dan 50% toe- of afname van het aantal patiënten in 2015 ten opzichte van 2016?
- Welke andere onderdelen van de richtlijn STEMI zijn aangepast of behoeven aanpassing?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is overleden, is relatief hoog of laag (voor 2016: meer dan 3,1%, of minder dan 1,5%)

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

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon-time is relatief kort (voor 2016: minder dan 15 minuten)

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

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon-time is relatief lang (voor 2016: meer dan 33 minuten)

– Hoe waarborgt het ziekenhuis een tijdige PCI?
– Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de gemiddelde *door-to-needle* of *door-to-balloon time* te verkorten?

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

– Welke informatie heeft het ziekenhuis standaard beschikbaar omtrent de beheersing van het PCIproces? Wanneer houdt zij dit standaard bij?

Het percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad is relatief laag in het ziekenhuis (in 2016: minder dan 71,5%)

– Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar dit lage percentage?
– Welk beleid hanteert het ziekenhuis voor het doen van een intake voor hartrevalidatie?

Het percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad is relatief hoog in het ziekenhuis (in 2016: 100%)

– Klopt dit aantal?
– Waaruit bestaat de intake voor hartrevalidatie?

10.3 Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.3.

Indicatoren

10.3.1 **Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens**

10.3.2 **Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's: interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid**

Inleiding

Cardiale resynchronisatie (CRT) is een bijzondere vorm van hartfalen waarbij er sprake is van ventriculaire dissynchroniteit. CRT is gebaseerd op afgifte van kleine elektrische pulsjes aan linker en rechter ventrikel. Een implanteerbare *cardioverter defibrillator* (ICD) detecteert en corrigeert ventriculaire dissynchroniteit. Een ICD is geïndiceerd bij levensbedreigende ritmestoornissen zoals ventrikelfibrilleren en tachycardie.

Resultaten

Tabel 10.3.1.1

Aantal pacemakers van verschillende typen

	Conventioneel	BVP zonder ICD	BVP met ICD	ICD zonder BVP
Instellingen	80	49	28	28
Gemiddeld	160,2	19,1	82,3	143,9
SD	82,7	19,5	53,7	84,1
Mediaan	144,5	14	65	130
P10	69,6	1,8	30,7	59,5
P90	261,3	36,8	158,5	261,1
Min	50	0	18	47
Max	413	108	247	347
Totaal	12.813	937	2.304	4.028

In 80 ziekenhuizen werden pacemakers geplaatst en al deze ziekenhuizen gaven aan ook pacemakers te verwisselen. In 28 van deze 80 ziekenhuizen werden er eveneens biventriculaire (BV) pacemakers (BVP) met en zonder ICD-functie geplaatst en in 21 ziekenhuizen plaatsten ze BVP zonder ICD-functie (en geen BVP met ICD). In 31 ziekenhuizen werden alleen conventionele pacemakers geplaatst. In totaal werden 12.813 conventionele pacemakers geplaatst, 937 BVP zonder ICD-functie, 2.304 BVP met ICD-functie en 4.028 ICD's zonder BVP.
Alle 80 ziekenhuizen voerden registratie uit op het inbrengen van een pacemaker. 75 (93,8%) van de ziekenhuizen registreerden aan de hand van de NVVC/NCDR/DIPR. Deventer Ziekenhuis (Deventer) registreerde met behulp van Dataspike. Isala (Zwolle) registreerde aan de hand van de landelijke zorgactiviteitscodes. Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar) registreerde via Mediaconnect. Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) registreerde via een eigen registratiesysteem naar eigen ontwerp. Het Westfriesgasthuis (Hoorn) was het onbekend op welke wijze zij registreerden. Alle ziekenhuizen toetsten aan externe referenties. Op de vraag 'toetst u uw eigen gegevens' antwoordden 77 ziekenhuizen bevestigend. MC Slotervaart (Amsterdam), Waterlandziekenhuis (Purmerend) en Westfriesgasthuis (Hoorn) gaven aan, hun eigen gegevens niet te toetsen. Het Waterlandziekenhuis gaf aan dat *adverse events* met betrekking tot lead dislocaties wel in de NCDR werden geregistreerd.

Tabel 10.3.2.1

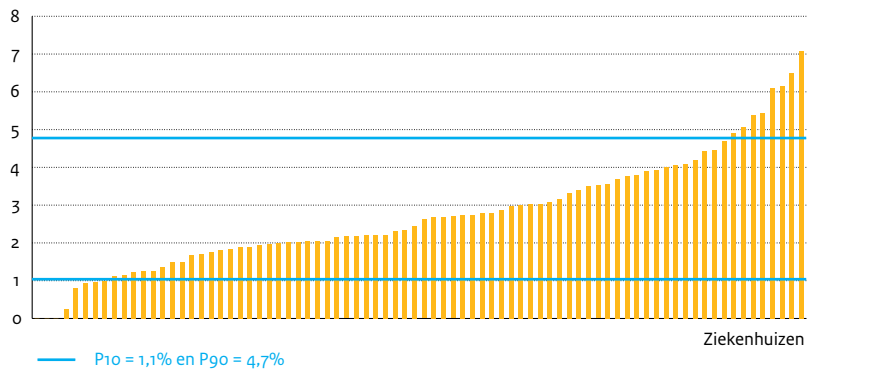
Aantal heringrepen en aantal ingebrachte devices

	Aantal heringrepen	Totaal aantal ingebrachte devices	Percentage
Aantal instellingen	80		
Gemiddeld	7,1	251,0	2,7%
Standaarddeviatie	7,4	201,7	1,5%
Mediaan	4,5	153,5	2,5%
P10	1,0	73	1,1%
P90	14,1	503,3	4,7%
Min	0	54	0%
Max	38	1.010	7,1%
Totaal	565	20.082	

De volgende ziekenhuizen hebben een percentage 'Interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid' van minder dan de P10 (1,1%): IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) (0%), St. Jans Gasthuis (Weert) (0%), Deventer Ziekenhuis (Deventer) (0%), OLVG (Amsterdam) (0,2%), ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) (0,8%), Westfriesgasthuis (Hoorn) (0,9%), Isala Diaconessenhuis (Meppel) (1%) en Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Alkmaar (Alkmaar) (1%).
De volgende ziekenhuizen hebben een percentage 'Interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid' meer dan de P90 (4,7%): Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) (4,9%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (5,1%), Waterlandziekenhuis (Purmerend) (5,4%), Antonius Ziekenhuis (Sneek) (5,5%), Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (6,1%), Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) (6,2%), Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) (7,1%) en Erasmus MC (Rotterdam) (7,4%).

Figuur 10.3.2.1

Percentage re-interventies



Aandachtspunten

Zichtbare aandacht bij problemen is goed, maar leidt ook tot andere vragen

De twee ziekenhuizen die het hoogste percentage re-do (heringrepen) hebben, geven beide een informatieve toelichting. In het Erasmus ziekenhuis (7,1%) is opgevallen dat de uitslagen zijn te herleiden tot één operateur in opleiding die inmiddels een andere rol heeft gekregen: *"De desbetreffende operateur fungeert nu als tweede operateur om zijn vaardigheden verder te ontwikkelen."* De problemen zijn tijdens het registratiejaar ontdekt en daarop zijn de bedoelde maatregelen genomen. Voor de inspectie is dat deels geruststellend. Zelf signaleren en maatregelen nemen is evident superieur aan retrospectief reageren op externe vragen. Ook is het dapper om een oorzaak binnen de eigen organisatie publiek te melden. Het is vooral dapper omdat het ook leidt tot vervolgvragen: welke waarborgen zijn er voor een veilige manier van werken van een operateur in opleiding? Het betreft hier potentieel 28 patiënten met schade. Hoe is dat afgehandeld? Wanneer wordt het signaal

zichtbaar dat een interventie noodzakelijk is? Kortom, welke wijzigingen zijn er aangebracht in het begeleidingsproces van operateurs in opleiding om dat veiliger te maken?

Parallelle melding van ziekenhuis en industrie

De andere toelichting is ook belangrijk. Het Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) meldt: *"De 14 redo's worden 13 keer veroorzaakt door problemen met een Sorin draad, Sorin RF46D. Dit hebben we ontdekt reeds in 2016 en hebben actie ondernomen. De firma is aan het beoordelen of andere ziekenhuizen dezelfde problemen met deze draad hebben. Totdat er meer duidelijk is, is de draad uit het assortiment gehaald. Sindsdien zien we geen problemen meer."* Dit is ook voor de inspectie een interessante opmerking. Leveranciers moeten ook aan de inspectie melden dat er ernstige problemen zijn geweest met een product. In dit geval bleken er ook een aantal meldingen over de draad bekend te zijn via de producent, ook uit dit ziekenhuis. Op die manier kan gewaarborgd worden dat actie wordt ondernomen als blijkt dat meerdere ziekenhuizen te maken hebben gehad met dit probleem. Uit een kort onderzoek bleek dat er tenminste een ander ziekenhuis was die hetzelfde probleem had gemeld.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan de landelijke normen op het gebied van registratie en analyse?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers of ICD's?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van de gebruikte implantatiematerialen?
- Wat is het beleid met betrekking tot landelijke registraties en het gebruik van benchmarkgegevens?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief hoog (voor 2016: meer dan 4,7%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daarvan de uitkomst?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Welke infectiepreventiemaatregelen zijn er vervolgens genomen?
- Wat was de uitslag van de audit door de infectiepreventiedeskundige van de ruimte waar de implantaties plaatsvinden?
- Voldoen deze aan OK level II?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (NCDR)?
- Wanneer wordt de raad van bestuur op de hoogte gesteld van een complicatiepercentage?
- Zijn daar afspraken over?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de resultaten te verbeteren?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief laag (voor 2016: minder dan 1,1%)

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

Het ziekenhuis neemt deel aan de NCDR, maar de NCDR is niet de bron van de indicatorinformatie

- Op welke wijze werken cardiologen en ziekenhuis samen om te komen tot een goed beeld van de toestand van de cardiologie?

10.4 Carotischirurgie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.4.

Indicatoren

10.4.1 Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct
10.4.2 Percentage complicaties

Inleiding

Een carotisstenose is symptomatisch bij een doorgemaakte cerebrale- of retinale ischemie in de afgelopen zes maanden bij een carotisstenose van >70%. Bij patiënten jonger dan 75 jaar moet het risico van een carotisendarteriëctomie (ischemie, overlijden) kleiner zijn dan 3% om efficiënter te zijn dan medicamenteuze behandeling[51]. De indicator Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct heeft tot doel de tijdspanne tussen symptomatologie en interventie te minimaliseren. De indicator Percentage complicaties heeft tot doel inzichtelijk te maken welk complicatierisico er is.

Resultaten

Tabel 10.4.1.1

Aantal dagen tussen operatie en eerste contact

	Patiënten met een interval > 21 dagen	Aantal uitgevoerde ingrepen	Percentage	Mediaan aantal dagen
Gemiddeld	3	45	7,2%	10,7
Standaarddeviatie	4	18	5,4%	1,5
Mediaan	3	42	6,1%	11,0
P10	1	23	1,5%	9,0
P90	6	70	14,0%	12,8
Totaal	182	2.389		

[51] http://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/beroerte/secundaire_preventie_van_beroerte/chirurgische_secundaire_preventie/indicaties_carotis_endarteriectomie.html

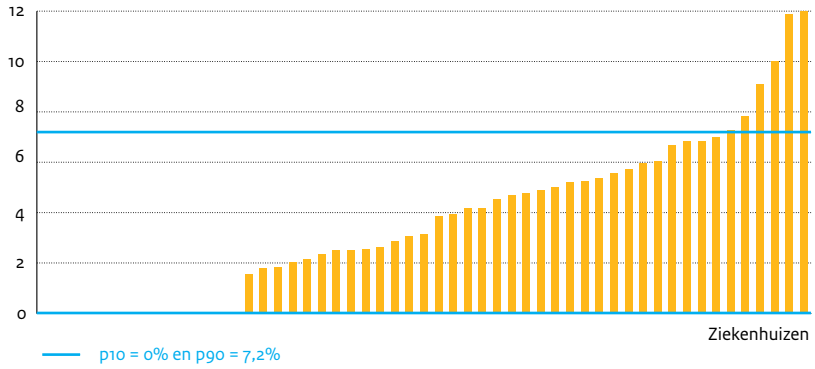
Tabel 10.4.2.1

Aantal complicaties bij een carotisingreep

	Complicaties	Carotisingreep	Percentage
Gemiddeld	1,7	44	3,7%
Standaarddeviatie	1,5	17	3,2%
Mediaan	1,0	42	3,1%
P10	0,0	23	0,0%
P90	4,0	66	7,2%
Totaal	91	2.336	

Figuur 10.4.2.1

Percentage complicaties



Van de 94 ziekenhuizen in totaal verrichtten 53 ziekenhuizen carotisendarteriëctomiën (56,4%). Al deze ziekenhuizen hadden de DACI-richtlijn volgens de definitie voldoende geïmplementeerd. De aanmelddatum was in alle gevallen de datum waarop de patiënt voor het eerst gezien was door een neuroloog of oogarts. Dit was óf de datum van het eerste polikliniekbezoek bij de neuroloog of oogarts óf de datum van het eerste contact met de neuroloog op de spoedeisende hulp. Dit is conform de richtlijn DACI.
Gemiddeld werden 45 ± 18 patiënten per ziekenhuis geopereerd. De mediaan van het aantal dagen tussen aanmelden en de carotisendarteriëctomie was 11 dagen.
Het gemiddeld percentage patiënten met een interval langer dan drie weken (21 dagen) tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriëctomie was 7,2% ± 5,4%. Er waren drie ziekenhuizen met opvallend hoge percentages ≥20%.

Het percentage patiënten dat een beroerte kreeg of overleed na een carotisingreep te hebben ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose is 3,7% ± 3,2%. Veertien ziekenhuizen rapporteerden 0%. Zes ziekenhuizen hadden een percentage >P90 (7,2%).

Aandachtspunten

Timing

De *timing* van een carotisendarteriëctomie is belangrijk in het voorkomen van een recidief vasculair incident. Een operatieve interventie is het meest effectief gebleken als deze wordt uitgevoerd binnen twee weken en nadat de neurologische symptomen zijn gestabiliseerd.[52] Het landelijk gemiddelde en de mediaan van het aantal dagen tussen aanmelden en de carotisendarteriëctomie is minder dan 21 dagen. Een aantal ziekenhuizen wijkt hiervan evident af. Deze ziekenhuizen hadden, in retrospectief, bij die patiënten die daadwerkelijk langer dan 21 dagen hebben gewacht op een carotisendarteriëctomie, de achterliggende oorzaak hiervan moeten achterhalen. Structurele (logistieke) tekortkomingen in doorlooptijden van het zorgtraject zouden hierbij aan het voetlicht kunnen komen en het traject zou kunnen worden aangescherpt. Het is aan de wetenschappelijke vereniging om te oordelen over de ziekenhuizen die negatief afwijken van het landelijk gemiddelde, en om te bepalen of deze ziekenhuizen gemachtigd blijven tot het uitvoeren van een carotisendarteriëctomie.

Patiëntenpopulatie nader onderzoeken

Het gemiddelde percentage patiënten dat een beroerte kreeg of overleed en dat een carotisingreep had ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose is landelijk gezien >3%. De ziekenhuizen die een percentage >3% hebben, doen er goed aan de patiëntenpopulatie nader te onderzoeken. Bij patiënten tot 75 jaar moet het complicatierisico van een carotisendarteriëctomie kleiner zijn dan 3% om efficiënter te zijn dan medicamenteuze behandeling.

Leeftijd en type interventie: in groter verband bekijken

De leeftijd van de patiënt is bij deze indicator niet meegenomen. Daarnaast zal bij een complicatieregistratie >3% gekeken moeten worden naar het type interventie: een trombocarotisendarteriëctomie met of zonder *patch*, eversie endarteriëctomie of carotis *stenting*. Dit zal in groter verband moeten plaatsvinden aangezien het aantal patiënten dat een beroerte kreeg of overleed na een carotisingreep in absolute aantallen per ziekenhuis gering is.

[52] https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief laag (voor 2016: lager dan 1,5%)

- Wat zijn de afspraken tussen vaatchirurgie en neurologie over de overdracht?
- Wordt het aanmeldmoment doorgegeven aan de vaatchirurg?
- Worden de processen geaudit?
- Houdt het ziekenhuis een gezamenlijke complicatieregistratie bij voor neuroloog en vaatchirurg?
- Is het beleid een afweging geweest tussen het gunstige effect van vroeg opereren en het mogelijk verhoogde risico op complicaties door vroeg opereren?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief hoog (voor 2016: hoger dan 14%)

- Hoe is de aanspreekcultuur in het ziekenhuis?
- Spreken neurologen de vaatchirurgen aan als het termijn niet gehaald wordt?
- Wanneer spreken vaatchirurgen de neurologen aan bij een vertraging in de verwijzing?
- Zijn er afspraken over termijnen en overdracht?

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief laag (voor 2016: 0%)

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar de kwaliteit van het registreren?
- Wat is de gemiddelde opnameduur?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief hoog (voor 2016: hoger dan: 7,2%)

- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?
- Is er onderzoek gedaan naar de oorzaak van het aantal complicaties?
  - Zo ja, wat was daarvan het resultaat?

10.5 Thoraxchirurgie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.5.

Indicatoren

10.5.1 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

Inleiding

De indicator Percentage diepe sternumwondproblemen signaleert het percentage post-operatieve complicaties na openhartchirurgie. De indicatoren 'Deelname landelijk risicogewogen mortaliteitsrisico NVT' en Percentage gebruik van *internal mammary artery* (tegenwoordig: *internal thoracic artery*) als graft werden in 2015 voor het laatst uitgevraagd.

Resultaten

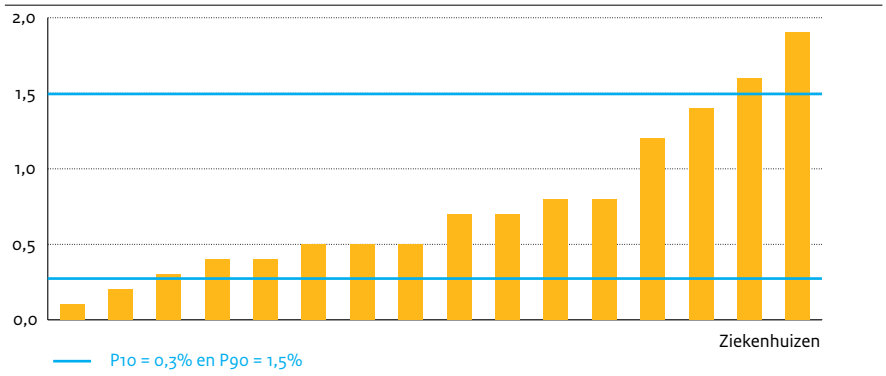
Tabel 10.5.1.1

Aantal en percentage sternumwondproblemen bij patiënten met een openhartoperatie

	Patiënten met wondproblemen	Aantal openhartoperaties	Percentage
Gemiddeld	8	996	0,7%
Standaarddeviatie	7	352	0,5%
Mediaan	6	879	0,6%
P10	2	713	0,3%
P90	15	1.415	1,5%
Min	1	551	0,1%
Max	27	1.949	1,9%
Totaal	125	15.929	

Figuur 10.5.1.1

Percentage sternumwondproblemen bij patiënten met een openhartoperatie



In totaal werden in 16 ziekenhuizen 15.929 openhartoperaties uitgevoerd in het verslagjaar 2016. Gemiddeld werden er 996 ± 353 openhartoperaties per ziekenhuis uitgevoerd. Het VUmc (Amsterdam) (551) en HagaZiekenhuis (Den Haag) (686) voerden minder dan P10 (713) openhartoperaties uit. Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) (1.455) en St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) (1.949) voerden meer dan P90 (1.415) openhartoperaties uit.
Het gemiddelde percentage diepe sternumwond problemen was 0,7% ± 0,5%.
Het Radboudumc (Nijmegen) heeft één (1) sterrnumwond probleem op 886 openhart-operaties (0,1%) en het Isala (Zwolle) heeft er drie op 1.374 openhartoperaties (0,3%). Deze percentages liggen op of onder de P10 (0,3%). Het UMCG (Groningen) had 14 sterrnumwond problemen (1,6%) op 852 openhartoperaties (1,6%) en het Catharina Ziekenhuis had 27 sterrnumwond problemen op 1.455 openhartoperaties (1,9%). Deze percentages liggen boven de P90 (1,5%).

Inspectie bevindingen

In 2015 bezocht de inspectie twaalf van de zestien centra voor hartchirurgie. De inspectie kopte: *"Het operatieve proces in de cardiothoracale chirurgie: veel aandacht voor de patiënt, elkaar aanspreken verbetert de uitvoering."* De inspectie concludeerde dat in enkele bezochte ziekenhuizen verbetering nodig was in de structuur en uitvoering van overdrachtsmomenten en de time-outprocedure. Het is belangrijk dat ziekenhuizen hiervoor blijvend aandacht houden, omdat juist op deze momenten belangrijke informatie gemist kan worden.
Het tellen van instrumenten, gazen en disposables aan het eind van de operatie moet beter, dit werd niet altijd consequent door twee personen uitgevoerd. In ziekenhuizen moet men elkaar blijven aanspreken op gedrag met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie. Het aantal deurbewegingen tijdens operaties kan minder en haren moeten beter bedekt worden door de muts. De informatieverstrekking aan patiënten voorafgaand aan de operatie over indicatie, alternatieven en na de operatie over nazorg en leefstijlbeperkingen was in alle bezochte ziekenhuizen voldoende. Patiënten waren hier zonder uitzondering erg tevreden over. Dubbelcheck bij medicatietoediening en het juist gebruiken van propofol was in de

bezochte ziekenhuizen duidelijk verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren. De inspectie dringt er bij alle professionals op aan om aandacht te houden voor het aanspreken van elkaar bij onvoldoende naleving van richtlijnen.[53]

Aandachtspunten

Opmerkelijk is dat het Catharina ziekenhuis (Eindhoven) meer dan P90 aantal openhart-operaties uitvoert en een hoger percentage diepe sternumwond problemen heeft dan P90. In dit geval is er dus geen sprake van hoger volume, minder complicaties. De inspectie heeft het idee dat er mogelijk sprake kan zijn van een definiëringsprobleem. Wanneer wordt een diepe sternumwond gerekend tot een complicatie die daadwerkelijk geregistreerd wordt? Is het zo dat de ziekenhuizen die een hoger percentage hebben sneller een diepe sternum-wond registreren dan die ziekenhuizen die een opvallend laag percentage hebben?
De inspectie verwacht hierop een antwoord vanuit de betrokken ziekenhuizen.
Het baart de inspectie zorgen dat de ziekenhuizen met een hoog percentage diepe sternumwondproblemen afgezet tegen het landelijk gemiddelde, geen toelichting gaven. Het is heel goed mogelijk dat er een plausibele verklaring is voor het hogere percentage. Dit vraagt om interne analyse van de ziekenhuizen zelf. Het UMCG (Groningen) heeft voor de derde keer op rij een percentage hoger dan P90. In *Het resultaat telt – ziekenhuizen 2015* gaf het UMCG destijds onder meer aan zich bewust te zijn van het hoge percentage diepe sternumwondproblemen en ook dat er naar aanleiding hiervan een gesprek heeft plaatsgevonden met vertegenwoordiging van de NVT.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage diepe sternumwondproblemen (mediastinitis) is relatief hoog of relatief laag (in 2015: meer dan 1,3% of minder dan 0,2%)

- Heeft het ziekenhuis de definitie gehanteerd zoals geformuleerd door de NVT?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd?
- Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het hoge of lage percentage patiënten met diepe sternumwond problemen?
- Wat is het beleid t.a.v. surveillance?
- Hoe is het beleid ten aanzien van infectiepreventie?
- Welke maatregelen treft het ziekenhuis om het aantal problemen te beperken?

[53] Het operatieve proces in de cardiothoracale chirurgie 2015

10.6 Atriumfibrilleren

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.6.

Indicator

10.6.1 Percentage nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHAD2VASC-score werd vastgelegd

Inleiding

Atriumfibrilleren moet gezien worden als een onderdeel van het cardiovasculaire morbiditeitsspectrum. De CHAD2VASC-score is een instrument voor het inschatten van het risico op een ischemisch cerebrovasculair incident (CVA).[54] De indicator CHAD2VASC-score geeft het percentage weer bij hoeveel nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter deze score is geregistreerd.

Resultaten

Tabel 10.6.1.1

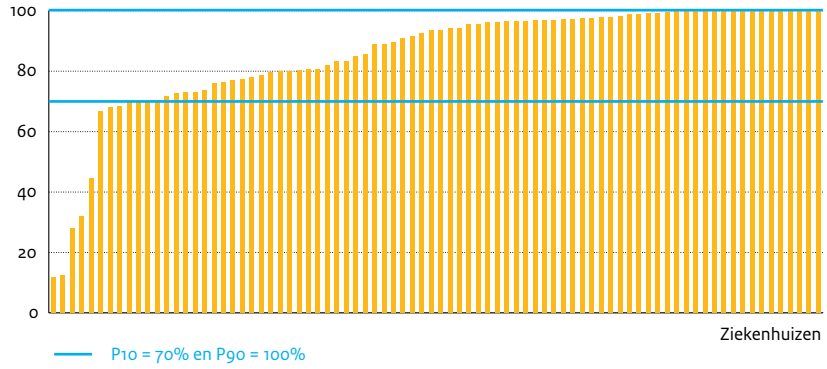
Vastgelegde CHAD2VASC-score bij aantal patiënten

	CHAD2VASC-score vastgelegd	Patiënten	Percentage
Gemiddeld	463,4	573	85,3%
Standaarddeviatie	319,5	348	18,9%
Mediaan	402,0	549	93,5%
P10	123,8	135	70%
P90	939,2	1.021	100%
Min	43,0	43	11,9%
Max	1.466,0	1.466	100%
Totaal	21.780	26.912	

[54] https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-atriumfibrilleren-tweede-partiele-herziening

Figuur 10.6.1.1

Percentage patiënten waarbij een CHAD2VASC-score is vastgelegd



82 ziekenhuizen gaven aan cardiologische zorg te bieden en alle ziekenhuizen hadden de beschikking over data betreffende de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter waarvan een CHAD2VASC-score werd vastgelegd (100%). 47 ziekenhuizen (57,3%) leverden de data aan van het complete cohort. De overige ziekenhuizen gaven aan een steekproef te hebben genomen. Van de ziekenhuizen die een volledig cohort hadden aangeleverd, werden gemiddeld 573 ± 384 nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter vastgesteld.
Het gemiddelde percentage CHAD2VASC-score was 85,3% ± 18,9%. Acht ziekenhuizen hebben een CHAD2VASC-score lager dan de P10 (70%). Deze ziekenhuizen zijn: VUmc (Amsterdam) (11,9%), VieCuri (Venlo en Venray) (12,4%), Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) (28,1%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (32,0%), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (44,5%), Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal) (66,7%), Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) (68%) en Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (68,4%). 16 ziekenhuizen hebben een percentage boven de P90 (100%).

Bespreking individuele ziekenhuizen

Het VUmc had het laagste percentage en gaf hierop de volgende toelichting: *"Begin 2016 is VUmc overgegaan op een nieuw EPD. In dit nieuwe EPD is voorzien dat op een vooraf bepaald veld een CHAD2VASC-score wordt genoteerd. Het bestaan en de locatie van dit veld was niet bekend bij alle gebruikers. Bij navraag blijken vele gebruikers op talloze andere plekken in het EPD een CHAD2VASC-score vast te leggen. Het is onmogelijk om per patiënt het gehele dossier te doorzoeken naar een CHAD2VASC-score. De alhier gemelde teller geeft aan hoe vaak een score is ingevuld in het vooraf bepaalde veld en is derhalve een forse onderschatting van het aantal keren dat een CHAD2VASC-score is vastgelegd in het dossier van een patiënt."*
De implementatie van een nieuw EPD levert vaker registratieproblemen op. Hieruit blijkt evenwel hoe belangrijk het is voor het leveren van kwalitatief goede patiëntenzorg om adequaat te communiceren en goede afspraken te maken over hoe wordt gedocumenteerd. 2016 is het eerste jaar dat de CHAD2VASC-score wordt geregistreerd, een vergelijking met het

percentage CHAD2VASC-score met andere jaren is dus niet mogelijk. De inspectie heeft een uitdrukkelijke voorkeur voor data van het gehele cohort.
Echter, in voorkomende gevallen zou ter overweging een relevante steekproef kunnen worden genomen waarbij wel het hele dossier wordt doorgenomen. De inspectie vertrouwt erop dat de data over het verslagjaar 2017 in goede orde worden aangeleverd.
VieCuri heeft een percentage dat maar een fractie hoger was. VieCuri geeft geen verklarende toelichting over het uiterst lage percentage. De inspectie spreekt er haar twijfel over uit of de aangeleverde data door het ziekenhuis zijn geanalyseerd. Als de data intern niet worden geanalyseerd, kunnen er op basis van de uitslag ook geen verbetermaatregelen worden ingezet. De inspectie vind dit een zorgelijk signaal.
De toelichting van de Reinier de Graaf Groep is even verbazingwekkend als uitermate zorgelijk te noemen: *"Alle patiënten worden op basis van klinische blik gescreend om de indicatie voor antistolling in te schatten. Wanneer op basis van twee criteria duidelijk is dat een patiënt minimaal 2 scoort, geeft het invullen van de totale score voor de behandeling geen extra inzichten."* Op basis van deze toelichting concludeert de inspectie dat de Reinier de Graaf Groep zich niet conformeert aan de door de wetenschappelijke vereniging ontwikkelde indicator CHAD2VASC-score.
Het feit dat toch iets meer dan een kwart van de nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren/ atriumflutter wel gescreend worden met de CHAD2VASC-score, zou erop kunnen wijzen dat er onder de medisch specialisten geen eenduidig beleid is bij deze patiëntencategorie. Dit is een helder signaal en de raad van bestuur van de Reinier de Graaf Groep zou hierop passende maatregelen moeten nemen.

Aandachtspunten

Unieke plek voor invoer van essentiële informatie noodzaak

De inspectie voert regelmatig statusonderzoek uit in het kader van toezicht. Een van de opvallende problemen die daarbij aan het licht komt is de veelheid aan plaatsen waar essentiële informatie kan worden opgeschreven. Voorbeelden daarvan zijn meerdere plaatsen voor informatie over allergieën of medicatie. Problemen ontstonden bijvoorbeeld doordat zorgverleners concludeerden dat er geen allergie aanwezig was. Die was er wel, maar die informatie stond op een andere, onverwachte plek. Dat was een probleem in het tijdperk van papieren dossiers, maar dat blijkt ook een probleem in de tijd van de EPD's. Ziekenhuizen melden dat zij laag scoren omdat de informatie ergens in het EPD is opgeschreven, maar niet op de plek die daarvoor bedoeld was. Antistolling is hoogrisico medicatie. De indicatie daarvoor moet goed vindbaar vastgelegd worden. Maar een EPD is ook een communicatiemiddel: ervoor zorgen dat de ander de informatie óók kan vinden, is een van de voorwaarden voor goede communicatie. De ziekenhuizen die om deze reden slecht scoren, staan dan ook op de goede plaats: onderaan.

Dubbele indicatie voor antistolling? Duidelijk vastleggen

De CHAD2VASC stelt de indicatie voor antistolling, ook als de patiënt die om andere redenen al krijgt. De Ziekenhuisgroep Twente geeft de volgende toelichting: *"Patiënten die al wel met antistolling werden behandeld en er dus geen noodzaak meer was de CHAD2 VASC score af te nemen zijn meegeteld."* Met andere woorden, het is niet noodzakelijk om de indicatie voor antistolling

vast te leggen als de patiënt al antistolling krijgt om andere redenen. Dat lijkt een tijdsbesparing, maar dat is het niet. Gezien het risico op herseninfarcten zou een cardioloog in dat geval moeten vaststellen dat de andere voorschrijver het medicament net zo lang heeft voorgeschreven als dat voor het atriumfibrilleren noodzakelijk zou zijn. Een eenvoudig rampscenario is dat de andere indicatie vervalt en daarmee de antistolling, met een herseninfarct als gevolg. In ieder geval moet duidelijk zijn dat er een dubbele indicatie is voor antistolling.

Antistolling hoogrisico medicament

Antistolling als hoogrisico medicament. Antistolling is een van de medicamenten waarover de inspectie een hoog aantal meldingen binnenkrijgt en waarbij – blijkt uit onderzoek – de meeste *vermijdbare* schade optreedt, door medicatie veroorzaakt. Dat stelt extra eisen aan het gebruik, om het veilig te houden. Een van die eisen is het zorgvuldig documenteren van de reden van gebruik. Zorgverleners die de medicatie aanpassen of (tijdelijk) stoppen kunnen zo beter beoordelen wat de gevolgen van hun handelen zijn. Dat geldt voor alle voorschrijvers van antistolling, niet alleen voor cardiologen. Maar de grote verschillen in de implementatie van de score laten zien dat hier nog veel winst te behalen is.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met een vastgelegde CHADVASC2 score is laag (2016 < 70%)

– Welk beleid voert het ziekenhuis rond de veiligheid van het gebruik van antistolling?
– Is er een ziekenhuisbreed beleid rond het veilig gebruik van hoogrisico medicatie?

Het ziekenhuis vermeldt in de toelichting dat zorgverleners de informatie over de CHADVASC2 elders vastleggen.

– Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het standaardiseren van voor de veiligheid van de patiënt essentiële informatie, zoals allergieën?

11 Bewegingsapparaat

Dit hoofdstuk bevat dit jaar geen eigen indicatoren.

12 Infectieziekten

12.1 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 12.1.

Indicator

12.1.1 Sepsisscreening [op de Intensive Care afdeling (IC)]

Inleiding

Screening op sepsis is belangrijk voor een snelle onderkenning van dit ernstige ziektebeeld dat soms fatale gevolgen heeft. De screening op sepsis bestaat uit drie vragen:

1 Is er sprake van verdenking op een nieuwe infectie?
2 Zijn er twee of meer *Systemic Inflammatory Response Syndrome* (SIRS)-criteria aanwezig?
3 Is er sprake van een (niet-chronische) orgaandisfunctie?

De antwoorden op deze vragen zouden een betrouwbare en snelle herkenning van sepsis op een verpleegafdeling kunnen opleveren. Bij de implementatie van de indicator is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) in eerste instantie gekozen voor sepsisscreening op de (kinder-) intensive care.

Resultaten

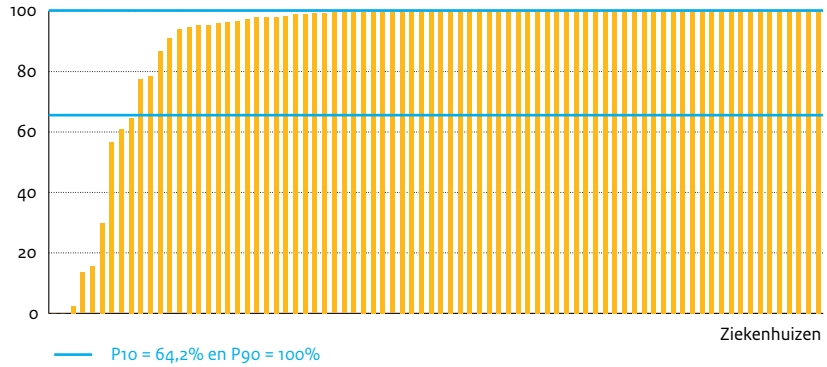
Tabel 12.1.1.1

Sepsisscreening op de IC

	Screening	Patiënten	Percentage
Gemiddeld	820	943	90,4%
Standaarddeviatie	736	817	24,6%
Mediaan	576	690	100%
P10	117	247	64,2%
P90	2.082	2.154	100%
Min	0	0	0%
Max	3.275	3.275	100%
Totaal	66.413	67.355	

Figuur 12.1.1.1

Percentage patiënten gescreenend op sepsis bij opname op de IC.



81 van de 94 Nederlandse ziekenhuizen gaven aan over een (kinder-)IC te beschikken (86,2%). Het gemiddelde screeningspercentage was 90,4% ± 24,6%. 44 ziekenhuizen (54,3%) hebben een screeningspercentage van 100%. Acht ziekenhuizen hebben een screeningspercentage < P10 (64,2%); Tergooi (Blaricum en Hilversum) (0%), UMCG (Groningen) (0%), VUmc (Amsterdam) (2,4%), UMC Utrecht (Utrecht) (13,6%), Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk) (15,5%), Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) (29,8%), Isala Diaconessenhuis (Meppel) (56,5%) en Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) (60,9%).

Aandachtspunten

Sepsisscreening op de IC minder volledig dan verwacht?

De NVIC heeft voorgesteld de indicator sepsisscreening op de IC als tijdelijke indicator op te voeren. In principe is elke indicator tijdelijk, maar hier was sprake van een bijzonder geval. Het werd door veel partijen noodzakelijk geacht om aandacht te besteden aan een betrouwbare en snelle herkenning van sepsis. Daarbij werd gedacht dat een snelle herkenning op de verpleegafdeling de bottleneck zou zijn. De tijd werd echter te kort geacht voor het ontwikkelen van een goede indicator voor de verpleegafdeling. Daarom is als tussenmaatregel gekozen voor het documenteren van de screening bij opname op de (kinder-)IC. De aanname daarbij was dat alle (kinder-)IC's dit volledig voor elkaar zouden hebben. Bij alle patiënten zou dit voor 100% vastgelegd zijn. Een sepsis is een dermate ernstige aandoening dat de aandacht hiervoor zeker gedocumenteerd zou zijn. Bij 44 ziekenhuizen is dit voor 100% het geval en dus conform de verwachtingen. Bij 24 instellingen ligt het percentage tussen de 90 en 100% en is er een enigszins onverwachte ruimte voor verbetering. Dat er ziekenhuizen zouden zijn waar ze op de (kinder-) IC niet systematisch en verifieerbaar screenen op sepsis: dat was onverwacht.
Enkele toelichtingen roepen ook vragen op over het begrip van wat een screening is. Tergooiziekenhuis (Hilversum en Blaricum): *"We houden geen sepsisdata bij, vroeger wel. De IC screent niet op sepsis. Dit heeft voor ons geen toegevoegde waarde en zal niet leiden tot vroegere herkenning*

en bv eerder toedienen van antibiotica. Bij iedere patiënt zonder duidelijke diagnose vragen wij onszelf af: heeft deze patiënt wellicht een sepsis. Het vervolgens naderhand (bv volgende dag) nalopen van een scoringslijst is volstrekt zinloos". UMCG (Groningen): *"Het stellen van de in de indicator genoemde vragen:1) Is er een verdenking op een nieuwe infectie?2) Zijn er twee of meer van de SIRS-criteria aanwezig? 3) Is er sprake van orgaandisfunctie (en niet chronisch bestaand) is intrinsiek onderdeel van de normale professionele beoordeling op een IC. Dit wordt niet apart geregistreerd. In de NICE-registratie zijn 86 patiënten te vinden waarbij sepsis een (van de) opnamediagnose(s) is."* UMC Utrecht: *"De teller en noemer zijn van de periode januari tot en met juli 2016. Alleen van deze data zijn zowel de opnamediagnose als de SIRS-criteria gevalideerd. Gegevens van de maanden augustus tot en met december 2016 zijn nog niet gevalideerd."* Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede), Isala, Diaconessenhuis en Catharina Ziekenhuis gaven geen toelichting op hun lage screenings-percentages.
Voor de populatie op de Neonatologie en de kinder-IC gaf het VUmc (Amsterdam) aan: *"Het betreft gegevens van IC kinderen. Op IC volwassenen en IC neonatologie wordt de diagnostiek en behandeling van sepsis in de decursus van het EPD vastgelegd."*
Uit voorgaande toelichtingen blijkt dat de indicator Sepsisscreening op de IC niet voor alle ziekenhuizen een eenduidige betekenis heeft. Wil een screening zinvol zijn dan moet dat gebeuren bij aanvang van de IC-opname. De screening is bedoeld om een systematische evaluatie te ondersteunen, ook bij patiënten met een op het eerste gezicht duidelijke diagnose. Daarnaast is de indicator Sepsisscreening op de IC van toepassing op zowel de volwassenen- als ook op de kinder-IC.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten gescreend op sepsis is laag (2016: 64,2%)
- Hoe wordt tijdige herkenning van patiënten met sepsis gewaarborgd?
- IS het mortaliteitspercentage bij sepsis bekend?
- Welke analyses zijn hierop uitgevoerd?

12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 12.2.

Indicatoren

12.2.1 Gebruik scoresysteem CAP
12.2.2 Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP

Inleiding

Community acquired pneumonia (CAP) is een veel voorkomende aandoening met een hoge mortaliteit en morbiditeit, met name bij ouderen en immuun gecompromitteerde patiënten[55]. Vroegtijdige herkenning van een bacteriële infectie en tijdige en gepaste toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van de behandeling en de uitkomst van ernstige infectieziekten. Het bepalen van de ernst van de ziekte bij de patiënt met pneumonie is belangrijk bij het kiezen van de optimale initiële behandelstrategie. De indicator 'Gebruik scoresysteem CAP' signaleert op een adequate diagnosestelling en behandeling van CAP. De indicator 'Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP' geeft inzicht in het functioneren van de afdeling SEH, de samenwerking tussen arts en verpleegkundige en de medicatieprocessen.

Resultaten

Tabel 12.2.1.1

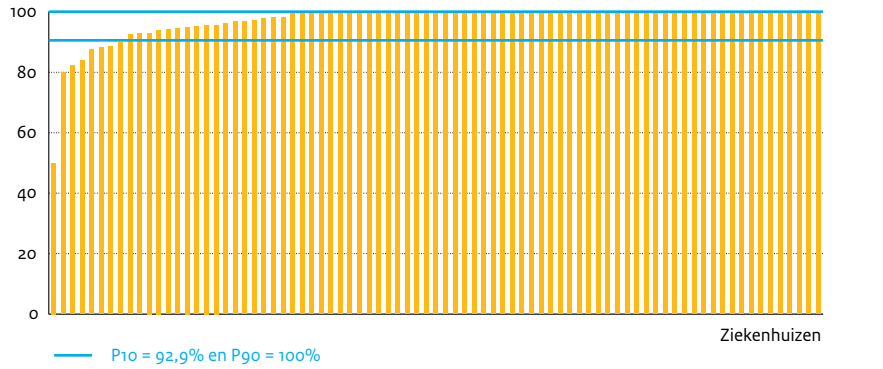
Aantal patiënten met antibiotica binnen 4 uur

	Patiënten met antibiotica binnen 4 uur	Totaal aantal patiënten	Percentage
Gemiddeld	29	30	97,2%
Standaarddeviatie	22	22	6,9%
Mediaan	23	23	100%
P10	12	14	92,9%
P90	57	58	100%
Min	8	8	50%
Max	137	137	100%
Totaal	2.364	2.427	

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

Figuur 12.2.1.1

Percentage patiënten met CAP met tijdig toegediende antibiotica



In 81 ziekenhuizen werden patiënten met een CAP opgenomen. In totaal werden 2.427 patiënten met een CAP opgenomen op de intensive care. Radboudumc (Nijmegen) en Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade) gebruikten niet het scoresysteem CAP. Radboudumc gaf de volgende toelichting: *"De IC gebruikt andere criteria (bijvoorbeeld MEWS) om te beoordelen of een patiënt met CAP op de IC opgenomen moet worden."* Tien ziekenhuizen hebben een percentage 'Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP' lager dan P10 (92,6%). Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) heeft het laagste percentage met 50% (acht van de 16), de overige ziekenhuizen hebben allemaal een percentage van 80 of hoger.

Aandachtspunten

Enorme variatie in aantal patiënten

Het aantal patiënten opgenomen in de indicator varieert enorm (factor 65, tussen de 2 en 135). Er is geen enkele relatie tussen het aantal operaties en de afmeting van het ziekenhuis. Het grootste aantal is afkomstig uit een van de kleinste ziekenhuizen (Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer)) in vergelijking met bijvoorbeeld het Meander ziekenhuis dat 8 patiënten met CAP opneemt op de IC.
Dat is een aanwijzing dat een van de doelen, het beter voorspelbaar maken van de opnameindicatie nog niet is gelukt. Het scoresysteem is bedoeld om de beoordeling beter voorspelbaar te maken. Het scoresysteem is vrijwel volledig ingevoerd. Op het eerste gezicht heeft dat nog niet geleid tot een beter gestandaardiseerde beoordeling.
Zowel de indicator Gebruik scoresysteem CAP als de indicator Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP vraagt de inspectie in 2017 niet meer uit. Het doel van beide indicatoren is bereikt. Er is meer aandacht gekomen voor het diagnostische proces door het gebruik van het scoresysteem CAP en voor tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP.

De inspectie stelt in 2017 geen vragen naar aanleiding van deze indicator.

13 Longen

Dit hoofdstuk bevat dit jaar geen eigen indicatoren.

14 Maag-darm-lever (MDL)

14.1 Time-out procedure endoscopische verrichtingen

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 14.1.

Indicator

14.1.1 Time-out procedure endoscopische verrichtingen

Inleiding

In een time-out procedure (TOP) wordt getoetst of aan de veilige voorwaarden is voldaan om te starten met een endoscopische verrichting. Met een TOP kunnen problemen herkend en opgelost worden voordat ze tot patiëntschade leiden. Voor de inspectie is een TOP een randvoorwaarde om een endoscopische verrichting verantwoord te kunnen uitvoeren.

Resultaten

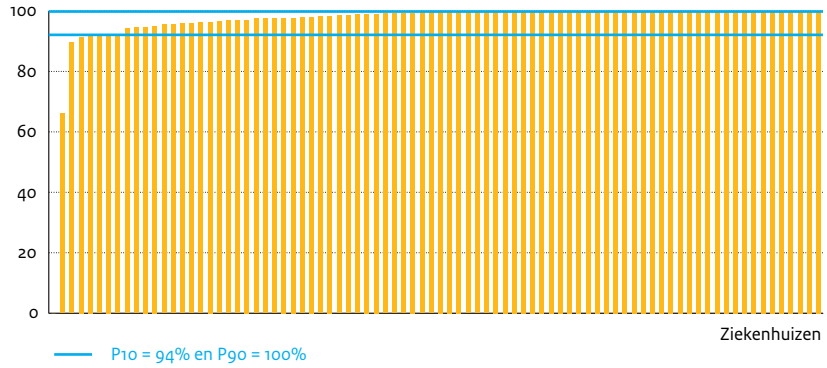
Tabel 14.1.1.1

Aantal time-outs en verrichtingen

	Time-outs	Verrichtingen	Percentage
Gemiddeld	5.849,6	5.988,5	96,7%
Standaarddeviatie	3.314,0	3.405,3	11,5%
Mediaan	5.513,5	5.711	99,6%
P10	2.237	2.313	94%
P90	10.558	10.844	100%
Min	0	3	0%
Max	15.755	16.077	100%
Totaal	491.363	503.031	

Figuur 14.1.1.1

Percentage verrichtingen met time-out



84 ziekenhuizen gaven aan endoscopische verrichtingen uit te voeren (89,4%). Gemiddeld werden 5.988,5 ± 3.405,5 endoscopische verrichtingen per ziekenhuis uitgevoerd. Vijf ziekenhuizen gaven aan de TOP niet in een digitaal verslagsysteem vast te leggen: Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen), Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen), MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord), Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden) en Waterlandziekenhuis (Purmerend). Vier van de vijf ziekenhuizen gaven aan een papieren TOP te volgen die vervolgens in het patiëntendossier werd ingescand. Het Waterlandziekenhuis gaf geen toelichting. Gemiddeld werd de TOP in 96,7% ± 11,5% van de endoscopische verrichtingen verricht en vastgelegd. De volgende ziekenhuizen hadden een percentage lager dan de P10 (94,4%): Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden) (0%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (66,1%), Antonius Ziekenhuis (Sneek) (89,5%), Tergooi (Blaricum en Hilversum) (91,4%), BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) (91,8%), Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) (91,9%), VUmc (Amsterdam) (92,0%) en het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes, Ziekerzee, Vlissingen en Middelburg) (92,2%). Het Radiotherapeutisch Instituut Friesland gaf de volgende toelichting: *"Er zijn drie brachytherapie oesofaguscarcinoma uitgevoerd in 2016, daarna is deze behandeling gestaakt."* De inspectie oordeelt dat met een TOP problemen herkend en opgelost kunnen worden ter voorkoming van mogelijke complicaties. Voor de inspectie is een TOP dan ook een randvoorwaarde om een endoscopische verrichting verantwoord te kunnen uitvoeren. Het Radiotherapeutisch Instituut Friesland heeft hier niet aan voldaan, ook al is het aantal endoscopische verrichtingen gering. Het Amphia Ziekenhuis gaf de volgende toelichting: *"De TOP op het endoscopiecentrum is in 2016 aangescherpt en verkort. Hiervoor is een nieuwe EPD-werkwijze ontwikkeld. Deze is vanaf het tweede kwartaal 2017 volledig geïmplementeerd."* De inspectie vertrouwt erop dat de TOP in 2017 volledig is geïmplementeerd. Het VUmc meldde: *"De noemer bevat ook de patiënten die een fibroscan, anale echo, anale manometrie of slokdarmmanometrie in VUmc hebben ondergaan. Deze verrichtingen betreffen geen endoscopische verrichtingen zoals in deze indicator wordt bedoeld en tot heden zijn bij deze verrichtingen geen TOP geregistreerd. Voor een aantal van deze verrichtingen zal in 2017 de TOP worden geregistreerd."* De inspectie merkt hierbij op dat voor een goede registratie de patiëntengroep in de teller

dezelfde patiëntengroep in de noemer moet betreffen. Met het vermengen van patiënten die niet toe de patiëntengroep behoren waarvoor de indicator bedoeld is, wordt het percentage lager.

Aandachtspunten

De indicator 14.1.1 TOP endoscopische verrichtingen vraagt de inspectie in 2017 niet meer uit. Het doel van de indicator is bereikt: er is meer aandacht gekomen voor de TOP bij endoscopische verrichtingen. De ziekenhuizen die de TOP procentueel minder dan de P10 uitvoeren, moeten de interne controle op het naleven en registreren van de TOP aanscherpen.

14.2 Deelname aan de ERCP-kwaliteitsregistratie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 14.2.

Indicator

14.2.1 Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie

Inleiding

De Endoscopische Retrograde Cholangio Pancreaticografie (ERCP) heeft een relatief hoog complicatierisico binnen de endoscopische verrichtingen. De Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) heeft ervoor gekozen om een kwaliteitsregistratie in te richten en geen volumenorm in te voeren. Met de deelname aan de ERCP-kwaliteitsregistratie is een belangrijk mechanisme van kwaliteitsbewaking ingesteld. De indicator Deelname aan de ERCP-kwaliteitsregistratie signaleert als niet aan de randvoorwaarde van een adequate kwaliteitsregistratie van risicovolle processen wordt voldaan.

Resultaten

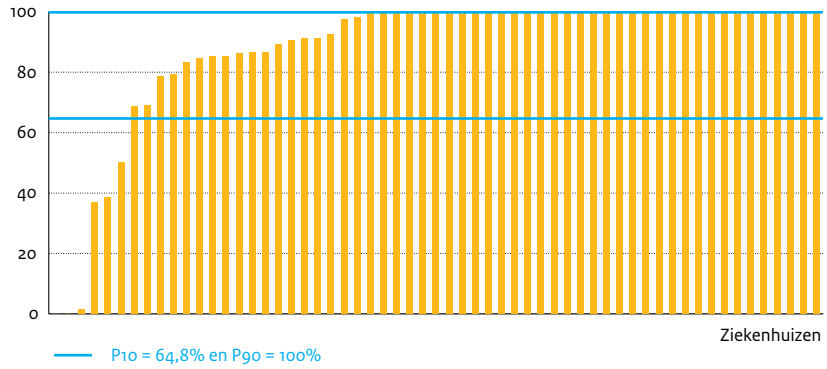
Tabel 14.2.1.1

Aantal ERCP's opgenomen in de landelijke registratie

	Aantal ingevoerd	Aantal ERCP's	Percentage
Gemiddeld	191	231	87,6%
Standaarddeviatie	129	161	24,8%
Mediaan	166	207	100%
P10	49	72	64,8%
P90	354	372	100%
Min	0	28	0%
Max	608	916	100%
Totaal	11.272	13.645	

Figuur 14.2.1.1

Percentage ERCP opgenomen in de landelijke registratie



In 69 van de 94 ziekenhuizen (73,4%) werden ERCP's uitgevoerd. Dat is zes ziekenhuizen minder dan in 2015. Er werd door 59 ziekenhuizen deelgenomen aan de ERCP-kwaliteitsregistratie (85,5%). In de volgende tien ziekenhuizen zijn ERCP's verricht en is er geen deelname aan de ERCP-kwaliteitsregistratie: Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne), Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam), Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten), Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg), Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Vlietland Ziekenhuis (Schiedam), Tergooi (Blaricum en Hilversum), UMC Utrecht (Utrecht), Westfriesgasthuis (Hoorn) en Wilhelmina Ziekenhuis (Assen). In totaal werden er 13.645 ERCP's verricht en 11.272 ERCP's geregistreerd in de landelijke ERCP-kwaliteitsregistratie (82,6%). Gemiddeld werd 87,6% ± 24,8% van de ERCP's geregistreerd. 35 ziekenhuizen registreerden 100% (P90) van de uitgevoerde ERCP's in de landelijke ERCP-kwaliteitsregistratie (50,7%). Zes ziekenhuizen registreerden minder dan P10 (64,8%) van de uitgevoerde ERCP's in de landelijke ERCP-kwaliteitsregistratie: Het HagaZiekenhuis (Den Haag) (0%), Het Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (0%), Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal) (1,6%), Alrijne Ziekenhuis (Leiderdorp en Leiden) (37%), Erasmus MC (Rotterdam) (38,5%) en Radboudumc (Nijmegen) (50%). Veel van deze ziekenhuizen gaven in de toelichting aan dat deelnemen aan de ERCP-kwaliteitsregistratie moeizaam verloopt door het ontbreken van de koppeling van het EPD met VREST. De inspectie concludeert hieruit dat deze ziekenhuizen de registratie in de ERCP-kwaliteitsregistratie niet hebben geïmplementeerd in het zorgtraject en dat hiermee niet wordt voldaan aan de randvoorwaarde van een adequate kwaliteitsregistratie van risicovolle processen. Het Radboudumc kwam met de volgende toelichting: *"De teller is gebaseerd op een aanname, omdat een deel van de scopisten systematisch heeft geregistreerd in VREST en het andere deel heeft niet consequent geregistreerd i.v.m. inlogproblemen."* Hier is sprake van een zorgelijke situatie. Intern zijn er tussen medisch specialisten geen afspraken gemaakt over de wijze van registreren. Een aanname van de teller is een signaal dat de registratie van risicovolle processen onvoldoende is. Het VUmc (Amsterdam) (69,1%) gaf de volgende toelichting: *"Niet iedere ERCP-ist heeft zijn verrichtingen in VREST geregistreerd. Dit heeft de aandacht van de MDL-*

artsen en dit zal de registratie in 2017 verbeteren." Het VUmc geeft er hiermee blijk van dat zij haar data intern analyseert en verbeteracties aankondigt. De inspectie zal voor het verslagjaar 2017 de ingezette verbeteracties monitoren.

Aandachtspunten

Tegenstrijdige berichten leiden tot onduidelijkheid

De indicator 'deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie' is ontwikkeld door de wetenschappelijke vereniging van de NVMDL. Onder de NVMDL bestond in 2016 geen uniformiteit en werd het belang van de ERCP kwaliteitsregistratie niet door alle ziekenhuizen onderschreven. Tien ziekenhuizen waar ERCP's worden verricht registreren niet in de door het veld ingerichte ERCP kwaliteitsregistratie. De inspectie vind het onacceptabel en verplicht de raden van bestuur van bovengenoemde ziekenhuizen tot het nemen van de regie.
De inspectie verwacht van alle ziekenhuizen waar ERCP's worden verricht dat er wordt deelgenomen aan de ERCP kwaliteitsregistratie. De les uit het traject rondom deze indicator is dat eenduidige communicatie belangrijk is. Hier zullen partijen samen beter opletten.

Meerdere specialismen voeren de ERCP uit, maar dat vraagt wel waarborgen dat zij ook kunnen deelnemen aan de registratie

Tijdens de ontwikkeling van de indicator bestond er geen duidelijkheid over de vraag of internisten ook ERCP's uitvoerden. Het was zeker dat in ieder geval één internist dat deed. Dat heeft grote gevolgen voor het inrichten van registratie en indicator. De DBC-codes die internisten gebruiken zijn anders, maar ook de financiële regelingen rond de registratie kunnen complex zijn. In ieder geval moet het uitgangspunt zijn dat alle uitvoerders, ongeacht hun specialisme, deel kunnen nemen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert nog steeds ERCP's uit en registreert geen ingrepen

- Wanneer is het ziekenhuis gestart met invoer?
- Indien dat nog niet het geval is:
  - Wat is daarvan de reden?
  - Is het ziekenhuis van plan om ERCP's te blijven uitvoeren?
    - Zo ja, welke kwaliteitswaarborgen zijn dan ingevoerd?

15 Zenuwstelsel

15.1 Parkinson

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 15.1.

Indicator

15.1.1 Parkinsoninzicht (DPIA)

Inleiding

Deze kwaliteitsregistratie is in 2015 van start gegaan. De Dutch Parkinson Insight Audit (DPIA) richt zich op een groep chronische patiënten. De meeste kwaliteitsregistraties richten zich op een electieve groep patiënten die vaak operatief wordt behandeld. Dit is de eerste registratie van dit type dat opgenomen is in de Basisset. De opname in de set ging, zoals altijd, parallel aan de uitrol van de registratie over Nederland. Gezien het bijzondere karakter van de registratie waren er kinderziekten te verwachten in 2016.

Resultaten

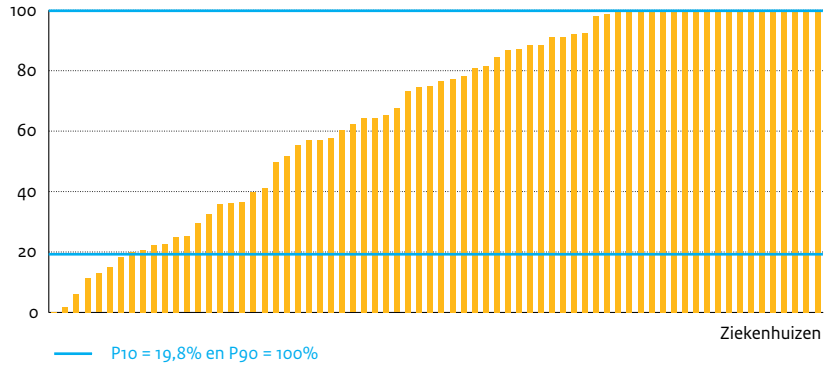
Tabel 15.1.1 1

Aantal patiënten opgenomen in de registratie

	DPIA	Patiënten	Percentage invoer
Gemiddeld	224,3	362	66,9%
Standaarddeviatie	181,3	222	32,1%
Mediaan	170	283	75,7%
P10	57,9	145	19,8%
P90	474,5	700	100%
Min	0	57	0,2%
Max	794	906	100%
Totaal	15.699	25.368	

Figuur 15.1.1.1

Percentage patiënten opgenomen in de registratie



82 ziekenhuizen behandelden patiënten met de ziekte van Parkinson (87,2%). 11 van deze ziekenhuizen gaven aan niet te registreren in ParkinsonInzicht (13,4%). Van ziekenhuizen die wel registreerden in ParkinsonInzicht werden gemiddeld 362 ± 222 patiënten ouder dan 18 jaar met de ziekte van Parkinson behandeld (min=57 max=906). Het gemiddelde percentage DPIA-registratie was 66,9 ± 32,1%. Achttien ziekenhuizen (22,0%) registreerden 100% in ParkinsonInzicht. Zeven ziekenhuizen registreerden <P10 (19,8%) in ParkinsonInzicht. In totaal zijn er 15.699 van 25.368 individuele patiënten opgenomen in de kwaliteitsregistratie ParkinsonInzicht.
In het eerste jaar van deze registratie bleek de registratielast te hoog om ieder consult in ParkinsonInzicht te registreren. Daarom heeft de wetenschappelijke commissie eind 2015 besloten en gecommuniceerd dat in 2016 niet *elk* consult geregistreerd hoeft te worden, maar slechts *één* consult per jaar. DICA en MRDM hebben deze afgesproken wijzigingen helaas pas per mei 2016 kunnen realiseren. Ondanks herhaalde communicatie van de NVN naar de neurologen, heeft dat ertoe geleid dat er in de eerste helft van 2016 onduidelijkheid is ontstaan over het starten en invullen van de DPIA-registratie. Dit blijkt ook uit de toelichting die veel ziekenhuizen aan de inspectie hebben gegeven en het heeft zijn weerslag op de resultaten van deze indicator.

Aandachtspunten

In 2015 is er binnen de NVN discussie geweest over de zwaartelast van de registratie. Dit heeft geleid tot een aanpassing in 2016. De technische problemen bij het omzetten naar éénmaal registeren per jaar in de eerste helft van 2016 en de verwarring die daardoor is ontstaan, heeft geresulteerd in de verlate implementatie van de indicator Deelname aan ParkinsonInzicht (DPIA). Een aantal van de volgende toelichtingen zijn hiervan een voorbeeld: *"Deel van het jaar geregistreerd ten gevolge van discussie in de vereniging." "Naar aanleiding van berichtgeving (begin 2016) vanuit de beroepsvereniging is DPIA niet verder bijgehouden." "De verplichte kwaliteitsregistratie van ParkinsonInzicht voor 2016 heeft onder de neurologen tot veel weerstand en discussie geleid waardoor het verplichte karakter van registratie 2016 lang onduidelijk is geweest."*

Veel van de toelichtingen van de instellingen gaan hierover. "Bijna geheel 2016 is er grote onduidelijkheid geweest (landelijk) over de kosten van deze registratie, gezien de aard van de te beantwoorden vragen en de hoge druk op de (extra) inzet van personeel is in 2016 nog niet gestart." "In 2017 is gestart met registratie." "De deelname aan DPIA is niet verplicht."

Bovenstaande reacties laten zien dat de discussie binnen de NVN heeft geleid tot veel onduidelijkheid over de doelstelling van de registratie. De aanleiding voor de discussie was tweeërlei: de zwaartelast en – later – de technische problemen. Het is echter essentieel dat er voor de implementatie van een registratie voldoende draagvlak wordt gecreëerd door de NvN. Technische kinderziekten helpen dan niet. De inspectie verwacht dan ook dat in 2017 de kinderziekten zijn overwonnen en de registratie door alle zorgaanbieders wordt gedragen. Zij is er wel van op de hoogte dat er ook begin 2017, bij de conversie naar het nieuwe registratiejaar, technische problemen zijn geweest, waardoor de registratie-mogelijkheid pas per 7 april 2017 op orde was.

Impact toelichting ziekenhuis niet onderschatten

De inspectie vindt het belangrijk dat neurologen zich realiseren wat de impact van de toelichting van het ziekenhuis op het beeld van hun zorgverlening kan zijn. Zoals in de inleiding is gesteld: een indicator is een manier om met 'de buitenwereld' te communiceren over de geleverde zorg. Het is jammer als er een (mogelijk onterecht) negatief beeld ontstaat over een activiteit, terwijl er gezien de aard van de registratie ervan kinderziekten te verwachten zijn. De individuele toelichtingen laten in dit geval (meer dan anders) een patroon zien. Dit patroon geeft ook een signaal naar de toezichthouder en andere gebruikers van de gegevens. Dat signaal kan positieve ontwikkelingen overstemmen. Wellicht kan de vereniging ook een rol spelen bij het afstemmen van de toelichtingen. In de toelichtingen van de ziekenhuizen wordt in ieder geval frequent verwezen naar die vereniging.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De inspectie zal dit jaar geen vragen stellen over deze indicator om de ziekenhuizen de gelegenheid geven de registratie in te voeren.

16 Perinatale zorg

16.1 De spontane bevalling

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 16.1.

Indicator

16.1.1 Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep' [Nulliparous Term Singleton Vertex]

Inleiding

Ingrijpen in de als normaal ingeschatte bevalling kan noodzakelijk zijn in geval van foetale en/of maternale nood, maar heeft een verhoogd risico op complicaties vergeleken met een spontane partus zonder duidelijke indicatie voor ingrijpen. De indicatiestelling tot het uitvoeren van een interventie komt als het goed is voort uit een weloverwogen keuze voor de behandeling met de minste risico's gezien de situatie van moeder en kind. De *nulliparous term singleton vertex* (NTSV) interventie wordt gezien als een belangrijke *benchmark* van ziekenhuizen. Kwaliteitsverbetering kan leiden tot een verlaging van het aantal interventies in deze groep. Incidentie van foetale en/of maternale complicaties in relatie tot het percentage aan het aantal NTSV interventies moeten worden geanalyseerd in het licht van potentiële complicatierisico's van zowel de spontane partus als de keizersnede.[56] Data uit deze en eerdere indicatoren lieten zien dat er een groot verschil is in de frequentie waarin kunstverlossingen worden uitgevoerd.

[56] Mary A Vadnais, Michele R Hacker, Neel T Shah, JoAnn Joran, Anna M Modest, Molly Siegel, Toni H Golen. Quality improvement initiative lead to reduction in nulliparous term singleton vertex cesarian delivery rate. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2017:43(2) 53-61

Resultaten

Tabel 16.1.1 1

Aantal (spontena) partussen

	A Aantal spontane partussen vóór de start van de bevalling naar de tweede lijn	B Aantal spontane partussen overge-dragen tijdens de ontsluiting of de uitdrijving	C Totaal aantal spontane partussen in de tweede lijn (=A+B)	D Aantal partussen vóór de start van de bevalling naar de tweede lijn	E Aantal partussen overge-dragen tijdens de ontsluiting of de uitdrijving	F Totaal aantal partussen in de tweede lijn (=D+E)
Aantal instellingen	77					
Gemiddeld	207	165	372	330	259	589
Standaarddeviatie	120	115	214	188	169	321
Mediaan	176	137	341	288	226	523
P10	82	65	159	136	108	268
P90	333	267	633	531	431	967
Min	54	28	96	88	67	170
Max	591	835	1.421	1.041	1.243	2.156
Totaal	15.902	12.731	28.633	25.422	19.954	45.376

A/D **aantal spontane en geplande partussen waarbij moeder en kind vóór de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht of verwezen zijn naar de tweede lijn**
B/E **aantal spontane en geplande partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving**
C/F **totaal aantal partussen in de tweede lijn**

In 2016 vonden in 77 ziekenhuizen (F) 45.376 (gem. 589 ± 321) bevallingen plaats, waarvan 28.633 (gem. 372 ± 214) spontaan. Er vonden 25.422 (D) (gem. 330 ± 188) partussen plaats waarbij moeder en kind vóór de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht of verwezen zijn naar de tweede lijn, waarvan 15.902 (A) (gem. 207 ± 120) spontaan.
Er vonden 19.954 (E) (gem. 259 ± 169) partussen plaats waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving, waarvan 12.731 (B) (gem. 163 ± 115) spontaan.

Tabel 16.1.1.2

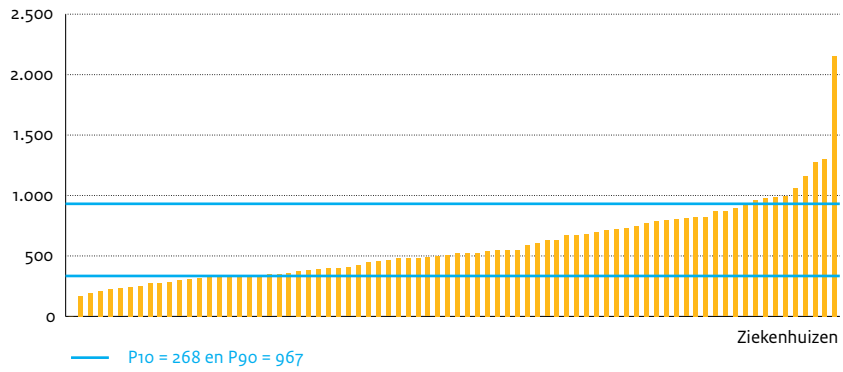
Totaal aantal normale bevallingen/totaal aantal NTSV

	Percentage 1 (A/D)	Percentage 2 (B/E)	Percentage 3 (C/F)
Aantal instellingen	77		
Gemiddeld	62	63	63
Standaarddeviatie	6	8	6
Mediaan	62	62	63
P10	55	55	55
P90	70	72	71
Min	47	42	46
Max	80	84	76

De ratio C/F spontane partussen en totaal aantal partussen in de tweede lijn was 62,6% ± 6,2% (min=45.5% max=76,3%).
De ratio A/D spontane partussen en totaal aantal partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht of verwezen zijn naar de tweede lijn is 62,4 ± 6,3% (min=47,2% max=80,3%).
De ratio B/E spontane partussen en totaal aantal partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving is 63,0% ± 7,9% (min=41,8% max=84,2%).
De P10 en P90 van ratio C/F waren 55,3% resp. 70,2%, van ratio A/D waren dat 55,1% resp. 70,2% en van ratio B/E waren het 54,6% resp. 72,2%.

Figuur 16.1.1.1

Totaal aantal partussen in de tweede lijn (D+E)



Ziekenhuizen met een ratio C/F >P90

AMC (Amsterdam) (76,3%), HagaZiekenhuis (Den Haag) (76,2%), LUMC (Leiden) (76,1%), Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal) (74,9%), Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne) (74,8%), Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) (74,4%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (74,2%), MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord) (73,6%).

Ziekenhuizen met een ratio A/D >P90

Deventer Ziekenhuis (Deventer) (80,3%), MC Groep (76,9%), AMC (75,6%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (73,3%), Spaarne Gasthuis (Haarlem en Hoofddorp) (72,4%), Bravis Ziekenhuis (71,5%), Elkerliek Ziekenhuis (71%), Máxima Medisch Centrum (71%).

Ziekenhuizen met een ratio B/E >P90

LUMC 84,2%, Elkerliek Ziekenhuis (81,6%), HagaZiekenhuis (80%), Máxima Medisch Centrum (79%), AMC (78,6%), Bravis ziekenhuis (78,2%), Amphia Ziekenhuis (76,1%), Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) (73,5%).

Ziekenhuizen met een ratio C/F <P10

Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) (45,5%), Maastricht UMC+ (Maastricht) (52,2%), Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) (52,4%), Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Vlietland Ziekenhuis (Schiedam) (52,6%), Erasmus MC (Rotterdam) (53,7%), Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (54,3%), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (54,9%), BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) (55,2%).

Ziekenhuizen met een ratio A/D <P10

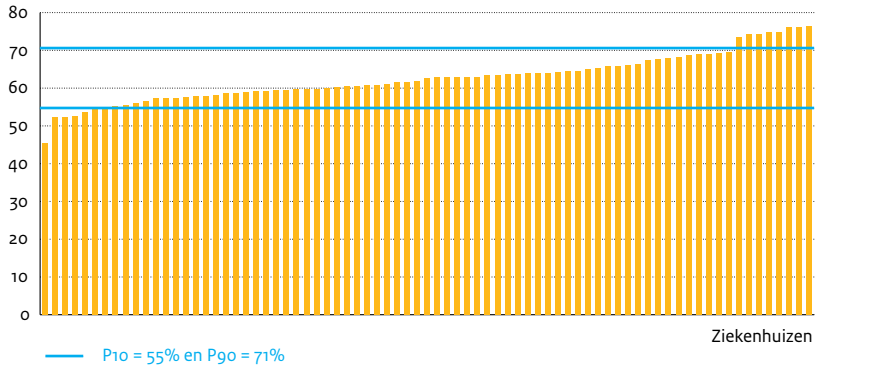
Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (47,2%), Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Vlietland Ziekenhuis (50,4%), Waterlandziekenhuis (Purmerend) (52,4%), Erasmus MC (52,5%), VieCuri (Venlo en Venray) (52,5%), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (53,6%), Maastricht UMC+ (53,9%), Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) (55,1%), Ziekenhuis Rivierenland (55,1%).

Ziekenhuizen met een ratio B/E <P10

Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) (41,8%), Ziekenhuis Rivierenland (46,8%), Maastricht UMC+ (47,9%), Jeroen Bosch Ziekenhuis (49,8%), Zaans Medisch Centrum (Zaandam) (53,2%), Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten) (53,9%), Sint Franciscus Vlietland Groep, locatie Vlietland Ziekenhuis (54,5%) en Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) (54,5%).

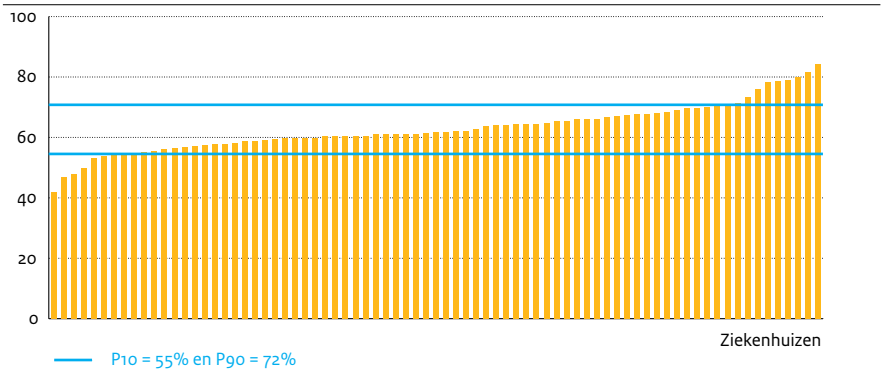
Figuur 16.1.1.2

Percentage totaal (C/F)



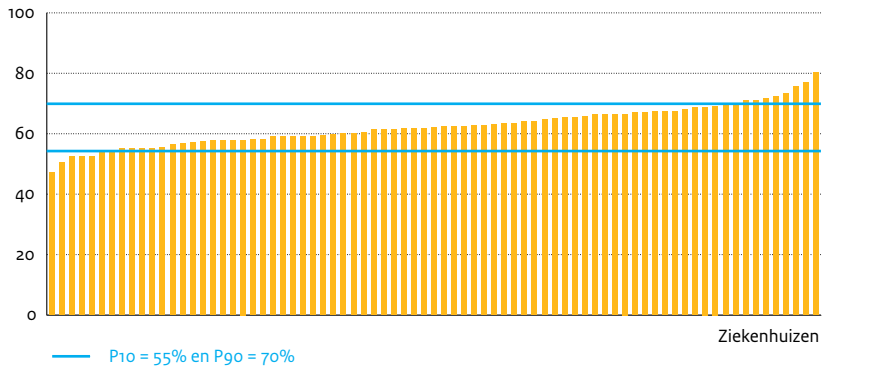
Figuur 16.1.1.3

Percentage tijdens baringovername (B/E)



Figuur 16.1.1.4

Percentage vóór baringovername (A/D)



Geen verschil in aantallen normale bevallingen bij verwijzing voor en tijdens de bevalling

De ratio spontane partussen en totaal aantal partussen waarbij moeders en kind voor de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht of verwezen zijn naar de tweede lijn (A/D) en de ratio spontane partussen en totaal aantal partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving (B/E) zijn vergelijkbaar met de ratio spontane partussen en totaal aantal partussen in de tweede lijn (C/F). Er is geen aantoonbaar verschil in de indicatiestelling tot een keizersnede bij moeders en kind die voor de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht of verwezen zijn naar de tweede lijn (A/D) en moeders en kind die werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving (B/E).

Maar niet altijd...

Voor de volgende ziekenhuizen is ratio A/D meer dan 10% hoger dan ratio B/E. Deventer Ziekenhuis (Deventer) had een ratio A/D van 80,3% en een ratio B/E van 62,8% (ratio C/F was 54,7%). Het Spaarne Gasthuis (Haarlem en Hoofddorp) had een ratio B/E van 72,4% en ratio A/D was 64,5% (ratio A was 56,8%). De Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten) had een ratio B/E van 69,3% en ratio A/D was 63,6% (ratio C/F was 57,7%).

Voor de volgende ziekenhuizen is ratio B/E meer dan 10% hoger dan ratio A/D. Het LUMC (Leiden) had een ratio A/D van 68,8% en een ratio B/E van 84,2% (ratio C/F was 76,1%). Het St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) had een ratio A/D van 59,1% en ratio B/E was 69,9% (ratio C/F was 62,6%). Het Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne) had een ratio A/D van 71,0% en ratio B/E was 81,6% (ratio C/F was 74,8%). Het HagaZiekenhuis (Den Haag) had een ratio A/D van 69,8% en ratio B/E was 80,0% (ratio C/F was 76,2%).
Er zijn bij enkele ziekenhuizen problemen geweest met het juist aanleveren van de data. Zij geven hiervoor de volgende toelichtingen.
Amphia Ziekenhuis (Breda): *"Dit zijn de cijfers die uit Perined zijn overgenomen, maar kloppen niet. De registratie is van LVR overgegaan naar PRN. Dit heeft tot veel problemen geleid bij het aanleveren van gegevens. Toen de cijfers per 11 april bekend werden, bleek dat het aantal secundaire sectio's niet klopte."*
Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal): *"Data nog in bewerking vanwege technische fout."*
Treant Zorggroep, locatie Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen): *"Vanuit LVR-2 is geen correcte aanlevering geweest. Data volgt later."*
Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch): *"Bovenstaande gegevens zijn afkomstig uit de Perined-registratie over de periode 01-01-2016 t/m 23-06-2016. Op 24-06-2016 is ons Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) geïmplementeerd. Wegens technische problemen in de koppeling tussen ons EPD en Perined kan het Jeroen Bosch Ziekenhuis nog geen gegevens over het volledige verslagjaar 2016 aanleveren."*
Ziekenhuis St. Jansdal (Harderwijk): *"Deze indicator is berekend over de eerste negen maanden van 2016 in verband met de implementatie van een nieuw patiëntendossier."*
MCL (Leeuwarden): *"Het MCL heeft een maximale inspanning verricht (tijd/geld) om de registraties, binnen het nieuwe EPD EPIC, zo goed mogelijk op orde te houden. Op enkele registraties na is dat door veel inspanningen goed gelukt. Per 1 april 2016 zijn wij overgegaan van mosos op EPIC. Hierdoor is de*

verloskundige registratie niet optimaal verlopen en ontbreken er veel data. Na uitgebreid overleg hebben wij vorig jaar daarom besloten geen gegevens vanaf 1 april 2016 aan te leveren. Inmiddels is alles op orde en zal de toelevering voor 2017 geen problemen opleveren."

Aandachtspunten

Wanneer zijn de kinderziekten voorbij?

Bij de implementatie van een nieuwe indicator levert het aanleveren van data in het eerste jaar vaker problemen op. Wat dit anders maakt, is dat het hier een indicator betreft die niet alleen al meerdere jaren in de Basisset zit, maar die ook wordt aangeleverd vanuit een relatief stabiele kwaliteitsregistratie die al meerdere decennia bestaat. In de afgelopen jaren zijn er meermalen meldingen geweest over problemen met het aanleveren van data, met een mengsel van lokale en landelijke redenen. Een ziekenhuis zou in ieder geval in staat moeten zijn te laten zien hoeveel bevallingen er in de NTSV-groep zijn verricht.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De inspectie stelt geen vragen over deze indicator.

17 Kwetsbare groepen

17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 17.1.

Indicator

17.1.1 Screening ondervoeding geriatrische patiënten

Inleiding

Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding kan er voor zorgen dat de ernst van de ondervoeding beperkt blijft en de zorgcomplexiteit en zorgbehoefte daalt. Bij patiënten ouder dan 70 jaar is er sprake van ondervoeding als er sprake is van onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% in de laatste zes maanden of meer dan 5% in de laatste maand. Daarnaast is er sprake van ondervoeding bij een Body Mass Index (BMI) < 20.
De indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten vraagt naar het percentage op ondervoeding gescreende geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek.

Resultaten

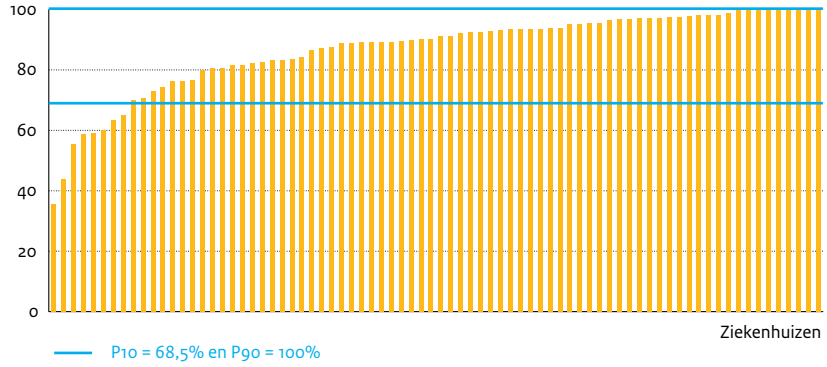
Tabel 17.1.1.1

Aantal op ondervoeding gescreende geriatrische patiënten

	Steekproefgrootte	Aantal gescreend	Aantal patiënten	Percentage
Aantal instellingen	78			
Gemiddeld	145,1	427	498	86,8%
Standaarddeviatie	209,8	328	3723	13,5%
Mediaan	35,0	347	378	90,7%
P10	30,0	103	107	68,5%
P90	507,3	8,0	932	100%
Min	20,0	20	21	35,5%
Max	620,0	1.591	1.787	100%
Totaal	2031,0	28.617	33.350	

Figuur 17.1.1.1

Percentage op ondervoeding gescreende geriatrische patiënten



76 (80,9%) ziekenhuizen gaven aan een gevalideerd screeningsinstrument te gebruiken voor het vaststellen van ondervoeding bij patiënten op hun geriatrische poli- of dagklinieken. Acht (8,5%) ziekenhuizen maakten geen gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument en tien (10,6%) ziekenhuizen gaven aan niet over een geriatrische poli of of dagkliniek te beschikken. Van de ziekenhuizen die screenden op ondervoeding gebruikten 65 (85,5%) ziekenhuizen de MNA (-SF), tien (13,2%) ziekenhuizen screenden op ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI en drie (3,9%) ziekenhuizen gebruikten de SNAQ, al dan niet in combinatie met de BMI.
Veertien ziekenhuizen hebben een steekproef getrokken uit de populatie geriatrische patiënten. De steekproefgrootte was gemiddeld 145, ± 210 (min=20 max=620) met een mediaan van 35. Gemiddeld werden 498 ± 373 geriatrische patiënten gezien op een geriatrische poli- of dagkliniek. Bij de berekening van dit gemiddelde zijn de aantallen van de steekproeven weggelaten.
Zeven ziekenhuizen zagen minder geriatrische patiënten dan de P10 (107): Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) (20), Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten) (32), St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) (40), Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) (42), Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) (57), Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) (82), Flevoziekenhuis (Almere) (96).
Vier ziekenhuizen zagen meer dan P90 (931,6) geriatrische patiënten: Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) (985), Tergooi (Blaricum en Hilversum) (1.428), HMC (Den Haag) (1.493) en Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (1.787).
Gemiddeld werden 86,8% ± 13,5% geriatrische patiënten gescreend op ondervoeding op een geriatrische poli- of dagkliniek. Acht ziekenhuizen screenden minder dan P10 (68,5%): Amphia Ziekenhuis (Breda) (35,5%), Martini Ziekenhuis (Groningen) (44,0%), Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade) (55,5%), Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) (58,8%), Isala Diaconessenhuis (Meppel) (59,2%), Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar) (60,1%), Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) (63,5%) en Erasmus MC (Rotterdam) (65,0%).

Bespreking individuele ziekenhuizen

Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) gaf als enige ziekenhuis aan dat niet alle patiënten gemeten konden of wilden worden. Daarnaast was er sprake van een wisseling van geriaters. De SNAQ-vragenlijst is medio 2016 op de polikliniek geïmplementeerd wat een verbetering heeft bewerkstelligd. De inspectie vindt de opmerking dat patiënten niet gescreend kunnen of willen worden merkwaardig. Deze opmerking is niet door een van de andere ziekenhuizen gemaakt. Blijkbaar heeft zich dit probleem na de implementatie van de SNAQ-vragenlijst niet meer voorgedaan. Voorlichting in het nut van screening op ondervoeding van geriatrische patiënten lijkt hier op zijn plaats. Daarnaast is de inspectie verheugd te horen dat de verbeteractie geresulteerd heeft in verhoging van de screening op ondervoeding op de geriatrische polikliniek.
Het Isala Diaconessenhuis (Meppel) gaf als toelichting: *"Vanaf 2017 is een verbetertraject gestart voor de screening van ondervoeding ziekenhuisbreed."* De inspectie is benieuwd naar welke verbetermaatregelen zijn getroffen en houdt de resultaten over het verslagjaar 2017 nauwlettend in de gaten. De overige ziekenhuizen gaven geen bijdragende toelichting.
In Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) is in januari 2017 een geriatrische polikliniek gestart. De inspectie kijkt uit naar de data Screening ondervoeding geriatrische patiënten van Maasstad Ziekenhuis over verslagjaar 2017.
Het MUMC+ (Maastricht) gaf in 2015 aan dat de *Short Nutritional Assessment Procedure* was ontwikkeld, maar dat deze nog niet geïmplementeerd was in de poliklinieken. Het MUMC+ levert over het verslagjaar 2016 geen data aan over screening op ondervoeding bij geriatrische patiënten. De inspectie vindt het niet acceptabel dat deze screening niet is geïmplementeerd. De raad van bestuur van het MUMC+ hierop passende maatregelen treffen.

Aandachtspunten

Verschillende doeleinden voor screening vraagt ook ander beleid

Screening op ondervoeding op een polikliniek geriatrie heeft een duidelijk andere functie dan de screening voor een operatie. Bij de preoperatieve screening is er een tijdelijk probleem, een wond, waarvoor een tijdelijke additionele hoeveelheid eiwit noodzakelijk is. Hoewel het goed communiceren van die bevinding met andere zorgverleners in de eerste lijn relevant is, zou het probleem na ontslag voor een belangrijk deel opgelost moeten zijn. De screening op een afdeling geriatrie heeft een heel andere functie. Het is een onderdeel van het in kaart brengen van de kwetsbaarheid van een patiënt. Dit past in het kader van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Dat heeft gevolgen voor de behandeling in het ziekenhuis. Het geven van cytostatica aan een kwetsbare patiënt vraagt bijvoorbeeld meer waarborgen. Het is ook een illusie dat ondervoeding in deze situatie met een paar eenvoudige maatregelen, zoals extra snacks, kan worden opgelost. Hier is het belangrijk om goed te communiceren met de eerste lijn. Dat dit ook voor de communicatie met verpleeghuizen geldt, is evident. Uit gesprekken van de inspectie met verpleeghuizen komt bijvoorbeeld naar voren dat een ziekenhuis een goed bedoelde waarschuwing voor ondervoeding met dieetadvies geeft aan een verpleeghuis dat al geruime tijd worstelt met de desbetreffende oudere en zijn al lang bestaande voedingsproblemen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (voor 2016: 68,5) of de screening is afwezig

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Wat zijn de risicogroepen waar het ziekenhuis aandacht aan wil besteden en waar blijkt dat uit?
- Wat zijn de criteria voor het invoeren van een screening?
- Op ondervoeding?
- Op het risico op delirium?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Op welke wijze wordt een patiënt geholpen bij het voorbereiden van de ingreep?

Het percentage ouderen dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (voor 2016: gelijk aan 100)

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

17.2 Colonchirurgie bij ouderen

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 17.2.

Indicatoren

17.2.1 Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie
17.2.2 Beoordeling bij kwetsbaarheid

Inleiding

Kwetsbaarheid is een verzameling risicofactoren. De kans op complicaties is het hoogst bij kwetsbare ouderen. In de praktijkgids Kwetsbare ouderen wordt geadviseerd om alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten ouder dan 70 jaar, te screenen op tenminste vier domeinen van kwetsbaarheid: delier, vallen, ondervoeding en functieverlies.[57] In de conceptrichtlijn Multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen is de coördinatie van de behandeling van colonchirurgie vastgelegd.[58]
De indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie geeft inzicht in het aantal op kwetsbaarheid gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met een indicatie voor goed planbare colonchirurgie.
De indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid signaleert kwetsbare ouderen die preoperatief door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie worden beoordeeld.

[57] www.vmszorg.nl/themas/kwetsbare-ouderen

[58] Conceptrichtlijn multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen

Resultaten

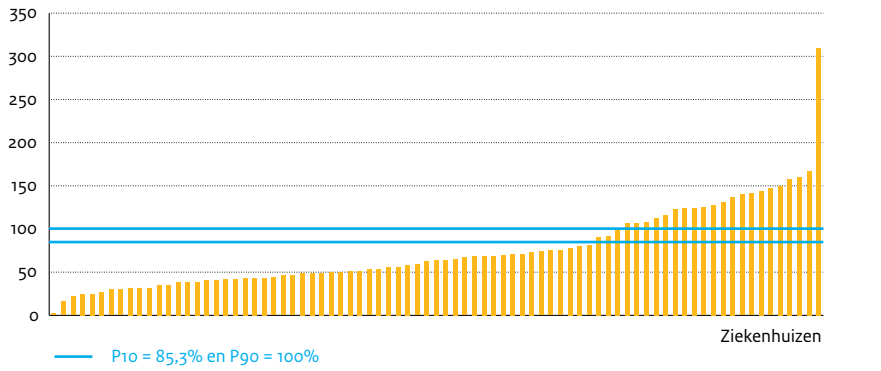
Tabel 17.2.1.1

Screening en beoordeling van patiënten > 70 op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

	Patiënten > 70	Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	(mede)Beoordeling preoperatief bij kwetsbaarheid
Aantal instellingen	81	79	
Gemiddeld	75	93,8%	76,4%
Standaarddeviatie	48	9,1%	29,6%
Mediaan	64	96,9%	88,7%
P10	32	85,3%	26,2%
P90	140	100%	100%
Min	2	0%	0%
Max	310	100%	100%
Totaal	5.748		

Figuur 17.2.1.1

Percentage op kwetsbaarheid gescreende patiënten >= 70 met indicatie colonchirurgie



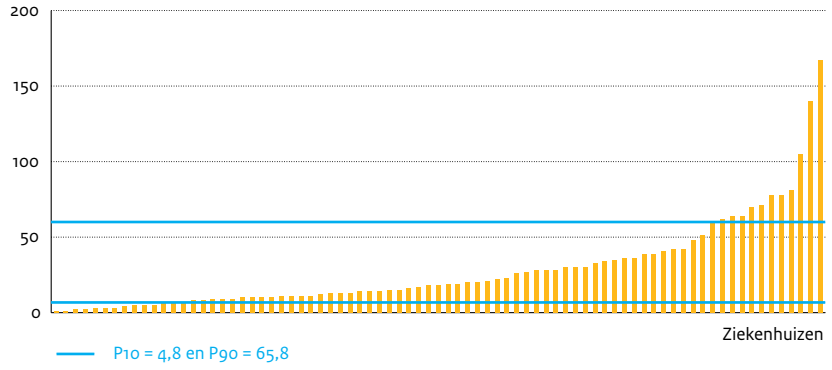
81 ziekenhuizen gaven aan goed planbare colonchirurgie uit te voeren (89,1%). In totaal werden > 6.098 patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie opgenomen. Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) leverde geen data aan. De norm voor dit type chirurgie voor alle leeftijden en indicaties ligt op 50. Acht ziekenhuizen hadden minder opnames dan de P10 (32). Dat waren het BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) (2), AMC (Amsterdam) (16),

IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) (22), MC Slotervaart (Amsterdam) (25), Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) (25), St. Jans Gasthuis (Weert) (27), Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) (30) en Waterlandziekenhuis (Purmerend) (30). BovenIJ ziekenhuis gaf in de toelichting aan: *"De operatie van een maligne colon wordt binnen het Oncologisch Centrum Amsterdam uitgevoerd en vindt plaats in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis."* De inspectie mag op basis hiervan de conclusie trekken dat in het verslagjaar 2017 geen colonchirurgie meer in het BovenIJ ziekenhuis wordt uitgevoerd. De andere ziekenhuizen gaven geen toelichting.

Alle ziekenhuizen met uitzondering van het Catharina Ziekenhuis gaven aan oudere patiënten te screenen op kwetsbaarheid bij colonchirurgie. Gemiddeld gebeurde dit 93,8% ± 9,1%. Dit is een verbetering ten opzichte van het afgelopen verslagjaar (92,6%). De P90 is 100% en in reeds 29 ziekenhuizen worden alle oudere patiënten gescreend op kwetsbaarheid bij colonchirurgie. Acht ziekenhuizen screenen minder dan de P10 (85,3%): Catharina Ziekenhuis (onbekend), Waterlandziekenhuis (Purmerend) (50%), IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) (54,6%), VieCuri (Venlo en Venray) (72,1%), Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) (77,2%), Havenziekenhuis (Rotterdam) (80,4%), Isala (Zwolle) (82,2%), Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) (83,6%) en Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) (Almelo en Hengelo) (83,9%). VieCuri (Venlo en Venray) gaf aan een steekpoef te hebben genomen en verwacht in verslagjaar 2017 gegevens digitaal te verwerken. De inspectie zal deze ontwikkeling volgen. Ziekenhuisgroep Twente gaf eveneens aan een steekproef te hebben genomen met extrapolatie naar het volledige jaar in verband met het overstappen op een ander screeningsinstrument (G8). Ook hier zal de inspectie nauwlettend deze ontwikkeling volgen. De andere ziekenhuizen gaven geen toelichting.

Figuur 17.2.1.2

Aantal kwetsbare patiënten >= 70 met indicatie colonchirurgie

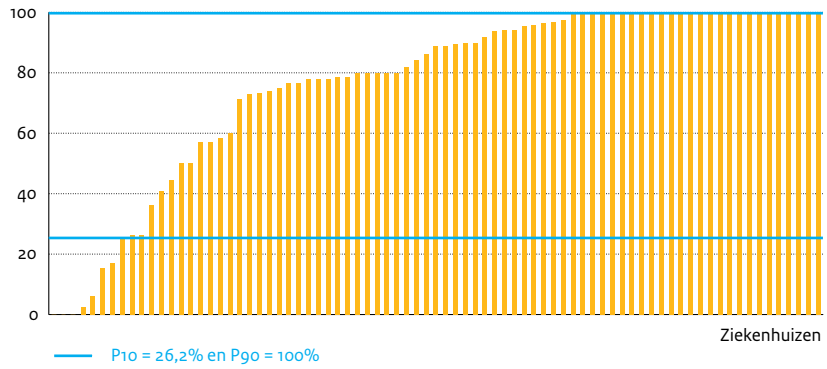


78 ziekenhuizen gaven aan kwetsbare ouderen preoperatief te laten beoordelen door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie. Gemiddeld werd 76,4% ±

29,6% van de kwetsbare ouderen beoordeeld op kwetsbaarheid. Dit is een verbetering ten opzichte van het afgelopen verslagjaar (71,0%). De P90 is 100% en in reeds 26 ziekenhuizen worden alle kwetsbare ouderen beoordeeld door zo'n generalistisch medisch specialist. Zeven ziekenhuizen screenen minder dan de P10 (26,2%): Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) (onbekend), St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) (0%), Treant Zorggroep, locatie Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen) (0%), VUmc (Amsterdam) (0%), Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) (2,4%), Maastricht UMC+ (Maastricht) (6,3%), Antonius Ziekenhuis (Sneek) (15,4%) en Treant Zorggroep, locatie Scheper Ziekenhuis (Emmen) (25,6%).

Figuur 17.2.2.1

Percentage beoordeling kwetsbaarheid



Bespreking individuele ziekenhuizen

St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) gaf aan de screening eerder in het proces te laten plaatsvinden om tijdig te kunnen beoordelen. De inspectie is van oordeel dat 0% beoordeling bij kwetsbaarheid echt onder de maat is. Het is onvoldoende om alleen te screenen op kwetsbaarheid en bij kwetsbare patiënten daar geen gevolg aan te geven. Het St. Anna Ziekenhuis moet ervoor zorg dragen dat de beoordeling bij kwetsbaarheid daadwerkelijk geborgd wordt. De inspectie houdt dit proces nauwlettend in de gaten.Treant Zorggroep, locatie Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen) en Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) gaven in hun toelichting aan: *"Patiënten waarbij een hoog risico op een postoperatieve IC-opname geïndiceerd is, worden geopereerd op de locatie Scheper."* Treant Zorggroep, locatie Scheper Ziekenhuis (Emmen) beoordeelt echter slechts een kwart van alle kwetsbare ouderen.
De inspectie is van mening dat de beoordeling bij kwetsbaarheid in Treant zorggroep voor het verslagjaar 2016 onvoldoende is. Treant Zorggroep gaf in een toelichting aan: *"In 2017 wordt een specifiek intake spreekuur ingericht voor ouderen die colonchirurgie moeten ondergaan."* De inspectie is verheugd over het feit Treant Zorggroep na de analyse van haar eigen data tot een verbetermaatregel is gekomen. De inspectie ziet uit naar de data Beoordeling bij kwetsbaarheid over verslagjaar 2017. Het VUmc (Amsterdam) gaf in de toelichting de volgende verklaring: *"Patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie worden allen met behulp van een 'Lastmeter' gescreend op kwetsbaarheid bij opname. De verpleegkundige van het consul-*

terend team ouderengeneeskunde (CTO) komt vervolgens in principe in consult bij alleen als kwetsbare oudere vastgestelde patiënten. In overleg wordt de internist ouderengeneeskunde ingeschakeld. De behandeld arts kan ook zelf het CTO inschakelen." Het VUmc gaf daarnaast aan: *"Door ingebruikname van een EPD in maart 2016 is het registratieproces gewijzigd. Om deze reden is het eerste kwartaal van 2016 niet meegenomen in de teller en de noemer. Helaas zijn sinds de invoering van dit EPD in maart 2016 nog onvoldoende de screeningsresultaten vastgelegd en daarmee is het in 2016 niet mogelijk deze uitkomst ook te staven met geregistreerde data. Mogelijk wordt ook niet geheel volgens de vigerende afspraken gewerkt. Over verbeteringen hierin vindt momenteel overleg plaats."* De inspectie is van oordeel dat screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie goed is geïmplementeerd in het VUmc en spreekt haar vertrouwen uit dat voor het verslagjaar 2017 de beoordeling bij kwetsbaarheid in het VUmc is geborgd.Van het Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) is onbekend hoeveel patiënten ouder dan 70 jaar met indicatie colonchirurgie werden opgenomen. Het is onbekend of en hoeveel patiënten worden gescreend op kwetsbaarheid en het is onbekend of en hoeveel patiënten worden beoordeeld bij kwetsbaarheid. Het Catharina Ziekenhuis gaf in haar toelichting aan: *"Wegens registratieproblemen zijn wij niet in staat deze indicator op te leveren over het verslagjaar 2016. Voor 2017 is de registratie verbeterd."* De inspectie acht het onacceptabel dat het Catharina Ziekenhuis voor het derde jaar op rij niet in staat is een adequate registratie Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie en Beoordeling bij kwetsbaarheid te implementeren.
De raad van bestuur van het Catharina Ziekenhuis moet dit als een helder signaal opvatten en passende maatregelen treffen. Het structureel niet aanleveren van data ten behoeve van een indicator wordt door de inspectie niet getolereerd.

Aandachtspunten

Dialoog tussen beoordelaar en behandelaar essentieel voor bepalen kwetsbaarheid

Het belang van screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie wordt door vrijwel alle ziekenhuizen onderkend. De vervolgstap is het implementeren van beoordeling bij kwetsbaarheid door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie.
In enkele ziekenhuizen is dit al de dagelijkse praktijk. Hiermee is een belangrijke kwaliteitsverbetering in gang gezet. Enkele ziekenhuizen blijven hierbij echter duidelijk achter.
Het is essentieel om na screening ook daadwerkelijk die patiënten die kwetsbaar zijn, te beoordelen op kwetsbaarheid. Het is van belang dat alleen die oudere patiënten worden geopereerd waarbij de interventie toegevoegde waarde heeft: voor de kwaliteit van leven, de levensduur en/of dat deze een verbetering van het functioneren geeft. Hierbij heeft de beoordeling van een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie meerwaarde. Als een ziekenhuis deze beoordeling nog niet heeft ingevoerd, is het belangrijk om aan te geven hoe oudere patiënten dan tegen overbehandeling worden beschermd. Het gaat er met name om dat er een onafhankelijke beoordeling aanwezig is, dat deze beoordelaar en de behandelend arts samen – in dialoog – de afweging maken. In het verleden is er vaker discussie geweest met oncologen. Zij zijn van mening voldoende expertise te hebben om ook de kwetsbaarheid te beoordelen. Maar die dialoog is daarbij essentieel.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met een indicatie voor electieve colonchirurgie dat gescreend is op kwetsbaarheid is relatief laag (voor 2016: screening kwetsbaarheid minder dan 85,3%) of de screening is afwezig (het ziekenhuis is in fase 1)

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Wat zijn de risicogroepen waar het ziekenhuis aandacht aan wil besteden en waar blijkt dat uit?
- Wat zijn de criteria voor het invoeren van een screening?
- Op ondervoeding?
- Op het risico op delirium?
- Op kwetsbaarheid?
- Wat wordt gedaan met screeningsuitkomsten en welke interventies volgen bij opvallende uitkomsten?

17.3 Medebehandeling bij kinderen

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 17.3.

Indicator

17.3.1 **Bij klinische opnames van kinderen met een niet-interne problematiek**
17.3.2 **Hoofdbehandelaarschap kinderarts bij interne problematiek**

Inleiding

Centrale vraag van de indicator Medebehandeling kinderen is: Zijn er voor kinderen met een onderliggende aandoening en potentieel vitaal bedreigde kinderen die klinisch worden opgenomen door een niet-kinderarts, schriftelijk vastgelegde afspraken over medebehandeling door de kinderarts waarin ook aandacht besteed is aan de verschillende leeftijdsgroepen binnen de populatie kinderen?

Resultaten

Tabel 17.3.1.1

Aantal voor interne problematiek behandelde kinderen

	Kinderarts als hoofd-behandelaar	Kinderarts als mede-behandelaar	Totaal aantal kinderen met interne problematiek	Percentage hoofd-behandeling	Percentage mede-behandeling
Aantal instellingen	78				
Gemiddeld	2.828	41	2.910	94%	4%
Standaarddeviatie	2.742	139	2.804	16%	14%
Mediaan	2.077	3	2.082	99%	0%
P10	254	0	268	89%	0%
P90	7.287	89	7.338	100%	6%
Min	0	0	0	0%	0%
Max	11.404	1.089	12.141	100%	100%
Totaal	206.461	2.965	212.418		

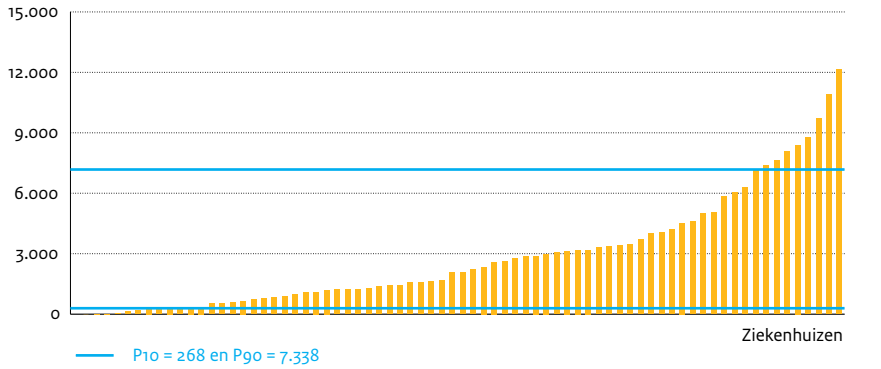
In totaal 82 ziekenhuizen gaven aan kinderen te behandelen. Van deze ziekenhuizen respondeerden 78 bevestigend op de vraag: Zijn er voor kinderen met een onderliggende aandoening en potentieel vitaal bedreigde kinderen die klinisch worden opgenomen door

een niet-kinderarts, schriftelijk vastgelegde afspraken over medebehandeling door de kinderarts waarin ook aandacht besteed is aan de verschillende leeftijdsgroepen binnen de populatie kinderen? De vier overige ziekenhuizen gaven de volgende toelichting. MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord): *"Er heeft met andere vakgroepen overleg plaatsgevonden om begin 2017 de afspraken schriftelijk vast te leggen."* Oogziekenhuis (Rotterdam): *"In het Oogziekenhuis worden geen kinderen met onderliggende aandoeningen electief opgenomen."* Sint Maartenskliniek (Woerden): *"Er worden geen kinderen met onderliggende interne problematiek geopereerd."* Isala Diaconessenhuis (Meppel): *"Niet van toepassing op locatie Isala Diaconessenhuis".*

78 ziekenhuizen leverden data aan over het aantal keren dat de kinderarts hoofd- of medebehandelaar is bij kinderen met interne problematiek.

Figuur 17.3.1.1

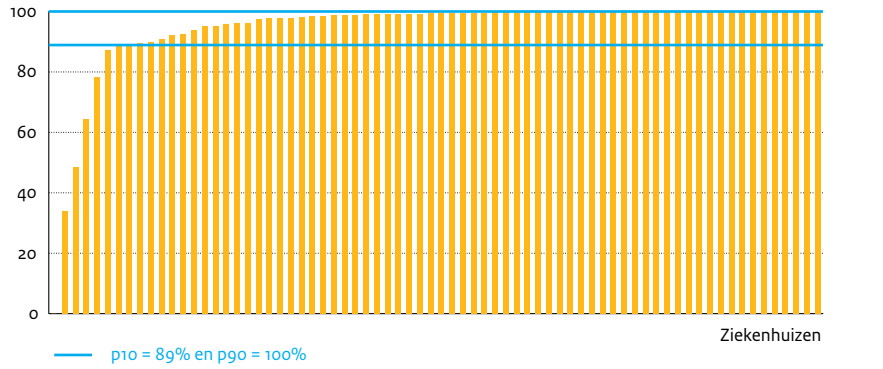
Totaal aantal voor interne problematiek behandelde kinderen < 16



In de meeste ziekenhuizen (62) ligt het percentage boven de 90% voor 'voor interne problematiek behandelde kinderen tot 16 jaar waar de kinderarts hoofdbehandelaar is'. In twee ziekenhuizen is het percentage hiervoor hoger dan het percentage 'kinderarts is hoofdbehandelaar voor de specifieke doelgroep'. Dit betrof het Flevoziekenhuis (Almere) met 100% en het Maastricht UMC+ (Maastricht) met 66%. Beide ziekenhuizen gaven geen nadere toelichting.

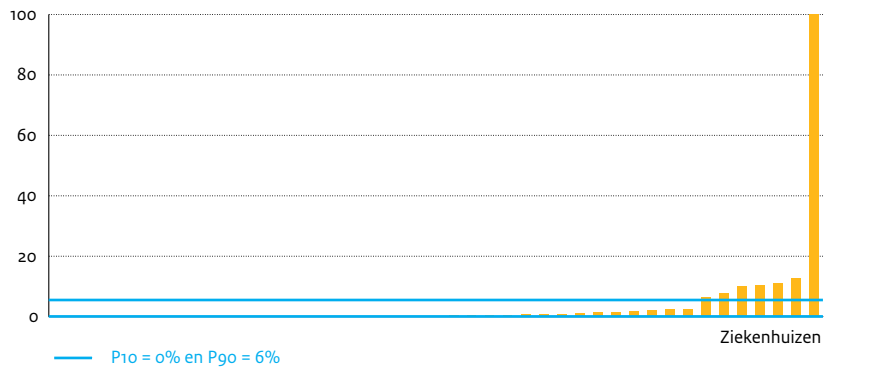
Figuur 17.3.1.2

Percentage kinderarts als hoofdbehandelaar



Figuur 17.3.1.3

Percentage kinderarts als 'nevenbehandelaar'



De implementatie van de nieuwe indicator Medebehandeling kinderen is voorspoedig verlopen. Slechts een ziekenhuis heeft geen data aangeleverd. Het MCL (Leeuwarden) geeft in de toelichting hierop aan: *"Het MCL heeft een maximale inspanning verricht (tijd/geld) om de registraties, binnen het nieuwe EPD EPIC, zo goed mogelijk op orde te houden. Op enkele registraties na is dat door veel inspanningen goed gelukt."* De inspectie is zich bewust van de gevolgen van de implementatie van een EPD voor het registreren van kwaliteitsindicatoren. De inspectie gaat ervan uit dat het MCL in het verslagjaar 2017 regulier gegevens aanlevert en volgt dit nauwlettend. Het MCL heeft deze toelichting overigens bij alle indicatoren gegeven.

'Zijn er voor kinderen met een onderliggende aandoening en potentieel vitaal bedreigde kinderen die klinisch worden opgenomen door een niet-kinderarts, schriftelijk vastgelegde afspraken over medebehandeling door de kinderarts waarin ook aandacht besteed is aan de

verschillende leeftijdsgroepen binnen de populatie kinderen?'Die vraag is bij de uitvraag van deze indicator cruciaal. In slechts vier van de 82 ziekenhuizen waar kinderen werden behandeld, zijn deze afspraken niet schriftelijk vastgelegd. De MC groep is voornemens dit in 2017 schriftelijk vast te leggen en bij de overige drie ziekenhuizen blijken er, bij nader inzien, geen kinderen met onderliggende interne problematiek te worden behandeld. De inspectie is verheugd over deze uitkomst.

Aandachtspunten

Bijna overal is de kinderarts bijna altijd hoofdbehandelaar, maar niet bij iedereen
Opvallende bevindingen zijn er bij drie ziekenhuizen. De som van de percentages Kinderarts is hoofdbehandelaar en Kinderarts is medebehandelaar is bij deze ziekenhuizen niet 100%. Het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) heeft een percentage van resp. 78,14% en 6,54%. Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) komt uit op 64,49% en 2,49%. En het Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) meldt 48,48% en 0%. Dit zijn de enige ziekenhuizen waarbij een significant percentage kinderen zonder duidelijke betrokkenheid van de kinderarts wordt behandeld voor een interne aandoening. Op dit moment is er geen duidelijke norm, eerder een wens vanuit de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde (NVK). Die wens is nog niet zo dwingend dat optreden mogelijk is op het moment dat veel kinderen zonder betrokkenheid van de kindergeneeskunde worden behandeld. De NVK is nu aan zet om, gesteund door het resultaat van 62 ziekenhuizen, de volgende stap in normontwikkeling te zetten.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De som van de percentages hoofd en medebehandelaar is lager dan 95%
– Hoe is de kindergeneeskundige expertise geregeld bij de kinderen waar de kinderarts geen hoofd- of nevenbehandelaar is?

18 Algemeen kwaliteitsbeleid

18.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 18.1.

Indicatoren

18.1.1 Jaargesprekken
18.1.2 [Individueel Functioneren van Medisch Specialisten] IFMS

Inleiding

Het bespreekbaar maken van het functioneren van de medisch specialist speelt een belangrijke rol in het continue verbeteren van de kwaliteit van zorg.[59] Voor het organiseren van feedbackgesprekken met medisch specialisten bestaan twee systemen: het jaargesprek en het *Individueel functioneren van medisch specialisten* (IFMS).[60] Daarnaast vindt de inspectie het belangrijk dat ziekenhuizen een regeling hebben ingevoerd over wat te doen bij het 'mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist'. Door de uitvraag van deze indicatoren krijgt de inspectie zicht op het belang dat ziekenhuizen hechten aan het bespreekbaar maken van het individueel functioneren van medisch specialisten.

[59] Orde van Medisch specialisten en Wetenschappelijke verenigingen. Optimaal functioneren van medisch specialisten. Utrecht: Orde van a specialisten, december 2013

[60] https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Rapport IFMS

Resultaten

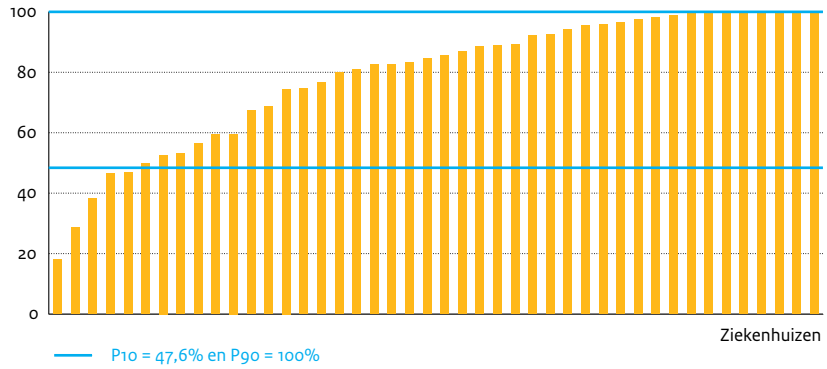
Tabel 18.1.1.1

Kengetallen jaargesprekken

	Specialisten dat aan minimaal één jaargesprek heeft deelgenomen	Specialisten dat werkzaamheden heeft verricht in de afgelopen 24 maanden	Percentage
Gemiddeld	166	211	78,8%
Standaarddeviatie	182	210	21,8%
Mediaan	90	143	85,1%
P10	15	17	47,6%
P90	450	554	100%
Min	9	9	18,2%
Max	697	815	100%
Totaal	7.632	9.689	

Figuur 18.1.1.1

Percentage specialisten dat heeft deelgenomen aan een jaargesprek



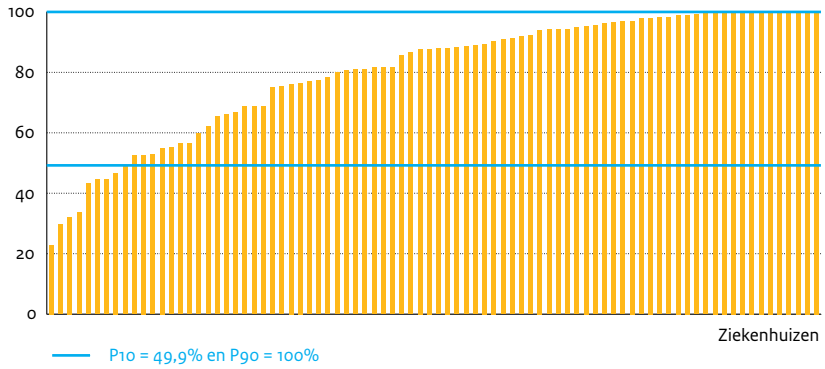
Tabel 18.1.2.1

Kengetallen IFMS

	Specialisten met een IFMS gesprek in de afgelopen 24 maanden	Medisch specialisten werkzaam in de afgelopen 24 maanden	Percentage
Gemiddeld	125	154	80,1%
Standaarddeviatie	95	112	20,2%
Mediaan	107	131	87,8%
P10	20	36	49,8%
P90	235	271	100%
Min	8	8	22,9%
Max	565	698	100%
Totaal	10.719	13.263	

Figuur 18.1.2.1

Percentage IFMS gesprekken



94 ziekenhuizen hebben data aangeleverd. In 46 ziekenhuizen werden jaargesprekken gevoerd (48,9%). In deze ziekenhuizen voerden afdelingshoofden gemiddeld 78,8% ± 21,8% jaargesprekken met medisch specialisten. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) (18,2%), Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) (28,6%), Oogziekenhuis (Rotterdam) (38,1%), Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) (46,4%) en Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) (46,7%) voerden minder jaargesprekken dan de P10 (47,6%).
In 87 ziekenhuizen was IFMS ingevoerd (92,6%).In zeven voornamelijk academische instellingen niet. In de ziekenhuizen die IFMS hadden ingevoerd vond dat gemiddeld in

80,1% ± 20,2% plaats. In het Flevoziekenhuis (Almere) (22,9%), MC Groep (Lelystad, Dronten en Emmeloord) (29,6%), Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) (32,1%), Sint Maartenskliniek (Nijmegen) (33,7%), Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) (43,3%), Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) (44,4%), Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade) (44,5%), Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) (46,7%) en Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen) (48,8%) was dit minder dan de P10 (49,8%).
In 92 ziekenhuizen was er een regeling Mogelijk disfunctioneren medisch specialisten (97,9%). Het Radboudumc (Nijmegen) en Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) hadden geen regeling Mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

Bespreking resultaten individuele ziekenhuizen

Jaargesprekken

Van de vijf ziekenhuizen die lage percentages jaargesprekken hadden (<P10), gaven drie ziekenhuizen een toelichting. Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) gaf aan dat met 48 medisch specialisten in dienst er 49 jaargesprekken zijn gevoerd in twee jaar. Uit deze toelichting zou kunnen blijken dat een deel van de medische staf geen enkel jaargesprek voert met het afdelingshoofd. De inspectie beschouwt dit dan als een zorgwekkende situatie.
Het Oogziekenhuis (Rotterdam) liet weten dat in het eerste dienstjaar met elke medisch specialist een functioneringsgesprek wordt gevoerd. De daarop volgende jaren wordt het ene jaar een jaargesprek gevoerd en het andere jaar een IFMS afgenomen. Dit blijkt echter niet uit de aanleverde data over 2015. Bij een huidig percentage van 38,1% zou men bij een sluitend systeem een percentage van rond de 60% mogen verwachten, dit was 26,8% (met een IFMS van 7,3%). De inspectie ziet wel een positieve verandering bij het Oogziekenhuis gezien het feit dat zij voor dit verslagjaar een IFMS-percentage van 88,1% hadden. De inspectie beschouwt dit als een geslaagde inhaalslag. Punt van aandacht is dat medisch specialisten niet het ene jaar én een jaargesprek én een IFMS hebben en het andere jaar geen van beide.
Het Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) gaf in haar toelichting aan dat het voeren van jaargesprekken de aandacht heeft, waarbij het streven is dat alle medisch specialisten voor het verslagjaar 2017 een jaargesprek zullen hebben. De inspectie kijkt uit naar de verbetermaatregelen van Alexander Monro Ziekenhuis en ziet het effect ervan in verslagjaar 2017.
Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) en Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) gaven geen toelichting. De inspectie vindt het belangrijk dat ziekenhuizen goed naar hun eigen data kijken en bij opvallende uitslagen een toelichting geven. Verbetermaatregelen moeten uiteindelijk leiden tot een kwaliteitsverbetering.

IFMS

De Federatie Medisch Specialisten heeft de IFMS verplicht gesteld voor alle medisch specialisten. Van de negen ziekenhuizen die lage percentages IFMS hadden (<P10), gaven zes ziekenhuizen een toelichting. Enkele daarvan meldden dat verbeteracties zijn ingezet. Het Flevoziekenhuis (Almere) gaf in een uitgebreide toelichting aan dat in een eerdere fase de focus op vakgroeptrajecten lag en minder op individueel functioneren van medisch

specialisten. Dit ziekenhuis leverde aan de inspectie een concreet implementatietraject om de indicator IFMS voor verslagjaar 2017 op landelijk niveau te brengen. Het Flevoziekenhuis laat zien dat het op deze indicator haar eigen data analyseert en zich spiegelt aan andere ziekenhuizen. De inspectie juicht dit toe.
Het Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) gaf in de toelichting aan dat deelname van medisch specialisten aan IFMS de aandacht heeft. Het ziekenhuis gaf een tussenanalyse voor verslagjaar 2017 waarbij inmiddels meer dan 40% van de medisch specialisten aan IFMS had deelgenomen. De inspectie spreekt haar vertrouwen uit dat passende verbetermaatregelen reeds genomen zijn. Spijkenisse Medisch Centrum gaf aan dat de noemer bestond uit dertig medisch specialisten die twee dagen of meer in Spijkenisse Medisch Centrum werkzaam waren. De overige 110 medisch specialisten die er minder dan twee dagen of incidenteel werkzaam zijn, werden buiten beschouwing gelaten. Deze toelichting gaf geen verklaring voor het feit dat Spijkenisse Medisch Centrum een laag percentage IFMS had. De inspectie betreurt dat en vraagt Spijkenisse Medisch Centrum onderzoek te plegen naar mogelijke oorzaken van het lage percentage IFMS en hierop verbetermaatregelen in te stellen.
Het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) gaf in de toelichting aan medio 2016 een nieuw systeem (Q3) adequaat geïmplementeerd te hebben en dat in de tweede helft van 2016 een inhaalslag gemaakt is. Het Ziekenhuis spreekt uit dat ze ernaar streeft dat in verslagjaar 2017 alle medisch specialisten het IFMS-traject hebben doorlopen. Gelre Ziekenhuizen zijn eveneens overgegaan op een nieuw IFMS-systeem waardoor in een periode van een half jaar geen dossiers zijn afgerond. Voor beide Gelre-ziekenhuizen geldt dat een inhaalslag is gepleegd na het instellen van de verbetermaatregelen. De inspectie spreekt haar vertrouwen uit.
De Sint Maartenskliniek, het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis en het Zuyderland Medisch Centrum gaven geen toelichting. Evenals bij de indicator Jaargesprekken vindt de inspectie het ook hier belangrijk dat ziekenhuizen goed naar hun eigen data kijken en bij opvallende uitslagen een toelichting geven. De ingestelde verbetermaatregelen moeten uiteindelijk leiden tot kwaliteitsverbetering.
Van de UMC's gaven LUMC (Leiden) en UMCG (Groningen) aan dat de IFMS werd gehanteerd. UMCG had een percentage van 81,0%, het LUMC leverde echter geen data aan. Veel UMC's gaven aan 360-graden-feedbackbeoordelingen te hanteren tijdens de jaargesprekken. Het AMC Amsterdam gaf expliciet aan dat er een IFMS-protocol AMC-breed was vastgesteld en dat de implementatie hiervan is gestart.

De indicator 18.1.1 werd in 2016 voor het laatst uitgevraagd. Het doel van deze indicator is bereikt. Er is meer aandacht gekomen voor het jaarlijks voeren van jaargesprekken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De som van deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief hoog[61] *(voor 2015: jaargesprek 100%, IFMS 100%)*

- Hoe heeft het ziekenhuis deze hoge deelname bereikt?
- Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen?[62]
  - Zo ja: Waarom nemen deze groepen of individuen geen deel?
  - Is er overeenstemming over de reden waarom deze groepen of individuen niet deelnemen?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de kwaliteit van de gesprekken?
- Welke informatiebronnen worden gebruikt?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van patiënten?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van andere professionals?
- Hoe bepaalt het ziekenhuis wie aan welk systeem deelneemt?
- Vindt er terugkoppeling plaats naar raad van bestuur wanneer disfunctioneren dreigt?

Het ziekenhuis voert alleen jaargesprekken uit

- Welke informatie verzamelt het ziekenhuis over het functioneren van de specialist voordat het jaargesprek plaatsvindt en hoe gebeurt dat?
- Door wie wordt het gesprek gevoerd?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis dat medisch specialisten zich vanaf 2020 kunnen herregistreren?

[61] Mits niet dubbel geteld.

[62] De inspectie heeft de ervaring bij navraag in de ziekenhuizen dat de 100% vrijwel altijd niet werkelijk wordt gehaald.

18.2 Disfunctioneren medisch specialisten

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 18.2.

Indicatoren

18.2.1 Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

Mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

Het Radboudumc en Universitair Longcentrum Dekkerswald hadden als enige twee ziekenhuizen geen regeling Mogelijk disfunctioneren medisch specialisten. Ook in voorgaande jaren hadden zij geen regeling. In 2016 gaven zij aan in hun toelichting: *"Er is een voorgenomen besluit genomen met betrekking tot invoering van een regeling (mogelijk) disfunctioneren medisch specialist Radboudumc. Dit advies ligt thans voor bij het stafconvent en voor instemming bij de Ondernemingsraad. De verwachte ingangsdatum is uiterlijk 1 juni 2017 (afhankelijk van de advies/instemmingstrajecten)."*

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De inspectie stelt geen vragen over deze indicator.

19 Volume

Dit hoofdstuk bevat dit jaar geen eigen indicatoren.

20 Onverwacht lange opnameduur en heropname

20.1 Onverwacht lange opnameduur

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 20.1.

Indicator

20.1.1 Onverwacht lange opnameduur [OLO]

Inleiding

Onder een onverwacht lange opnameduur (OLO) wordt een opnameduur van langer dan 50% van de verwachte opnameduur verstaan. Bij de berekening van de OLO wordt rekening gehouden met patiëntvariabelen en de opnamediagnose. Een heropname duidt op een onverwachte gebeurtenis in het ziekteproces. Suboptimale kwaliteit van zorg kan leiden tot ongewenste uitkomsten wat vervolgens kan resulteren in een hoog percentage OLO en/of heropnamen. De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) is in januari 2014 geïntroduceerd. De LBZ heeft de Landelijke medische registratie en de Landelijke ambulante zorg registratie vervangen. De LBZ is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Met de LBZ willen de NVZ en de NFU de ziekenhuiszorg transparant maken, gebaseerd op vergelijkbare data, waarbij de registratielast voor de ziekenhuizen zoveel mogelijk is beperkt.[63]

[63] https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/

Resultaten

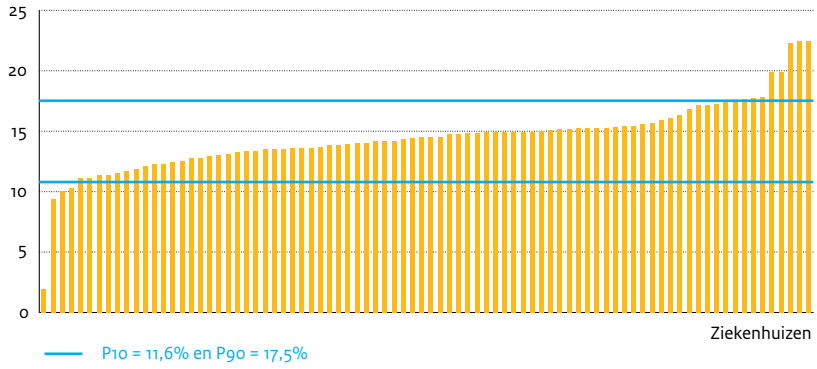
Tabel 20.1.1.1

Aantallen onverwacht lange opnameduur

	Opnamen met gerealiseerde opnameduur > 50% hoger dan verwacht	Opnames	Percentage
Gemiddeld	3.130	20.357	14,5%
Standaarddeviatie	1.942	10.503	2,8%
Mediaan	2.610	17.793	14,5%
P10	1.041	8.734	11,6%
P90	6.001	35.473	17,5%
Min	26	647	1,9%
Max	7.493	43.356	22,4%
Totaal	262.908	1.709.994	

Figuur 20.1.1.1

Percentage onverwacht lange opnameduur



Van 83 ziekenhuizen (88,3%) kon *Dutch Hospital Data* (DHD) een OLO berekenen.
Van de volgende ziekenhuizen kon de DHD geen OLO berekenen: Sint Maartenskliniek (Nijmegen), Sint Maartenskliniek (Woerden), Sint Maartenskliniek (Boxmeer), Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek).
Gemiddeld hadden de ziekenhuizen die data hebben aangeleverd 20.357 ± 10.503 opnamen

(min=647 max=43.356). Het percentage OLO was gemiddeld 14,5 ± 2,8% (min=1,9% max=22,4%). De volgende ziekenhuizen hebben een OLO-percentage lager dan de P10 (11,6%): Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) (1,9%), Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) (9,4%), ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) (10,1%), Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) (10,3%), Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) (11,2%), Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) (11,2%), Treant Zorggroep, locatie Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) (11,4%), Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) (11,4%) en Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Den Helder (Den Helder) (11,5%).
De volgende ziekenhuizen hebben een OLO-percentage hoger dan P90 (17,5%): Isala (Zwolle) (17,7%), Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (17,8%), Radboudumc (Nijmegen) (17,8%), Erasmus MC (Rotterdam) (19,9%), AMC (Amsterdam) (19,9%), Maastricht UMC+ (Maastricht) (22,3%), UMC Utrecht (Utrecht) (22,4%) en UMCG (Groningen) (22,4%).

Aandachtspunten

Een opvallende bevinding is dat zes van de acht ziekenhuizen met een OLO-percentage boven de P90 universitair medische centra zijn. Alle acht academische ziekenhuizen vallen in de groep van ziekenhuizen met de hoogste OLO, de andere vijf zijn grote algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen met het laagste aantal onverwacht lange opnames zijn allemaal (veel) kleiner dan gemiddeld. In principe wordt bij berekening van de OLO rekening gehouden met patiëntvariabelen en opnamediagnose. Toch lijkt hier sprake te zijn van een samenhang met het type en functie van het ziekenhuis. De andere twee universitaire centra hebben eveneens een OLO-percentage dat in de hogere range valt: LUMC (Leiden) (17,1%) en VUmc (Amsterdam) (17,4%). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het uitstroom traject voor de meer complexere patiëntencategorieën te kort schiet.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Op dit moment stelt de inspectie geen vragen over dit onderwerp.

20.2 Heropnamen

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 20.2.

Indicator

20.2.1 Heropnamen

Inleiding

Met de landelijk basisregistratie ziekenhuizen (LBZ) willen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) met behulp van goede en vergelijkbare cijfers de ziekenhuiszorg transparant maken. Tevens willen zij de registratielast voor de ziekenhuizen zoveel mogelijk beperken. Ziekenhuizen leveren sinds 1 januari 2013 diagnoses aan volgens de tiende versie van de International Classification of Diseases (ICD-10-codes) en sinds 1 januari 2014 verrichtingen volgens het Centraal Beheer Verrichtingenbestand (CBV). Van ziekenhuizen wordt verwacht dat zij vanaf 1 januari 2014 aan de LBZ deelnemen.[64]

Het aantal heropnamen kan een indicatie geven over de patiëntveiligheid. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen heropnamen die het gevolg zijn van verminderde patiëntveiligheid en heropnamen die voortkomen uit het ziekte- of behandelproces van de patiënt. Aan de hand van de heropnameratio kan een ziekenhuis zich spiegelen aan andere ziekenhuizen of de heropnameratio laag, gemiddeld of hoog is. Een hoge heropnameratio maakt nader onderzoek noodzakelijk. Mogelijk is de patiëntveiligheid in het geding. In 2014 heeft Dutch Hospital Data (DHD) aan alle ziekenhuizen het aantal heropnames aangeleverd. De daaropvolgende jaren is de indicator doorontwikkeld, waarbij uiteindelijk een zo gericht mogelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen heropnamen die het gevolg zijn van verminderde patiëntveiligheid en heropnamen die voortkomen uit het ziekte- of behandelproces van de patiënt.

[64] https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/

Resultaten

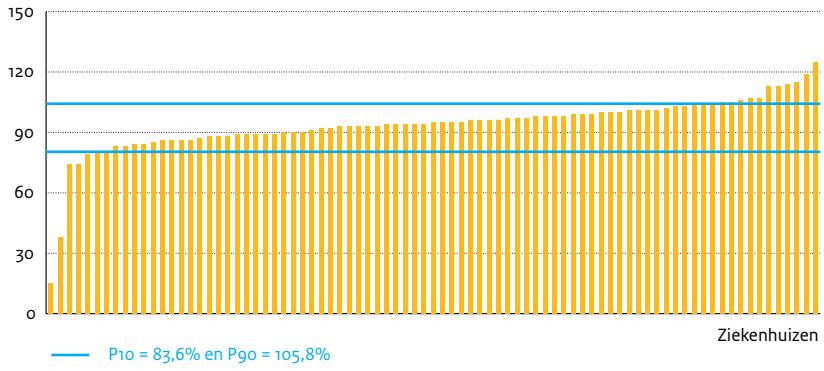
Tabel 20.1.2.1

Aantal en verhouding tussen werkelijk aantal heropnames en verwachte aantal heropnames

	Werkelijk aantal heropnames	Verwacht aantal	Verhouding
Gemiddeld	1.528,4	1.573,1	93,7%
Standaarddeviatie	848,6	808,1	14,3%
Mediaan	1.475	1.389	94,6%
P10	582	630	83,6%
P90	2.699,6	2.708,6	105,8%
Min	11	29	15,0%
Max	3.553	3.510	125,0%
Totaal	126.855	130.569	

Figuur 20.1.2.1

Verhouding tussen werkelijk aantal heropnames en verwachte aantal heropnames



Van de 94 instellingen namen 83 deel aan de LBZ (88,3%). Tien ziekenhuizen hebben geen of zeer beperkte opnamefaciliteiten. Vanuit de NVZ en de NFU is gesteld dat ziekenhuizen vanaf 1 januari 2014 aan de LBZ deelnemen. Een instelling houdt zich dus nog niet aan deze afspraak. Deze instellingen zullen zich intern erop moeten beraden waarom de deelname aan de LBZ (nog) niet is geïmplementeerd. Het gaat om het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk).
Van 83 ziekenhuizen was het aantal heropnamen, verwachte heropnamen en de heropnameratio bekend. Het gemiddeld aantal heropnamen (1.528 ± 849) ligt onder het gemiddeld aantal verwachte heropnamen (1.573 ± 808). Het verschil is niet significant.

De gemiddelde heropnameratio is 93,7% ± 14,3% met een minimum van 15% en een maximum van 125%. De mediaan ligt onder de 100% en de P90 ligt boven de 100%. Dit is in lijn met een lager gemiddeld aantal heropnamen in vergelijking met het gemiddeld aantal verwachte heropnamen. Eenentwintig ziekenhuizen hadden een heropnameratio > 100% (101% - 125%) waarvan negen ziekenhuizen een heropnameratio hadden >P90; Radboudumc (Nijmegen) (106%), Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) (107%), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (107%), Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) (113%), UMC Utrecht (Utrecht) (113%), AMC (Amsterdam) (114%), MC Slotervaart (Amsterdam) (115%), Erasmus MC (Rotterdam) (119%), Flevoziekenhuis (Almere) (125%). Een hoog heropnameratio betekent niet direct een slechte uitkomst. Bij de interpretatie van de heropnameratio is het van belang om data uit de voorgaande verslagjaren in ogenschouw te nemen. Trendanalyse is een belangrijker signaal dan de absolute getallen en de hoogte van de heropnameratio.

Aandachtspunten

Complicaties kunnen resulteren in heropnamen, een onverwacht lange opnameduur (OLO) en/of *hospital related mortality* (HRM). Belangrijk is het onderscheid tussen heropnamen die het gevolg zijn van verminderde patiëntveiligheid en heropnamen die voortkomen uit het ziekte- of behandelproces van de patiënt. Om dit onderscheid zuiver te kunnen maken, is een eenduidige registratie cruciaal. Daarmee zijn goede en vergelijkbare cijfers te verkrijgen om zo de Nederlandse ziekenhuiszorg transparant te maken. Een instelling die zich niet conformeert aan de richtlijn opgesteld door de NVZ en NFU zal aan moeten geven waarom de LBZ niet is geïmplementeerd.
Ziekenhuizen die duidelijk boven een heropnamepercentage van 100% uitkomen, zouden een interne analyse kunnen verrichten om te onderzoeken of het extra aantal heropnamen toe te schrijven is aan complicaties als gevolg van verminderde patiëntveiligheid. Men moet zich bij de interpretatie van de heropnameratio realiseren dat deze onder meer volgt uit het aantal verwachte heropnamen, gebaseerd op voorgaande verslagjaren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het heropnamepercentage is hoog (voor 2016 hoger dan 105,8%)

- Welke analyse heeft het ziekenhuis verricht van de resultaten?
- Heeft dat geleid tot maatregelen?
  - Zo ja, welke waren dat?

2016 Het resultaat telt ziekenhuizen

www.igj.nl