



NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

UMC's gespiegeld 2009



UMC's gespiegeld 2009

NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Voor het derde jaar op rij brengt de NFU een brochure uit waarin de resultaten van de indicatoren uit de IGZ Basisset 2009 van de acht Universitair Medische Centra (UMC's) zijn weergegeven.

De UMC's plaatsen ook dit keer weer kritische kanttekeningen bij het gebruik van deze prestatie-indicatoren.

In de kwantitatieve analyses in deze brochure wordt de vraag opgeworpen of er zinvolle en bruikbare informatie is verzameld en of de verzamelde informatie een objectieve waardebeoordeling toelaat. Door het verstrekken van kwaliteitsinformatie in de vorm van prestatie-indicatoren bestaat het risico dat de score van de indicator wordt beschouwd als een absolute waarde, terwijl de prestatie-indicator veeleer een signaal is van het achterliggende proces.

Aan de bereikte score kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. Mocht een bepaalde prestatie-indicator anders uitvallen dan vooraf werd verwacht, dan is er gereede aanleiding om een analyse uit te voeren van mogelijke verklaringen binnen het achterliggende proces. In een dergelijke analyse wordt uiteindelijk beoordeeld of de definitie van de indicator juist is gehanteerd, of er op een juiste manier is geregistreerd en wat de samenstelling van de patiëntenmix is.

Welk aspect verantwoordelijk is voor welke waarde is nu nog onduidelijk en vraagt uitdrukkelijk om nadere bestudering.

Omdat ook de NFU behoefte heeft aan meer inzicht in en een verdieping van de discussie over kwaliteit en kwaliteitsinformatie is besloten om in 2010 een eigen kwaliteitsconsortium in het leven te roepen. Dit consortium, waarin alle acht UMC's zijn vertegenwoordigd, zal zich richten op de vraag hoe de kennis over verworven inzichten en best-practices optimaal gedeeld kan worden. Vanzelfsprekend spelen de andere taken van de UMC's, namelijk onderwijs en onderzoek, hierbij een belangrijke rol.

De verwachting is met het kwaliteitsconsortium een aanzienlijke stap voorwaarts te maken in het analyseren van de relatie tussen de registratie van indicatoren en het verbeteren van prestaties.

Kortom, de NFU wil ook dit jaar bijdragen aan een zinvolle discussie over het gebruik van prestatie-indicatoren en de relatie met de geboden kwaliteit van zorg.

Kwaliteitsinformatie bruikbaar maken voor vragen die in de samenleving leven, is een andere uitdaging.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L.J. Gunning-Schepers', written over a horizontal line that extends to the right.

Prof.dr. L.J. Gunning-Schepers
Voorzitter NFU

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
Hoofdstuk 2 Kwantitatieve analyses	11
Hoofdstuk 3 De getallen	47
Colofon	95

→ | Inleiding

De inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft, evenals de voorgaande jaren, de ziekenhuizen opnieuw verzocht de basisset prestatie-indicatoren (PI's) over 2009 aan te leveren. De indicatoren zijn in samenspraak met de Orde van Medische Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) ontwikkeld. De IGZ gebruikt de PI's als instrument voor het uitvoeren van zijn taak van gefaseerd toezicht. Bij scores van ziekenhuizen die anders zijn dan verwacht, kan de IGZ nader onderzoek doen naar de oorzaak van de score.

De NFU heeft ook over 2009 de resultaten van de Universitair Medische Centra (UMC's) in kaart gebracht en geanalyseerd. In hoofdstuk 3 worden de getallen van de UMC's in tabellen naast elkaar gezet. Op basis hiervan zijn kwantitatieve analyses gemaakt van acht verschillende onderwerpen. Deze kwantitatieve analyses staan in hoofdstuk 2.

In het algemeen geldt dat interpretatie van de onderlinge verschillen tussen de UMC's enige voorzichtigheid vergt. De gerapporteerde getallen kunnen verschillen door factoren die samenhangen met registratie, beleidvoering, patiëntmix, verwijspatronen of door regionale aspecten zoals de aanwezigheid van algemene ziekenhuizen in de directe omgeving van een UMC.

Wel is de tendens om naar aanleiding van de getallen onderling met elkaar in gesprek te gaan en ervaringen uit te wisselen over methoden, gevoerd beleid en gehanteerde definities op het gebied van de indicatoren.

In de in dit boekje opgenomen analyses wordt, naast blootleggen van interpretatieverschillen, bediscussieerd hoe er voor moet worden gewaakt dat van een PI een negatieve prikkel uitgaat wat zou kunnen leiden tot defensieve geneeskunde.

Soms worden de UMC's, weliswaar ongewild, toch onderling vergeleken op basis van de scores terwijl dit op basis van de gebruikte PI's niet goed mogelijk is. Immers bedacht moet worden dat de scores slechts een signaal zijn en altijd vragen om een nadere analyse naar de eventuele oorzaak van de score.

Inmiddels is het meten van de kwaliteit van zorg met behulp van PI's een vast onderdeel geworden van de huidige kwaliteitszorg en zijn ziekenhuizen steeds beter geprepareerd op allerlei uitvraag- c.q. meetlijsten zoals indicatoren van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen en van het veiligheidsprogramma van VMS-zorg. Vanwege het woud aan indicatoren wordt sterk gepleit voor afstemming en stroomlijning tussen de verschillende indicatorensets. Dit geldt zowel voor de inhoud als de uitvraag.

Terwijl de kwaliteit van geneeskundige behandelingen in vrijwel alle ziekenhuizen jaarlijks almaar verbetert, blijft het goed aandacht te vragen voor thema's als pijnbestrijding, wondverzorging, voedingstoestand, infectiepreventie en complicatieregistratie. De grootste waarde van de PI's is dan ook de breed gecreëerde blijvende aandacht voor bovengenoemde thema's in alle zorginstellingen.

2 | **Kwantitatieve analyses**

De prestatie-indicator ondervoeding (indicator 2)

door mevrouw drs. L.I. Briggeman
beleidsadviseur Kwaliteit en Veiligheid, UMC St Radboud

SCREENING EN BEHANDELING

Screening van ondervoeding en behandeling van ondervoede patiënten bevorderen de wondgenezing, verminderen het risico op postoperatieve morbiditeit en kunnen zelfs een lange ligduur verkorten. Met deze wetenschappelijke inzichten is ondervoeding de laatste jaren erkend als indicator voor kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. De nadruk ligt in de praktijk tot nu toe sterk op de screening, terwijl meer aandacht voor de feitelijke behandeling van ondervoede patiënten wenselijk is. Een betere meting van de behandeling houdt directer verband met de kwaliteit van zorg dan de meting van de screening die nu wordt toegepast en doet bovendien de kwaliteit van leven van de patiënt toenemen.

GESCREENDE PATIËNTEN

In drie ziekenhuizen vonden middelgrote steekproeven plaats. Twee ziekenhuizen hanteerden een zeer grote steekproef en drie centra gaven aan geen steekproef te hebben genomen. Gemiddeld is in 2009 bij de academische centra 71% van de volwassen patiënten bij opname gescreend, met een variatie van 50,2% tot 100%.

Samen screenden de ziekenhuizen 42.101 volwassenen op ondervoeding en hoewel dit een deel van alle opgenomen patiënten is, lijkt het aantal groot genoeg om rendement voor de patiënt en het leereffect voor het ziekenhuis op te leveren.

MUST OF SNAQ

Voor de screening hebben de UMC's gebruik gemaakt van verschillende methoden: zes UMC's hanteren de MUST en twee de SNAQ scoresystematiek. De keuze van de methode lijkt enigszins van invloed op de mate van ondervoeding die bij de patiënten wordt aangetroffen. Bij inzet van de SNAQ scorelijst wordt een laag percentage matig ondervoede volwassen patiënten gesignaleerd (5,3%), terwijl de score van de totale groep gescreende patiënten in de UMC's op 7% ligt. Voor het percentage ernstig

ondervoede patiënten ligt dit andersom (SNAQ scorelijst gemiddeld 14,6%, terwijl de totale groep 11,5% oplevert). En als we matig en ernstig ondervoed bij elkaar optellen, dan variëren de percentages van de ziekenhuizen van 8,9% tot 36,8%. Het gemiddelde van de totale populatie ligt op 18,5%, terwijl dat van de populatie op wie de SNAQ-methodiek wordt toegepast op 19,9% uitkomt.

De onderzochte populatie in de twee UMC's die deze laatste methode toepassen, is zoveel groter dan in de andere UMC's dat aan deze verschillen geen conclusie kan worden verbonden. Hiervoor zijn nadere analyses noodzakelijk.

UITKOMSTEN ONDERVOEDING BIJ SCREENING

Er is een gering verband tussen de grootte van de steekproef en de gerealiseerde uitkomsten voor ondervoeding. De ziekenhuizen die steekproeven kleiner dan 600 patiënten hebben genomen (drie ziekenhuizen) leiden tot een gemiddeld percentage ondervoede patiënten van 26,5 terwijl dit over alle ziekenhuizen 19,9% bedraagt. Ook als we de scores van de ziekenhuizen op een rij zetten, blijkt dat het best scorende ziekenhuis (8,9% ondervoeding) geen steekproef toepaste en de twee ziekenhuizen met de matigste scores (36,8% en 30,3% ondervoeding) juist een kleine steekproef inzetten. Een mogelijke verklaring van de invloed van de steekproef kan zijn, dat bij grotere steekproeven ook de 'minder risicovolle' doelgroepen zijn meegenomen. Maar of dit daadwerkelijk zo is, vergt nader onderzoek.

KANTEKENING BIJ DE INDICATOR SCREENING VAN ONDERVOEDING

Een kanttekening die op zijn plaats is, is dat de uitkomsten van de screening bij opname niet sterk door het ziekenhuis kunnen worden beïnvloed. Als een polikliniekbezoek aan de opname vooraf gaat of bij een heropname (waarbij vóór respectievelijk na de eerste opname een voedingsadvies is gegeven), is sprake van het (mede) meten van de kwaliteit van eerder geleverde zorg. Dat zou ervoor pleiten de screening te beperken tot deze en/of andere specifieke patiëntenpopulaties. Ook het verwachte rendement van het registreren neemt daarmee toe, doordat (alleen) op de meer risicovolle patiëntengroepen de behandeling van ondervoeding wordt ingezet.

GESCREENDE KINDEREN

De meeste ziekenhuizen hebben een steekproef gebruikt en opvallend is dat de ziekenhuizen die een grote of geen steekproef toepassen aanzienlijk lagere screeningspercentages aanleveren dan de ziekenhuizen die een kleine steekproef nemen. Dit is een versterking van het patroon dat bij de volwassen patiënt reeds naar voren kwam. Overigens is de screening van kinderen niet gebaseerd op de MUST- of de SNAQ-lijst, maar worden lengte- en gewichtgegevens verwerkt in de groeicurve om de ondervoede kinderen te kunnen identificeren. Zowel meer als minder voor ondervoeding risicovolle kinderen worden meegenomen in de screening.

UITKOMSTEN BIJ KINDEREN

De uitkomsten van de screening lijken minder te variëren dan bij de volwassenen. De gunstigste score is 6,3% en de minst gunstige 27,5% ondervoede kinderen. Het totale gemiddelde ligt op 11,8%. Op twee UMC's na laten alle centra aanzienlijk gunstigere uitkomsten bij de kinderen zien dan bij de volwassenen.

BEHANDELING VAN ONDERVOEDING

Wat betreft de behandeling van ondervoeding geldt dat de UMC's over relatief weinig informatie beschikken, waardoor de interpretatie lastig is. Over de behandeling van ondervoeding bij patiënten met een totale heupvervangings zijn weinig gegevens ingebracht. De scores zien er, hoewel grote voorzichtigheid moet worden betracht, vanwege de zeer geringe aantallen gunstig uit. Deze zijn namelijk telkens beneden 3% ondervoeding. In de patiëntencategorie totale heupvervangings lijkt ondervoeding geen probleem te zijn.

De informatie over de behandeling van ondervoeding bij alle volwassen patiënten is eveneens beperkt beschikbaar. Van het aantal ernstig ondervoede patiënten op vier meetmomenten (puntprevalentie) kende ongeveer de helft een adequate eiwitname op de vierde opnamedag (afgezet tegen het aantal aanwezige ernstig ondervoede patiënten op dag vijf). Dit percentage verbetert niet opvallend, als we naar de vier afzonderlijke meetmomenten kijken. De vraag doet zich voor, of de afgesproken behandelmethodes wel voldoende is geïmplementeerd. Ook de toepas-

baarheid van de indicator op alle patiëntencategorieën is twijfelachtig. Bij operatieve patiënten lijkt de vierde dag geen goede maatstaf om de ondervoeding te meten, omdat deze dag te dicht ligt op de dag van de operatie en het herstel nog plaatsvindt.

Over de behandeling van ondervoeding bij kinderen hebben twee ziekenhuizen informatie verstrekt. De aantallen zijn gering, maar de percentages veel gunstiger dan bij de volwassenen.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Deze analyse leidt tot de conclusie dat de nadruk van deze indicator sterk bij de screening is komen te liggen en dat het meten van de behandeling meer prioriteit verdient, omdat daar de winst voor de patiënt te behalen valt en de kwaliteit van de geleverde zorg kan worden gemeten. Overwogen moet worden landelijke afspraken te maken over een selectief en verantwoord screeningsbeleid, opdat in de ziekenhuizen een grotere inspanning kan worden gepleegd op de feitelijke behandeling van ondervoeding bij de gekozen patiëntencategorieën. Aanpassing van de indicator kan hierbij behulpzaam zijn, waarbij tevens integratie plaatsvindt met de indicator ‘ondervoeding’ van het VMS-thema ‘kwetsbare ouderen’. De patiëntencategorie ‘totale heupvervangings’ lijkt niet (meer) relevant voor deze indicator.

Screening op en behandeling van ondervoeding zou bijvoorbeeld alleen nog kunnen worden toegepast op patiënten van 70 jaar en ouder, en op specifieke patiëntencategorieën (volwassenen en kinderen) die qua aandoening meer risicovol zijn voor ondervoeding. Een voorbeeld daarvan is de oncologische patiëntengroep.

De UMC's zetten meer en meer in op maatregelen die ondervoeding voorkomen c.q. beperken. Hierbij valt te denken aan algemene of specifieke voedingsadviezen bij het eerste consult op de polikliniek en waar nodig bij een ontslaggesprek. Daarmee wordt tevens de kwaliteit van leven van de patiënt vergroot.

De prestatieindicator Surveillance van ziekenhuisinfecties (indicator 5.1)

door mevrouw A.C.M. Gigengack-Baars
ziekenhuishygiënist, UMC Utrecht

INLEIDING

Het monitoren van ziekenhuisinfecties behoort tot één van de taken van afdelingen Infectiepreventie. Dit wordt bevestigd in het rapport “Infectiepreventie in ziekenhuizen; hiaat tussen kennis en gedrag” van de IGZ (mei 2004) waarin zij stelt dat actieve surveillance (opsporen, analyseren, interveniëren, evalueren) onderdeel dient te zijn van het infectiepreventiebeleid. Daarnaast beveelt de inspectie aan dat ziekenhuizen ten minste eenmaal per jaar een periode participeren in één van de incidentiemodules van het PREZIES-netwerk (www.prezies.nl). De incidentiemodules die thans kunnen worden gevolgd, zijn: post-operatieve wondinfecties, wondinfecties na hartchirurgie, lijnsepsis en beademingsgerelateerde pneumonie.

Naast de incidentiestudie-modules is het vanaf 2007 mogelijk om via PREZIES deel te nemen aan de landelijke prevalentiestudie naar ziekenhuisinfecties, die tweemaal per jaar plaatsvindt. Doel van het PREZIES-netwerk is het spiegelen van de resultaten van het eigen ziekenhuis aan de resultaten van alle participerende ziekenhuizen samen (zowel academische als niet-academische centra), waarbij wordt gecorrigeerd voor een aantal risicofactoren. Daardoor is het als UMC mogelijk de resultaten van de prevalentiemeting eenmaal per jaar aan de overige deelnemende UMC's te spiegelen.

Uit de referentiecijfers (landelijke prevalentiestudies) van PREZIES blijkt dat de prevalentie van ziekenhuisinfecties in Nederland (6,6%) vergelijkbaar is met die in grootschalig onderzoek in andere Europese landen, waarbij de prevalentie varieert van 4 tot 10%. Voor de zeven deelnemende Nederlandse academische centra bedroeg de gemiddelde prevalentie over de vijf perioden 8,5%, voor niet-academische centra (N=43) 6,2%. (www.prezies.nl/zkhz/prev/ref).

De IGZ heeft vanaf 2004 de surveillance van ziekenhuisinfecties opgenomen in de basisset kwaliteitsindicatoren (<http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteitsindicatoren/basissets/index.aspx>).

WAT IS HET DOEL VAN DE KWALITEITSINDICATOR SURVEILLANCE VAN ZIEKENHUISINFECTIES?

Met de kwaliteitsindicator Surveillance van ziekenhuisinfecties wil de inspectie toezicht houden op de uitvoering van deze surveillance door de individuele ziekenhuizen. Voor de UMC's worden deze data daarnaast door de NFU samengevoegd in deze brochure, om een bijdrage te leveren aan de discussie over het zinvol gebruik van de kwaliteitsindicatoren.

Het is de vraag of de resultaten van de huidige vragenlijst een goed beeld geeft van surveillance in ziekenhuizen, aangezien de data vragen oproepen. Duidelijkheid verschaft de eerste vraag: "Surveilleert u ziekenhuisinfecties", waarop door alle UMC's bevestigend is geantwoord. De invulling van de surveillance verschilt vervolgens per centrum.

DISCUSSIE

Postoperatieve wondinfecties hebben, zoals verwacht, de meeste aandacht van de ziekenhuizen: in zeven van de acht UMC's vinden incidentiestudies plaats (vier via PREZIES-module). Onduidelijk is bij welke ingrepen of specialismen de surveillance wordt uitgevoerd en welke onderzoekspopulatie werd bestudeerd; het aantal geïncludeerde patiënten varieert van 124 (LUMC) tot 4.205 (MUMC⁺). Alle centra meten postoperatieve wondinfecties (bij alle specialismen) via prevalentie-metingen (in zeven gevallen via PREZIES). Hier varieert het aantal inclusies van 159 tot ruim 1.075 patiënten. Dit wordt o.a. veroorzaakt door de keuze voor jaarlijkse of halfjaarlijkse deelname aan de prevalentiestudie (de cijfers worden per jaar opgeteld). Ook verschilt het of alleen de patiënten die een operatie hebben ondergaan, zijn weergegeven (immers alleen zij lopen het risico op een postoperatieve wondinfectie) of *alle* patiënten die in de prevalentiestudie zijn opgenomen. Uit de vraagstelling wordt niet duidelijk wat precies wordt bedoeld. Alle UMC's geven bij navraag aan moeite te hebben met het verschil in de vraagstelling hoeveel patiënten zijn geïncludeerd, gevolgd

door de vraag hoeveel patiënten in aanmerking kwamen. Vrijwel alle UMC's hebben dan ook op beide vragen hetzelfde antwoord gegeven.

Welke feiten kunnen resulteren in een bevestigend antwoord op de vraag: heeft u interventies gepleegd? De interventies variëren van het eenmalig verzorgen van een klinische les tot het doorlopen van een compleet implementatietraject inclusief nulmeting, interventie en nameting, waarna (wetenschappelijke) publicatie. Of een interventie het gewenste resultaat heeft opgeleverd, is subjectief: is er meer aandacht voor hygiëne in de OK na de klinische les, of zijn de postoperatieve wondinfectiecijfers ook (significant) gedaald?

Twee van de acht UMC's nemen deel aan de incidentiemodule "centrale lijn gerelateerde sepsis" van PREZIES; de helft van de UMC's verricht (daarnaast) een eigen incidentiestudie naar lijnsepsis, veelal in samenwerking met de IC-afdeling die in een aantal gevallen zelf dit onderdeel van de kwaliteitsindicator heeft ingevuld. Dit antwoord is wederom gebaseerd op een eigen interpretatie van de vraagstelling.

Daarnaast zorgt het uitsluiten van kinderen jonger dan 1 jaar door PREZIES voor een verschil in het aantal in de studies geïnccludeerde patiënten. Op afdelingen Neonatale Intensive Care van de UMC's wordt jaarlijks een prevalentie naar het optreden van pneumonie en sepsis bij neonaten uitgevoerd (geïnitieerd en gecoördineerd door de landelijke werkgroep Neonatale Infectie Preventie). Een aantal centra heeft deze data wel meegeteld bij de patiëntengroep en een aantal niet. Dit geldt ook voor de gegevens in het onderdeel "beademingsgerelateerde pneumonieën", waarbij geen enkel UMC deelneemt aan de PREZIES-incidentiemodule, maar wel door allen wordt gesurveilleerd volgens prevalentie-metingen en al dan niet uitsluitend IC-patiënten worden meegeteld in de onderzoeksgroep.

Deelname aan de incidentiemodule "blaaskatheter gerelateerde infectie" wordt door alle UMC's ontkennend beantwoord, hetgeen niet verwonderlijk is, daar er (nog) geen incidentiemodule bij PREZIES beschikbaar is. De surveillance van urineweginfecties blijkt in alle UMC's uitsluitend op basis van prevalentie-metingen plaats te vinden.

CONCLUSIE

Het inzichtelijk maken van gegevens over surveillance van ziekenhuisinfecties zou UMC's/ziekenhuizen in staat stellen van elkaar te leren, indien beschreven interventies tot zichtbare resultaten hebben geleid. De in de kwaliteitsindicator vermelde gegevens betreffen uitsluitend noemergetallen van de onderzochte populaties en zijn door verschil in interpretatie van de vraagstelling niet met elkaar vergelijkbaar. Het ontbreekt aan verdere verfijning van de vraagstelling (o.a. over het type ingreep of het specialisme), waardoor een vergelijking niet mogelijk is en de data in deze context geen waarde hebben.

Aanpassen van de vragenlijst is aan te bevelen: zolang de inzender van de informatie ruimte heeft voor verschillende interpretaties van de vraag, zullen de antwoorden en aangeleverde cijfers niet geschikt zijn om zich met anderen te vergelijken.

De prestatie-indicator Pijn (indicator 7)

door R.D.H. de Boer
anesthesioloog, VUmc

INLEIDING

Pijnbestrijding is van belang voor zowel het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Pijn kan een negatieve invloed hebben op hemodynamische en pulmonale functies en kan het mobiliseren belemmeren.

Gestandaardiseerde pijnmeting leidt tot meer inzicht in de pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Omdat gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding nog relatief nieuw is, is dit nog niet op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke mate aanwezig. Zo kan er een verschil zijn in het beleid direct na de operatie, wanneer de patiënt nog op de verkoeverkamer is opgenomen en de latere postoperatieve fase wanneer de patiënt weer op een verpleegafdeling is. Ook de methode van het vaststellen of patiënten pijn hebben en in welke mate kan verschillen per afdeling en per instituut.

De IGZ heeft twee indicatoren gekozen om pijn na een operatie inzichtelijk te krijgen: het aantal pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkoever en de verpleegafdeling en het aantal patiënten dat gedurende de eerste 72 uur na een operatie op enig moment ernstige pijn ervaart (pijnscore boven de 7).

Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja

2

Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Heeft u een steekproef genomen?	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Populatie (beschrijving)							*	
Steekproefgrootte								
Selectiecriteria								
Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd	9.263	8.377	7.570	8.324	11.504		12.451	13.616
Totaal aantal klinische operatiepatiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever	9.263	8.377	7.570	8.834	11.669		12.451	14.210
Percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd	100%	100%	100%	94%	99%		100%	96%
Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd	6.773	4.832	onbekend	7.256	6.705		1.808	onbekend
Totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdeling	8.411	7.050		9.682	9.473		2.265	
Percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd	81%	69%		75%	71%		80%	

VUmc: Kinderen zijn meegenomen in de meting.

LUMC: De pijnmetingen op de verpleegafdelingen worden nog in de papieren dossiers (medische en verpleegkundige) geregistreerd en zijn derhalve niet geaggregeerd te benaderen.

UMC St Radboud: Hier wordt de pijn bij patiënten gemeten en behandeld. Een ziekenhuisbreed, digitaal instrument ten behoeve van registratie is in ontwikkeling.

* MUMC+: t.b.v. perc 2 - Non-invasief: post-operatieve patiënten, aanspreekbaar op (chirurgische) verpleegafdelingen. - Invasief: patiënten met PCA of epiduraal catheter.

UMCG: De pijnmetingen worden nog in het papieren dossier geregistreerd en zijn derhalve niet geaggregeerd te benaderen.

PIJNMETINGEN BIJ POSTOPERATIEVE PATIËNTEN

Achtergrond

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnbestrijding. Daarin komen behalve medicatieadviezen ook pijnmetingen aan de orde. Met deze richtlijn kunnen de ziekenhuizen eigen beleid ontwikkelen met betrekking tot het te gebruiken meetinstrument en de tijdstippen en condities van de patiënt waarbij pijnmetingen worden gedaan. Het structureel meten van pijnintensiteit met een Visual Analogue Scale (VAS), een Numerical Rating Scale (NRS) of een Verbal Rating Scale (VRS) draagt bij aan de effectiviteit van de pijnbehandeling.

Definitie

De indicator meet het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten.

DISCUSSIE

Gegevens van zes van de acht UMC's staan volledig in de tabel vermeld. Ook het LUMC meet bij het overgrote deel van de patiënten op de verkoever (7.570) de VAS.

Het UMC St Radboud levert nog geen cijfermatig materiaal aan in verband met het ontbreken van digitale registratie (is in ontwikkeling). Wel wordt de pijn met de patiënten besproken en behandeld volgens een protocol; tevens is er een aantal afdelingen dat op eigen lijsten en in dossiers pijn registreert.

Het percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd, benadert de 100% en is vergelijkbaar met de resultaten uit 2008. Op de verkoever is er veel aandacht voor pijn, omdat het als één van de vitale parameters wordt beschouwd. De pijnscore maakt ook deel uit van de criteria die worden gehanteerd om te evalueren of een patiënt van de verkoever naar de verpleegafdeling kan worden verplaatst. De exclusiecriteria voor patiëntencategorieën die worden gehanteerd voor een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever zijn niet gespecificeerd. Het gaat hier om patiënten die niet aanspreekbaar zijn en/of worden beademd

(deze patiënten gaan vaak naar de IC). Soms lukt een pijnmeting niet vanwege een taalbarriere of cognitieve stoornis. Al dan niet uitsluiten van deze categorieën kan het verschil verklaren in percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd.

De pijnmeting op de verpleegafdeling is nog niet gestructureerd ingevoerd. Dit blijkt uit de tabel op pagina 20 en 21, waarbij het aantal patiënten waarbij op de verkoever een pijnmeting is gedaan structureel hoger is dan het aantal patiënten waarbij dit op de verpleegafdeling is gedaan. Idealiter zou bij iedere postoperatieve patiënt op een gestandaardiseerde manier een pijnscore moeten worden bijgehouden (gemeten en geregistreerd), met uitzondering van wilsonbekwamen. De patiëntencategorieën waarbij pijnmetingen zijn gedaan in de UMC's verschillen. Bijvoorbeeld niet in alle UMC's zijn pijnmetingen gedaan bij kinderen (LUMC niet bij kinderen <12 jr, MUMC+ geen kinderen; maar in UMC Utrecht wel kinderen vanaf 0 jr met behulp van de FLACC-score). Ook verschillen het per UMC of er metingen worden gedaan bij patiënten die naar de IC of medium care gaan.

Uit navraag blijkt dat niet altijd kan worden beschikt over een digitaal registratiesysteem. Pijnmetingen worden dan bijvoorbeeld in een papieren dossier genoteerd. Dit maakt het onmogelijk om een overzicht van pijnscores op te vragen. In het MUMC+ zijn gedurende het jaar wijzigingen in het ICT-systeem ingevoerd. Dit verklaart het geringe aantal patiënten op de verpleegafdeling (2.265) ten opzichte van het aantal patiënten op de verkoever (12.451).

In VUmc wordt regelmatig wel een pijnscore gemeten, maar niet geregistreerd. Hierdoor valt het percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd laag uit (69%). In het UMC St Radboud en UMCG vindt nog geen digitale registratie plaats.

PATIËNTEN MET ERNSTIGE PIJN NA EEN OPERATIE

Definitie

De indicator meet het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

2

Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na de operatie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Populatie (beschrijving)	Alle geopereerde patiënten op de zeven chirurgische klinische verpleegafdelingen van de Divisie Chirurgische Specialismen, van neurochirurgie, KNO, oogheelkunde, recovery/high care en kinderchirurgie		Volwassen post-operatieve-patiënten gedurende drie meet-dagen				Alle invasieve patiënten met een PCA of epiduraal catheter. Steekproef non-invasief: postoperatieve patiënten, aanspreekbaar op (chirurgische) verpleegafdelingen	Alle geopereerde patiënten aangemeld bij Acute Pijn Service in de maand juni 2009
Steekproefgrootte	5.861		261	5.105			1.808	189
Selectiecriteria	At random selectie van volwassen postoperatieve patiënten waarbij op een verpleegafdeling een systematische pijnmeting is gedaan, geregistreerd in een beschikbaar dossier		Pijnscore > 7 op derde dag post-operatief				post-operatief	Alle geopereerde patiënten aangemeld bij Acute Pijn Service in de maand 2009
Aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	477	321	15	422	141		153	8

2

Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na de operatie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie)	5.861	4.832		5.105	5.967		1.808	189
Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	8%	7%	6%	8%	2%		8%	4,2%

DISCUSSIE

Ook bij dit onderdeel van de indicator zijn er verschillen in patiëntenpopulaties waarbij pijnmetingen worden gedaan. In sommige UMC's wordt alleen bij volwassenen gemeten.

De pijngrens van 7 op een schaal van 0 tot 10 is een subjectieve grens. Uit onderzoek in het UMC Utrecht blijkt dat er grote spreiding zit in wat patiënten als acceptabel beschouwen en vanaf welke pijnscore patiënten om behandeling vragen.

Er bestaat een kans op overbehandeling wanneer zou worden getracht de pijnscore altijd laag te houden. Dit vereist namelijk preventieve behandeling, die kan leiden tot bijwerkingen als jeuk of misselijkheid, en tot complicaties als hypoventilatie en apneu.

CONCLUSIE

Een bezwaar van de indicator is dat niet wordt gespecificeerd hoe en wanneer de metingen worden uitgevoerd:

- Wordt gemeten met de VAS, NRS of VRS? De keuze van het meetinstrument is van invloed op de uitkomst: Bij een VAS kan de score liggen tussen 7 en 8, terwijl bij een NRS de eerste score boven de 7 een 8 is. Het is dus te verwachten dat ziekenhuizen die de VAS hanteren, een groter percentage boven de 7 vinden. Een grens van '7 of hoger' in plaats van 'boven de 7' draagt bij aan de helderheid.
- Hoe vaak wordt een pijnmeting verricht? Bij een gering aantal metingen over de eerste 72 uur (in extremum 0 metingen) is de kans op een score boven de 7 kleiner. Bij een groot aantal metingen wordt de kans op een hoge pijnscore groter, maar kan de pijn beter worden behandeld, waardoor de zorg beter wordt. De relatie tussen de score en de kwaliteit van zorg is dus niet eenduidig.
- Wanneer wordt een pijnmeting gedaan? Is dit in rust of bij bijvoorbeeld mobiliseren? Wordt de meting gedaan voor het toedienen van de pijnmedicatie of juist enige tijd daarna? Dit is van grote invloed op de score: door niet het percentage patiënten te bepalen dat 'op enig moment' een pijnscore boven de 7 heeft, maar het percentage patiënten dat gemiddeld over 24 uur een pijnscore boven de 7 heeft, wordt deze invloed verkleind.
- Wordt de pijnmeting herhaald na een interventie? Adequaat handelen bij een hoge pijnscore draagt bij aan goede zorg en tevredenheid bij de patiënt. Dit komt nu niet tot uiting in de indicator.

Op deze vragen is geen eenduidig antwoord te geven met behulp van de indicator. Wanneer hier meer structuur in wordt gebracht, kunnen gegevens van ziekenhuizen beter in perspectief worden gezien en zal dit de validiteit en betrouwbaarheid van de indicator ten goede komen.

De prestatie-indicator Colorectale operaties (indicator 10)

door prof.dr. R.A.E.M. Tollenaar
hoogleraar heekunde, LUMC

INLEIDING

De colorectale chirurgie beslaat een groot veld. Naar schatting krijgen jaarlijks in Nederland 10.000 patiënten een resectie voor een colorectale maligniteit (bron: kankerregistratie). Daarnaast worden ook vele patiënten geopereerd aan een benigne aandoening. De geschatte percentages postoperatieve complicaties en mortaliteit zijn relatief hoog: respectievelijk 30% en 4%. Niet alle complicaties zijn te voorkomen, maar er blijken wel verschillen te zijn tussen ziekenhuizen. Deze verschillen zijn deels te verklaren door verschillen in casemix, maar ook door verschillen in kwaliteit van zorg. Welke factoren bepalend zijn voor het optreden of voorkomen van complicaties, zoals de gehanteerde chirurgische techniek, de perioperatieve zorg of de indicatiestelling, is echter nog niet geheel opgehelderd.

De IGZ heeft twee indicatoren gekozen om de kwaliteit van de colorectale chirurgie te meten: het percentage ongeplande heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie en deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

10.1 Ongeplande heroperaties na een colorectale operatie

ACHTERGROND

Verreweg de meeste operaties binnen 30 dagen na een eerdere operatie voor dezelfde indicatie, zijn ongeplande heroperaties. Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Heroperaties kunnen altijd voorkomen, zeker bij patiënten met veel comorbiditeit of een gecompliceerde tumor, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de eerste operatie, suboptimale perioperatieve zorg of een suboptimale indicatiestelling. Heroperaties zijn belastend voor de patiënt en dus ongewenst en zorgen bovendien voor hoge kosten.

2

Inzicht in hoe vaak heroperaties worden verricht, kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Dit is echter niet eenvoudig, omdat de initiële operatie en de heroperatie niet altijd in hetzelfde ziekenhuis worden uitgevoerd. Het registreren van heroperaties helpt bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen. Een zorg van deze indicator is dat er een perverse prikkel van uit kan gaan. Heroperaties zijn niet altijd een teken van slechte zorg, maar vaak een noodzakelijke handeling om ernstige complicaties te voorkomen. Wanneer ziekenhuizen worden afgerekend op het percentage heroperaties zou dit kunnen leiden tot defensief gedrag, zoals het zolang mogelijk conservatief behandelen van milde complicaties of het vaker aanleggen van stoma's om heroperaties te voorkomen.

DEFINITIE

De indicator is gedefinieerd als het aantal patiënten dat tenminste één keer een ongeplande abdominale heroperatie onderging in het verslagjaar, terwijl zij in de 30 dagen ervoor een enkelvoudige colorectale resectie ondergingen ten opzichte van het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar een enkelvoudige colorectale resectie onderging.

Het aantal patiënten met een ongeplande heroperatie is inclusief de patiënten die hiervoor werden verwezen naar een ander ziekenhuis.

Ongeplande heroperaties na colorectale operatie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Percentage heroperaties bekend	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Steekproef genomen?	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Populatie								
Steekproefgrootte								
selectiecriteria								
Aantal ongeplande heroperaties	21	20	15	14	15	6	24	7
Aantal colorectale operaties	215	201	130	108	103	128	156	266
Percentage ongeplande colorectale heroperaties	9,8%	10,0%	11,5%	13,0%	14,6%	4,7%	15,4%	2,6%

BETROUWBAARHEID GEGEVENS

De betrouwbaarheid van de indicator wordt ondermijnd door het feit dat de inclusiecriteria ruim zijn omschreven en het begrip ‘ongepland’ niet helder is gedefinieerd, waardoor er ruimte is voor interpretatieverschillen tussen de ziekenhuizen. Bovendien worden complicaties en heroperaties in het bijzonder, niet overal uniform geregistreerd. Het bleek hierdoor in het verleden lastig de informatie voor deze indicator te achterhalen, vooral wanneer patiënten elders een heroperatie ondergingen. Het blijft in ziekenhuizen moeilijk de benodigde informatie te achterhalen uit de verschillende registratiesystemen, zeker wanneer de informatie uit administratieve data moet worden gehaald. Vandaar dat door de IGZ ook een steekproef van een selectie patiënten is geaccepteerd. De DSCA biedt de mogelijkheid om gegevens voor de steekproef aan te leveren.

10.2 Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit

ACHTERGROND

Darmkankerresecties zijn chirurgische procedures die in elk ziekenhuis in Nederland worden uitgevoerd. Alhoewel het volume van deze ingrepen hoog is (ongeveer 10.000 resecties per jaar), blijkt het risico op complicaties (bijvoorbeeld naadlekkage) aanzienlijk en overlijdt naar schatting 4 procent van de patiënten postoperatief. Een adequate patiëntselectie, een kwalitatief goed diagnostisch proces, een juiste chirurgische behandeling en een goede peri-operatieve zorg bepalen de korte- én langetermijn uitkomsten.

Voor de chirurgische behandeling van colorectale tumoren zijn belangrijke verschillen in uitkomsten van zorg beschreven tussen hoog- en laag-volume ziekenhuizen en tussen op deelgebied gespecialiseerde en algemene chirurgen. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, is er meer inzicht nodig in de factoren die leiden tot (on)gewenste uitkomsten van zorg. Dit is het doel van DSCA.

DEFINITIE

De indicator meet het aantal patiënten dat is ingevoerd in de DSCA ten opzichte van het aantal patiënten dat hiervoor in aanmerking kwam.

Patiënten die in aanmerking komen voor de DSCA zijn patiënten met een primair (eerste presentatie van een) colorectaal carcinoom, waarvoor een deel van het colon of het rectum is verwijderd.

Exclusiecriteria zijn endoscopische resecties en Transanale Endoscopische Microchirurgie (TEM), dysplastische poliepen en locoregionale of afstandsrecidieven van een colorectaal carcinoom.

Deelname aan Dutch Surgical Colorectal Audit	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal chirurgische resecties waarvan gegevens aangeleverd	75	15	58	39	79	p.m.	90	88
Totaal aantal chirurgische resecties	75	76	58	39	79	p.m.	120	88
Percentage	100%	19,7%	100%	100%	100%	p.m.	75%	100%

VUmc: Het jaar 2009 was voor deelname aan DSCA-registratie een proefjaar. Vanaf 2010 worden alle patiënten uit VUmc aangemeld.

UMC St Radboud: De aantallen geregistreerd in de DSCA blijven achter bij de eigen registratie en zijn daarvan (nog) niet volledig.

BETROUWBAARHEID GEGEVENS

In iedere maatschap of vakgroep chirurgie is één van de chirurgen aangesteld als verantwoordelijke voor de invoer van de data. De gegevens worden ingevoerd door de chirurgen zelf, dan wel door een door hen aangewezen persoon. Het aantal ingevoerde patiënten is af te lezen op de terugkoppelingswebsite van de DSCA: mijnDSCA. Het totaal aantal patiënten met een colorectaal carcinoom is terug te vinden in administratieve data, operatiegegevens, PA-gegevens, verslaglegging van multidisciplinaire overleggen en DBC gegevens.

KOSTEN REGISTRATIE

De tijdsinvestering om de gegevens van de patiënten in te voeren, is zo'n 30 minuten per patiënt. Dit is een aanzienlijk registratielast en dus een aanzienlijke kostenpost voor de chirurg. Enkele ziekenhuizen hebben reeds een volledig EPD waaruit de gegevens kunnen worden afgetapt. Deze ziekenhuizen hebben, na een kort investeringstraject, op de lange termijn nauwelijks kosten aan de DSCA-registratie.

VERGELIJKBAARHEID GEGEVENS & FUNCTIONALITEIT VAN DE INDICATOR

Waar een enkele indicator zich beperkt tot het signaleren van mogelijke tekortkomingen, biedt de DSCA inzicht in het gehele proces en de uitkomsten van de zorg, zodat directe verbeterinitiatieven mogelijk zijn, ook gedurende het jaar. Door het verzamelen van patiënt- en tumorkarakteristieken is het daarnaast mogelijk te corrigeren voor de individuele zorgzwaarte van de patiënt, zodat een werkelijk inzicht in de prestaties van het ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen op verschillende gebieden wordt geboden. Hiermee wordt voor het eerst kwaliteit vergelijkbaar.

In andere Europese landen is reeds gedemonstreerd hoe gecorrigeerde en gedetailleerde spiegelinformatie de competitiedrang en het zelfcorrigerend vermogen van ziekenhuizen aanzwengelt. Meedoen alleen al leverde direct een verbeterslag op. Daarnaast kunnen aan de hand van de DSCA ook 'best practices' worden geïdentificeerd en verbeterprojecten worden gestart en gemonitord. Waar in het jaar 2009 alleen deelname aan de DSCA genoeg was om te voldoen aan de indicator, zal in de komende jaren ook het percentage patiënten dat werd ingevoerd in de DSCA meetellen.

De prestatie-indicator Intensive Care (indicator 12)

door C.Th. van Spronsen
stafadviseur Directie patiëntenzorg, Erasmus MC

INLEIDING

Op een IC-afdeling worden patiënten opgenomen bij wie de vitale functies gestoord of ernstig bedreigd zijn en bij wie vaak beademing noodzakelijk is. Afhankelijk van het niveau van de IC-afdeling kan dit om een kortdurende ondersteuning van ademhaling of circulatie bij niet-complexe patiënten gaan of om intensieve behandeling van complexe patiënten.

Binnen de UMC's is op de IC-afdeling 24 uur per dag een intensivist aanwezig en medisch eindverantwoordelijk. De zorg is in overeenstemming met de ernst en complexiteit van de opgenomen patiënten.

NIVEAU-INDELING VAN DE INTENSIVE CARE

Definitie

Bij visitatie van de IC-afdeling wordt nagegaan welk niveau de IC heeft. In de niveau-3-afdelingen die intensivisten opleiden, is deelname aan een opleidingsvisite verplicht. De opgave van niveauindeling door de UMC's komt overeen met de afspraken beschreven in de CBO-richtlijn Organisatie en werkwijze op intensievecare afdelingen voor volwassenen in Nederland (2006).

TOTAAL AANTAL FTE INTENSIVISTEN BESCHIKBAAR VOOR DE IC-AFDELING

Definitie

Binnen de UMC's zijn de intensivisten in loondienst en garanderen een goede achterwachtfunctie gedurende de diensten buiten kantooruren. De indicator wordt gemeten als het totale percentage van de werktijd van geregistreerde intensivisten dat aan de intensive care wordt besteed, uitgaande van een normale werktijd voor specialisten. Het aantal intensivisten is een maat voor de beschikbaarheid van gekwalificeerde medische begeleiding. Qua bezetting, patiëntenpopulatie en regionale verschillen, zijn de IC's van de UMC's vergelijkbaar.

Een splitsing naar aantallen volwassen- en kinderintensivisten voor de UMC's in fte's ziet er als volgt uit:

	Volwassen-intensivisten	Kinder-intensivisten	Neonatoloog-intensivisten
AMC	12	7,4	6,8
VUmc	11,8	3,3	6
LUMC	10,5	6	6,5
UMC Utrecht	11,2	5	12,5
Erasmus MC	18,7	10,1	13,1
UMC St Radboud	19,9*	*	7
MUMC+	9,4	4,7	7
UMCG	19,8	6,7	6,9

* het aantal intensivisten is 19,9 inclusief kinder-intensivisten maar exclusief neonatoloog-intensivisten.

De afdelingen binnen de UMC's beschikken over voldoende formatie intensivisten conform niveau 3.

BEADEMINGSUREN PER PATIËNT OP EEN IC-AFDELING

De richtlijn beveelt aan dat patiënten met een beademingsduur van meer dan 72 uur niet op een niveau 1 intensive care worden behandeld. Deze intensive care afdelingen missen de continuïteit van medische zorg die voor deze categorie patiënten noodzakelijk is. Voor niveau 2 en 3 is het aantal van deze patiënten een maat voor de expertise die aanwezig is. De aard van de onderliggende problematiek geeft inzicht in de reden van mechanische beademing. Voor geen enkele UMC-IC is het leveren van deze indicator een probleem. De indicator is betrouwbaar en goed te vergelijken. De verschillen tussen de UMC's zijn klein.

De beademingsuren zijn uitgesplitst naar minder dan 72 uur, 72 tot 120 uur en meer dan 120 uur. Voor niveau 1 IC's is vooral het aantal patiënten dat meer dan 72 uur wordt beademd van belang. Dit speelt niet voor de UMC's. De UMC's beschikken over voldoende beademingsdagen conform het bijbehorende niveau.

Gericht onderzoek vanuit de IGZ naar aanleiding van de resultaten zal naar de UMC's waarschijnlijk niet plaatsvinden. De gemiddelde beademingsduur voor de niet-chirurgische en chirurgische patiëntengroep is niet boven de 147 uren en niet boven de 8 dagen. De gemiddelde beademingsduur voor de cardiochirurgische patiëntengroep is niet boven de 70 uur. De UMC's hebben een ieder meer dan 500 cardiochirurgische patiënten. De gemiddelde beademingsduur voor kinderen valt binnen de norm.

In 2010 zal een onderzoek worden gedaan vanuit de IGZ naar de kwaliteit van zorg bij intensive care afdelingen niveau 2 en 3. De voorbereidingen voor dit onderzoek zijn inmiddels getroffen.

NICE-DEELNAME EN AANLEVERING

De stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) omvat een continue en complete registratie van alle opgenomen patiënten in deelnemende intensive cares in Nederland voor het monitoren en bevorderen van de kwaliteit van intensive care geneeskunde in Nederland. De Stichting NICE is een stichting zonder winstoogmerk, opgericht door de beroepsgroep (intensivisten) en deze beheert de registratie. De NICE-database bestaat uit een aantal registraties. Iedere deelnemende ICU verzamelt tenminste de minimale dataset (MDS). Daarnaast kan de registratie worden uitgebreid met de kwaliteitsindicatorenregistratie en in de toekomst met TISS, MICU en complicatieregistratie.

NICE stelt Nederlandse IC-afdelingen sinds 1996 in de gelegenheid om van iedere patiënt die op de IC wordt opgenomen gegevens aan te leveren voor de Nationale Database. De MDS heeft gegevens betreffende de situatie bij opname alsmede omtrent de ernst van ziekte. Tevens worden uitkomstgegevens zoals behandelduur en sterfte geregistreerd en gecorrigeerd voor de ernst van de ziekte. Al deze gegevens worden geanonimiseerd opgeslagen. De data blijven in eigendom van de betreffende IC-afdeling en zijn als zodanig niet openbaar. De stichting NICE zorgt voor een uniforme registratie en voor controle op de kwaliteit van de data. Daarmee is zij in staat om een vergelijk in de tijd en een vergelijk met andere IC-afdelingen te maken. Deze analyses worden teruggekoppeld naar de individuele IC-afdelingen waarmee intern het kwaliteitsbeleid kan worden vormgegeven.

De afdeling Intensive Care Kinderen van het AMC, VUmc, UMCG en Erasmus MC leveren data aan de Pediatric Intensive care Evaluation (PICE). Binnen het UMCU vindt implementatie plaats in de tweede helft van 2010.

De NICU van het AMC en Erasmus MC leveren gegevens aan de Landelijke Neonatologie Registratie (LNR).

VUmc neemt niet deel aan registraties door een niet onafhankelijke en niet aan wetenschappelijke vereniging en/of NVIC verbonden stichting. Er worden wel relevante parameters, overeenkomend met NICE, geregistreerd. Het VUmc vormt een uitzondering op de andere UMC's.

De prestatie-indicator Cardiologie (indicator 15)

door prof.dr. H.J.G.M. Crijns
hoogleraar cardiologie, MUMC+

INLEIDING

Interpretatie van de onderlinge verschillen tussen de UMC's vraagt om enige bedachtzaamheid. Zo kunnen de gerapporteerde getallen verschillen door factoren zoals registratieverschillen, verschillen in beleidvoering, verwijspatronen of door regionale aspecten zoals de aanwezigheid van algemene ziekenhuizen in de directe omgeving van UMC's. Dit speelt voor veel indicatoren maar met name voor cardiologie.

De cardiologische PI's beogen inzicht te geven in kwaliteit van multidisciplinaire zorg in een keten: hartfalen, sterfte na infarct en mortaliteit na Eerste Administratief Consult (EAC) op de polikliniek. Betreffende mortaliteit na eerste poliklinische EAC worden dit jaar voor het eerst getallen gegenereerd. De verschillen zijn op zijn minst interessant, zowel wat betreft de absolute aantallen EAC's alsmede verschil in mortaliteit. Interpretatie zou vergemakkelijkt worden als meer patiëntenkarakteristieken dan alleen de leeftijd ter beschikking zouden zijn.

In opmaat naar uniforme kwaliteitsregistratie is door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC) het initiatief genomen voor het bewerkstelligen van een kwaliteitsregistratie voor de cardiovasculaire zorg, het National Cardiovascular Data Registry (NCDR). Het nieuwe kwaliteitsbeleid zal uitkomstmaten/prestatie-indicatoren bevatten die onafhankelijk zijn van ziekenhuis en behandelaar, eenduidig gedefinieerd en reproduceerbaar.

15.1 Prestatie-indicator Aantal patiënten met een Eerste Administratief Consult op de polikliniek cardiologie

In 2009 vindt voor de eerste keer volledige rapportage plaats van deze PI. In de "UMC's gespiegeld 2008" heeft rapportage van het aantal patiënten ouder dan 70 jaar plaatsgevonden. Met de gegevens van 2009 is het mogelijk om de teller in te vullen zodat het percentage kan worden berekend.

Ten aanzien van het aantal patiënten zijn er duidelijke verschillen in de grootte van de patiëntenpopulatie, variërend tussen 233 en 4.730 patiënten. Het aantal patiënten is bij vier UMC's kleiner dan 800 patiënten (AMC, UMC Utrecht, Erasmus MC, UMCG), bij drie UMC's ligt dit aantal tussen 1.500 – 2.300 patiënten (VUmc, LUMC, UMC St Radboud) en één UMC rapporteert 4.730 patiënten (MUMC+). Deze variatie in getallen kan o.a. voortkomen uit verschillen in beleid en verwijsafspraken. Het MUMC+ heeft als enige UMC geen perifeer ziekenhuis in de directe omgeving.

Het percentage ten aanzien van het aantal patiënten dat overleden is in 2008 en 2009, varieert van 3,9 tot 11,9%. LUMC rapporteert een percentage van 3,9%, de overige UMC's hebben een percentage tussen 6,7 en 11,9%. Deze spreiding (4 - 12%) kan ontstaan zijn doordat bij het traceren van het aantal overleden patiënten enkele UMC's gebruik hebben gemaakt van een registratiesysteem die een directe koppeling heeft met GBA (Gemeentelijke Basisadministratie) en dus een hogere score hebben ten opzichte van de UMC's die geen frequente toetsing met GBA in hun systeem hebben.

Sterfte na EAC 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Percentage sterfte na EAC	6,7%	8,9 %	3,9 %	11,9%	8,6%	10,3%	7,1%	10,4 %

15.2 Prestatie-indicator Ziekenhuissterfte na opname voor een Acuut Myocard Infarct

Het aantal patiënten waarbij tijdens de opname de diagnose acuut myocardinfarct is vastgesteld, varieert bij zeven UMC's tussen 201 en 475 voor patiënten jonger dan 65 jaar en tussen 144 en 520 voor patiënten van 65 jaar en ouder. Bij het UMC St Radboud zijn alleen de percentages vermeld en is er geen vermelding van het aantal patiënten. AMC rapporteert de sterfte binnen 30 dagen na AMI, dit is verschillend ten opzichte van de andere UMC's, die ziekenhuissterfte hebben gerapporteerd. Ondanks dit verschil zijn de getallen van AMC in dezelfde range als de andere UMC's. De cijfers van de PI ziekenhuissterfte na opname voor een AMI variëren van 0 tot 3% voor patiënten jonger dan 65 jaar.

2

De getallen die gerapporteerd zijn ten aanzien van de patiënten met ziekenhuissterfte na opname voor AMI van 65 jaar en ouder is, vertonen meer variatie, namelijk van 1% (LUMC) tot 13% (UMC Utrecht). Drie UMC's rapporteren een score tussen 2% en 5% (UMC St Radboud, MUMC+ en UMCG) en drie UMC's scoren een percentage van 8% – 9% (AMC, VUmc, Erasmus MC).

De score van het LUMC heeft wellicht te maken met strakke regulering van behandeling.

AMI 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Ziekenhuissterfte patiënten jonger dan 65 jaar	1%	3%	0%	3%	3%	2%	1%	1%
Ziekenhuissterfte patiënten 65 jaar en ouder	8%	9%	1%	13%	8%	2%	3%	5%

15.3 Prestatie-indicator Evaluatie van het inbrengen van pace-makers: deelname aan systematische registratie van gegevens

Vier van de acht UMC's (VUmc, LUMC, Erasmus MC, UMCG) maken gebruik van DIPR (Dutch ICD&Pacemaker Registry) van het NCDR, het AMC gebruikt Path Find en UMC Utrecht en het MUMC+ maken gebruik van een eigen registratiesysteem. Door zeven van de acht UMC's vindt toetsing van de eigen gegevens aan externe referenties plaats.

15.4 Prestatie-indicator Heropname na hartfalen

Het aantal patiënten met hartfalen jonger dan 75 jaar varieert tussen 84 patiënten (VUmc) en 312 patiënten (LUMC). Vijf UMC's rapporteren aantallen van 100 tot 200 patiënten (Erasmus MC, MUMC+, AMC, UMCG en UMC Utrecht). Van het UMC St Radboud zijn geen aantallen gerapporteerd, alleen de percentages.

Voor de groep patiënten met hartfalen van 75 jaar en ouder zijn getallen tussen 18 tot 220 gerapporteerd, waarbij Erasmus MC 18 patiënten heeft aangegeven en MUMC+ 220 patiënten.

Ook het aantal heropnames vertoont een range van 0 tot 24 patiënten van 75 jaar en ouder.

De PI heropname na hartfalen laat ook dit jaar een grote variatie zien tussen 1% en 15% voor patiënten jonger dan 75 jaar en tussen 0% en 18% voor patiënten van 75 jaar en ouder. Ieder jaar geeft deze indicator een grote spreiding aan in percentages. Door verschillen in verwijsbeleid, opnameselectie en aanwezigheid van perifere ziekenhuizen in de regio en geen rekening houdend met heropname elders, is interpretatie van deze getallen moeilijk en niet informatief aangaande het succes van de behandeling.

Heropname 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Percentage jonger dan 75 jaar	8%	12%	1%	17%	12%	8%	15%	8%
Percentage 75 jaar en ouder	3%	18%	4%	5%	0%	12%	11%	7%

De prestatie-indicator Cerebrovasculair Accident (indicator 16)

door dr. Y.B.W.E.M. Roos
neuroloog, AMC

INLEIDING

Ongeveer 80-90% van de patiënten met een Cerebrovasculair Accident (CVA; een beroerte) heeft een herseninfarct, de overige patiënten hebben een hersenbloeding. De Door-to-Needle Time (DNT), of in goed Nederlands 'deur-tot-naald tijd', is de tijd van binnenkomst in het ziekenhuis tot intraveneuze behandeling met het stolseloplossende medicijn 'rt-Pa' bij de patiënten met een herseninfarct. De IGZ heeft, in overeenstemming met internationale richtlijnen, als Nederlandse norm gesteld dat deze behandeling bij zoveel mogelijk patiënten binnen 1 uur na binnenkomst moet zijn gestart. Een zo kort mogelijke DNT is van belang omdat de kans op goed herstel door behandeling snel afneemt in de loop van de tijd na het ontstaan van de beroerte. Uitgedrukt in een zogenaamde 'Number Needed to Treat' (NNT) is de behandeling bij starten binnen 1½ uur na het begin van de beroerte al effectief bij 1 op de 4 patiënten, tussen de 1½ en 3 uur loopt dit getal op naar 1 op 7 en tussen de 3 en 4½ uur is de behandeling nog maar zinvol bij 1 op 14. Met effectiviteit wordt in dit geval verstaan dat een patiënt zodanig herstelt door de behandeling dat deze zelfstandig kan functioneren. Behandeling tussen de 3 en 4½ uur, is overigens pas eind 2008 in de meeste ziekenhuizen ingevoerd, toen in de internationale ECASS 3 studie werd aangetoond dat behandeling tot 4½ uur veilig en (gering) effectief was.

Door-to-Needle Time trombolysie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het aantal patiënten dat behandeld is met trombolysie na een herseninfarct bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
A. Aantal patiënten met een herseninfarct binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysie	77	16	50	52	27	27	14	111
B. Aantal patiënten met een herseninfarct later dan 1 uur, maar binnen 2 uur na binnenkomst behandeld met trombolysie	4	10	6	12	11	5	12	18
C. Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolysie	82	31	56	64	41	32	30	132
Percentage 1 (A/C)	94%	52%	89%	81%	66%	84%	47%	84%
Percentage 2 (B/C)	5%	32%	11%	19%	27%	16%	40%	14%
Percentage 3 (C-(A+B)/C)	1%	16%	0%	0%	7%	0%	13%	2%

Bovenstaande tabel geeft de rapportage zoals die is aangeleverd door de academische centra. Bij telefonische navraag bij alle centra gaven deze aan dat de gegevens afkomstig waren uit een prospectief registratiesysteem, speciaal ingericht om de DNT betrouwbaar te kunnen monitoren. De betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens is dan ook zeer hoog. Ten opzichte van de situatie van vorig jaar is hier dus sprake van een duidelijke verbetering. Vorig jaar gaven nog veel centra aan gegevens te hebben gebruikt afkomstig uit databases die niet speciaal waren ingericht op de DNT-registratie, in het bijzonder voor wat betreft het totale aantal herseninfarcten. Daar echter dit jaar de inspectie niet meer naar het totale aantal herseninfarcten vraagt (is ook eigenlijk geen direct onderdeel van de PI), is de registratie een stuk overzichtelijker geworden, immers de registratie omvat nu alleen de getrombolyseerde patiënten.

Totaal aantal trombolyses

In de academische centra worden gemiddeld per jaar 50-60 patiënten met een herseninfarct getromboliseerd. Uitzondering hierop vormt het UMCG, dat duidelijk meer dan gemiddeld scoort qua aantal trombolyses. Hierbij moet worden aangetekend dat het grote aantal trombolyses in het UMCG ontstaat door specifieke regio-afspraken. In deze regio hebben de meeste regionale ziekenhuizen met het UMCG afgesproken patiënten met een mogelijke beroerte direct naar dit centrum te vervoeren. Het UMCG heeft zich hierop ingesteld en is hierdoor in staat een groot aantal patiënten snel te behandelen (relatief korte DNT).

Keerzijde van een dergelijke centralisatie kan een langere aanrijdtijd zijn van ambulancediensten waardoor kostbare tijd verloren kan gaan. Dit komt nu niet tot uiting in de huidige metingen omdat alleen de DNT in het ziekenhuis wordt gemeten en niet de tijdsduur tussen aankomst van de ambulance bij de patiënt en de start van de behandeling in het ziekenhuis. Om tot een betere vergelijking te komen van de efficiëntie van de gehele keten rondom de acute behandeling van patiënten met een beroerte zou het wellicht beter zijn deze aanrijdtijden in de toekomst mee te nemen in de verdere ontwikkeling van de CVA-prestatie-indicator. Met het meten van de Symptom-to-Needle Tijd (SNT; dat is vanaf begin van de klachten tot aan de start van de behandeling) met afkappunten op 1½, 3 en 4½ uur zou de efficiëntie van de gehele keten (huisarts, ambulancedienst en SEH/ziekenhuis), eventueel regionaal per acute zorg regio (ROAZ), goed in kaart kunnen worden gebracht.

Trombolyses binnen 1 uur

Uit de cijfers in de tabel (percentage 1 (A/B)) blijkt dat in vrijwel alle academische centra de meerderheid van de patiënten binnen 1 uur na binnenkomst wordt getromboliseerd. Verder lijkt er een relatie te bestaan tussen het totaal aantal patiënten dat wordt getromboliseerd in een centrum en de snelheid van de trombolysebehandeling zelf. Minder patiënten lijkt gerelateerd aan een langere DNT. Academische centra met minder trombolyses opereren meestal in regio's waar andere (regionale) ziekenhuizen ook trombolysebehandeling geven.

Deze observatie lijkt een sterk argument voor verdere centralisatie van trombolysbehandeling in Nederland, maar dan moet wel in ogenschouw worden genomen het hierboven beschreven eventuele effect van verregaande centralisatie op de SNT. De ervaring in het AMC leert dat er een wisselwerking is: snellere DNT nodigen ambulancediensten uit tot bij voorkeur rijden naar het centrum met die gunstige DNT en dus tot meer patiëntenaanbod en dat maakt het weer makkelijker de infrastructuur van het centrum aan te passen (meer gereedstaand personeel en beter aangepaste ruimtes en apparatuur bijvoorbeeld) zodat er sneller kan worden getromboliseerd. Ook het aantrekken van een neuroloog met vasculaire neurologie als speciaal aandachtsgebied kan een duidelijk verschil uitmaken zoals blijkt uit de cijfers van het LUMC ten opzichte van de cijfers uit 2008.

Het AMC scoort met een percentage van 94% van de patiënten dat binnen 1 uur na binnenkomst trombolysbehandeling kreeg. Dit is in het AMC bereikt door snelle behandeling in een speciaal daarvoor ingerichte Acute HersenHulp AMC (AHHA) unit. Het functioneren van deze AHHA is terug te vinden op de website www.hersenhulp.nl.

DISCUSSIE

De trombolyscijfers van de academische centra zoals gepresenteerd in de tabel over 2009 laten een duidelijke verbetering zien ten opzichte van de cijfers van 2008. De verbetering betreft niet alleen het aantal patiënten dat binnen 1 uur wordt getromboliseerd, maar ook het totale aantal behandelde patiënten is in vrijwel alle centra fors toegenomen. Dit is een bijzonder positieve ontwikkeling. De centra die momenteel wat achterblijven, hebben aangegeven reeds maatregelen te hebben genomen om de DNT in hun centra in te korten en het effect daarvan blijkt al zichtbaar te zijn in de cijfers gerapporteerd over het 1^e kwartaal van 2010 (VUmc en MUMC+).

Belangrijk is te constateren dat, evenals vorig jaar, geen van de academische centra in Nederland claimt 100% van de patiënten binnen 1 uur te trombolysen, dit in tegenstelling tot een tiental regionale centra die dat over 2008 wel rapporteerden. Hoe kan dit? Dit heeft waarschijnlijk te

maken met twee zaken: ten eerste het totale aantal getromboliseerde patiënten waarover werd gerapporteerd en ten tweede de gebruikte definitie van de DNT.

In de door o.a. het Algemeen Dagblad (AD) gepubliceerde cijfers uit de DNT-registratie 2008 werd alleen gekeken naar het percentage patiënten getromboliseerd binnen 1 uur na binnenkomst, er werden geen aantallen behandelde patiënten genoemd. De top tien bestond uit centra die 100% 'scoorden'. In vijf van de onderhavige '100% centra' blijkt echter het totaal aantal behandelde patiënten vijf of minder te zijn geweest. Eén centrum dat bijna bovenaan stond in de AD-lijst met een score van 100% had slechts één patiënt in 2008 trombolisebehandeling gegeven (en dat was binnen het uur).

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat het naar buiten komen met slechts percentages niet correct is. Immers, het is onmogelijk een score van 100% binnen het uur te behalen indien in een ziekenhuis enige tientallen patiënten per jaar worden behandeld. Er zijn altijd patiënten waarbij patiëntgebonden factoren bestaan, zoals een hoge bloeddruk bij binnenkomst of onduidelijkheid over het al dan niet bestaan van eventuele contra-indicaties, die het onmogelijk maken altijd alle patiënten binnen het uur te behandelen. Het is dus belangrijk dat niet alleen percentages naar buiten worden gebracht, maar ook de absolute aantallen.

De tweede reden die werd genoemd voor de discrepantie die ontstond tussen de getallen van de academische centra uit 2008 en sommige andere regionale ziekenhuizen heeft te maken met de gebruikte definitie voor de DNT. Zoals vorig jaar reeds kort besproken, lijkt een DNT een heldere zaak om te meten (deur tot start behandeling), echter, een aantal klinieken blijken bij navraag een DNT te hebben opgegeven indien de logistiek van het ziekenhuis het leek toe te laten dat een patiënt werd behandeld. Met andere woorden, een patiënt waarbij de behandeling noodgedwongen werd uitgesteld vanwege patiëntgebonden factoren, werd gescoord als binnen het uur omdat het uitstel niet werd veroorzaakt door ziekenhuisgebonden factoren. De academische centra hanteren deze methode niet, zij meten de werkelijke tijd die verstrijkt tussen het binnenkomen van de

patiënt en de start van de behandeling, onafhankelijk welke factoren voor een eventuele vertraging zorgen. Deze methode heeft de voorkeur, omdat de eerste methode teveel ruimte laat voor een positieve inschatting van de logistieke mogelijkheden van het ziekenhuis. Vanuit het AMC wordt momenteel gewerkt aan een publicatie waarin een heldere en duidelijke definiëring van de DNT is opgenomen. De hoop is dat deze definiëring voor 2010-2011 wordt overgenomen door de inspectie.

CONCLUSIES

- Centralisatie van trombolysebehandeling en dus volumevergroting lijkt geassocieerd met kortere DNT en dus een betere kans op goed herstel na de beroerte.
- Echter, verregaande centralisatie kan resulteren in langere SNT vanwege langere reistijden, en dus juist tot een slechtere kans op herstel.
- Voor elke regio in Nederland zal apart moeten worden bepaald waar het optimum ligt tussen centralisatie en oplopende reistijden.
- Voor het bovenstaande zou het goed zijn om naast DNT-metingen ook SNT te meten. Deze SNT brengen tevens het functioneren van de gehele acute keten in kaart, inclusief regioafspraken.
- Naast percentages aangaande binnen 1 of 2 uur getromboliseerde patiënten moeten ook absolute aantallen behandelde patiënten worden weergegeven.
- Voor een eventuele vergelijking tussen ziekenhuizen is een eenduidige heldere definiëring noodzakelijk van de DNT, een publicatie hierover is in voorbereiding.

De prestatie-Indicator Mammacarcinoom (indicator 18)

door mevrouw dr. L. Jansen
chirurgisch oncoloog, UMCG

ALGEMEEN

Allereerst is opvallend dat de totale aantallen patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in de academische centra in het verslagjaar, laag zijn. Uitgaand van 12.930 nieuwe gevallen van mammacarcinoom in Nederland in 2007¹ wordt nog geen 8% daarvan in de acht academische ziekenhuizen geopereerd. Er is dus geen sprake van centralisatie zoals voor diverse andere tumoren het geval is. Academische centra zouden aantrekkelijk kunnen zijn voor patiënten met mammacarcinoom aangezien er over het algemeen meer faciliteiten in hetzelfde centrum aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld MRI van de mamma, erfelijkheidsonderzoek, radiotherapie en mogelijkheden voor directe reconstructie. Dit komt niet tot uiting in de totale aantallen patiënten.

Verder is het onwenselijk wanneer ziekenhuizen separaat aan meerdere instanties (bijvoorbeeld IGZ en Zichtbare Zorg) cijfers aan moeten leveren over hetzelfde onderwerp, omdat daarbij gemakkelijk verwarring ontstaat vanwege andere definities voor vergelijkbare gegevens en het meer werk oplevert zonder zichtbaar voordeel voor de ziekenhuizen. Dat de interpretatie van de definitie van deze PI werkelijk de vergelijkbaarheid bedreigt, werd berekend door Gooiker et al.²

IRRADICALITEIT

Uit de getallen blijkt dat er bij gemiddeld 46 van de 487 patiënten waarover is gerapporteerd (9,4%) sprake is van irradicaliteit. Alle academische centra blijven ruim onder de norm van 20% die in 2008 is gesteld door het Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON)³ voor invasieve carcinomen en 30% voor Ductaal Carcinoma in Situ (DCIS).

Een verklaring voor de verschillen tussen de academische centra is op basis van de gegevens van IGZ niet mogelijk door het ontbreken van populatiekenmerken waardoor correctie voor casemix niet mogelijk is. Indien de populatiekenmerken wel bekend zouden zijn, is het waarschijnlijk nog niet mogelijk een verklaring van de verschillen te vinden omdat het

gaat om kleine aantallen patiënten en er ook sprake is van toevalsvariatie. De indicator geeft daarmee geen houvast voor een plan van aanpak. Soms is irradicaliteit een geaccepteerd risico. Er is immers altijd een spanningsveld tussen de wens van de patiënt om de borst te behouden, de te verwachten cosmetische uitkomst, en het nadeel van een tweede operatie indien bij primair sparende chirurgie irradicaliteit wordt gevonden. De wijze van selectie van patiënten voor mammasparende operatie kan niet worden herleid uit de PI. Wel valt af te leiden dat er grote verschillen bestaan tussen de ziekenhuizen in proportie primair sparend geopereerde patiënten: respectievelijk 83%, 53%, 65%, 58%, 45%, 49% en 57%. Een verklaring hiervoor kan nog niet gegeven worden. Dit zou nader onderzoek vragen.

De PI irradicaliteit zou toepassing van neoadjuvante chemotherapie of een preoperatieve MRI kunnen stimuleren. Aangezien deze gegevens niet beschikbaar zijn, kan een vergelijking tussen de academische centra op dit punt ook niet worden gemaakt.

Daar waar alle centra 0% scoren (aantal en percentage patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na eerste locale excisie) is dit op zich een positief signaal omdat bij 100% van de patiënten de irradicaliteit bekend is. Maar als indicator heeft het dan in dit geval geen discriminerende waarde.

REFERENTIES

- 1 Nederlandse Kankerregistratie. Incidentie van invasieve tumoren naar geslacht en lokalisatie per incidentiejaar (1989-2007). http://www.ikcnet.nl/page.php?id=2902&nav_id=114.
- 2 Gooiker et al. De prestatie-indicator "irradicaliteit na borstsparende operatie". Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1142.
- 3 NABON nota 2008, p8. <http://www.oncoline.nl>.

⁴ | De getallen

3.1 Decubitus (doorliggen)

Decubitus veroorzaakt veel pijn en ongemak en kan soms levensbedreigend zijn. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) blijkt dat decubitus frequent voorkomt in ziekenhuizen. Door de IGZ wordt decubitus gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

3.1.1 PUNTPREVALENTIE DECUBITUS (INCLUSIEF VOCHTLETSEL)

ZIEKENHUISBREED

Bij een puntprevalentiemeting wordt op een bepaald tijdstip (één dag) bij alle patiënten van het ziekenhuis onderzocht of zij decubitus hebben.

Decubitusprevalentie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal decubitusgevallen	35	16	15	36	33	32	19	33
Aantal onderzochte patiënten	324	331	244	508	595	535	495	413
Prevalentie (% van onderzochte patiënten)	10,8%	4,8%	6%	7%	5,5%	6%	4%	8%
Aantal decubitusgevallen	35	16	15	36	33	32	19	33
Aantal opgenomen patiënten	385	351	342	508	619	535	553	495
Prevalentie (% van opgenomen patiënten)	9%	4,6%	4%	7%	5,3%	6%	3%	7%

Het verschil tussen aantallen onderzochte en aantal opgenomen patiënten wordt veroorzaakt doordat niet alle patiënten toestemming hebben gegeven voor participatie in het onderzoek en verschillende patiënten niet op de afdeling aanwezig waren ten tijde van de meting voor onderzoek, OK, en dergelijken.

De aanwezigheid van een registratie van de prevalentie en ernst van decubitus, uitgedrukt in een decubituscore, wordt door IGZ gebruikt als een indicator voor de kwaliteit van het decubituspreventiebeleid.

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Beschikt u over systematische decubitus registratie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Registreert u volgens LPZ	Ja	Ja	Ja	Nee*	Nee*	Nee*	Ja	Ja

* Erasmus MC en UMC Utrecht hanteren een eigen protocol, conform LPZ registratie. UMC St Radboud heeft geparticipeerd in een studie van de universiteit van Gent op basis van het LPZ-protocol.

3.1.2 DECUBITUSINCIDENTIE BIJ EEN HOMOGENE PATIËNTENPOPULATIE, NAMELIJK PATIËNTEN DIE ZIJN OPGENOMEN VANWEGE EEN TOTALE HEUPVERVANGING.

De incidentie bij een homogene patiëntengroep met een laag decubitusrisico geeft volgens de IGZ inzicht in de zorg die aan die specifieke groep wordt gegeven.

Decubitus incidentie 2009 totale heupvervanging	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Decubitus gevallen	1	1	1	3	4	2	0	3
Onderzochte patiënten	16	115	66	90	97	139	141	215
Incidentie	6%	1%	2%	3%	4%	1%	0%	1%

De populatie is klein en het betrouwbaarheidsinterval breed. Er wordt veelal gebruik gemaakt van een eigen registratiesysteem.

3.2 Ondervoeding

Het probleem van ziektegerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen is reeds jaren bekend. De prevalentie is hoog (20-40% bij volwassenen en kinderen) en zonder systematische screening wordt slechts de helft van de ondervoede patiënten als zodanig herkend en hiervoor behandeld. De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan onder meer leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde kans op postoperatieve ziekten (morbiditeit) en verlengde ligduur. Deze factoren leiden tot een toename van de kosten van gezondheidszorg.

3.2.1 SCREENING OP ONDERVOEDING IN DE KLINIEK BIJ VOLWASSENEN

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Screent u systematisch de voedings-toestand van alle volwassen patiënten bij opname?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Maakt u voor uw screening gebruik van de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire)?	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Maakt u voor uw screening gebruik van de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)?	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Maakt u voor uw screening gebruik van een andere methode?	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Het percentage volwassen patiënten dat wordt gescreend op ondervoeding								
Steekproef	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Steekproefgrootte			241	589		7.907	457	8.410
Aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding	14.805	10.075	220	254	2.858	5.028	451	8.410
Aantal klinisch opgenomen volwassen patiënten	22.545	15.031	241	506	4.512	7.907	457	8.410
Percentage gescreende patiënten	65,7%	67%	91,3%	50,2%	63,3%	63,6%	98,7%	100%
Het percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van matige ondervoeding								
Aantal patiënten die zijn geclassificeerd als 'matig ondervoed'	816	512	28	48	130	575	29	794
Aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding	14.805	10.075	220	254	2.858	5.028	451	8.410
Percentage matig ondervoede patiënten	5,5%	5,1%	12,7%	18,9%	4,5%	11,4%	6,4%	9,4%
Het percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van ernstige ondervoeding								
Aantal patiënten die zijn geclassificeerd als 'ernstig ondervoed'	2.294	1.334	53	29	125	509	58	440
Aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding	14.805	10.075	220	254	2.858	5.028	451	8.410
Percentage ernstig ondervoede patiënten	15,5%	13,2%	24,1%	11,4%	4,4%	10,1%	12,9%	5,2%

In de populatie bij VUmc zijn niet meegenomen de patiënten die korter dan 24 uur werden opgenomen.

3.2.2 SCREENING OP ONDERVOEDING IN DE KLINIEK BIJ KINDEREN

Het percentage kinderen dat wordt gescreend op ondervoeding 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC ⁺	UMCG
Is het percentage kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend?	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Heeft u een steekproef genomen	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Aantal klinisch opgenomen kinderen	5.827	1.790	1.644	83	49	185	-	3.765
Aantal kinderen bij opname gescreend op ondervoeding	263	795	541	79	40	185		1.242
Aantal patiënten dat is geclassificeerd als ondervoed	39	60	46	5	11	13		196
Percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding	4,5%	44,4%	32,9%	95,2%	81,6%	100%		33%
Percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed	14,8%	7,5%	8,5%	6,3%	27,5%	7%		16%

AMC: Streven is om de groeicurven op te nemen in de AMC zorgdesktop (AZD) of in het elektronisch patiëntendossier waardoor er decentrale registratie plaats kan vinden en eerdere herkenning. Daarmee zal er ook meer inzicht komen in aantallen registraties.

VUmc: Het betreft alle kinderen die sinds maart 2009 op twee kinderafdelingen zijn opgenomen.

MUMC⁺: In november 2008 is gestart met implementatie op kinder IC en kinderafdeling. Eerste puntmeting volgt bij de LPZ-meting van april 2010 en een continue meting wordt mogelijk bij invoering van het verpleegkundig elektronisch patiëntendossier.

Aantal klinisch opgenomen kinderen is onbekend.

UMCG: Kinderen die voorafgaand aan de opname gescreend worden tijdens een polibezoek zijn niet meegeteld. Kinderen die acuut zijn opgenomen worden vrijwel altijd gewogen, echter wordt niet altijd binnen 48 uur de lengte bepaald of ingevuld.

3

3.2.3 BEHANDELING VAN ONDERVOEDING BIJ ERNSTIG ONDERVOEDE VOLWASSEN PATIËNTEN MET EEN TOTALE HEUPVERVANGING

Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede volwassen patiënten met een totale heupvervangning 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het percentage volwassen patiënten dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend?	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee*	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem		Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja
Heeft u een steekproef genomen		Nee	Nee		Nee	Ja	Nee	Ja
Aantal voor een totale heupvervangning opgenomen volwassen patiënten	64	126				29	n.v.t.	215
Aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten opgenomen voor een totale heupvervangning	0	3				0	n.v.t.	1
Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een totale heupvervangning met een adequate eiwitname op de 4e opnamedag	0	0				0	n.v.t.	1
Percentage op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangning	0%	2,4%				0%	n.v.t.	0,5%
Percentage ernstig ondervoede patiënten met een heupfractuur dat een adequate eiwitname heeft op de 4e opnamedag	0%	0%				0%	n.v.t.	100%

MUMC+: Op de betreffende afdeling loopt tot 1 januari 2010 een wetenschappelijke studie (HEVO-studie). In 2010 wordt screening en behandeling conform azM-methode uitgerold.

3

3.2.4 BEHANDELING VAN ONDERVOEDING BIJ VOLWASSEN

Behandeling van ondervoeding bij volwassenen 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4e opnamedag bekend	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Meetdag 1								
Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	33	17					-	0
Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten	67	37					-	0
Percentage	49,3%	45,9%						
Meetdag 2								
Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	28	24					16	0
Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten	49	49					57	0
Percentage	57,1%	49%					28,1%	
Meetdag 3								
Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	32	24					-	0
Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten	64	50					-	0
Percentage	50%	48%						
Meetdag 4								
Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	25	26					27	0
Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten	53	56					44	0
Percentage	47,2%	46,4%					61,4%	

3

3.2.5 BEHANDELING VAN ONDERVOEDING BIJ KINDEREN

Behandeling van ondervoeding bij kinderen 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC*	UMCG
Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de 4e opnamedag bekend?	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Meetdag 1								
Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	9		8					
Aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag	9		8					
Aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	9		13					
Percentage 1	100%		61,5%					
Percentage 2	100%		61,5%					
Meetdag 2								
Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	13		10					
Aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag	13		10					
Aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	14		13					
Percentage 1	92,9%		76,9%					
Percentage 2	92,9%		76,9%					
Meetdag 3								
Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	8		7					
Aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag	8		7					
Aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	8		11					
Percentage 1	100%		63,6%					
Percentage 2	100%		63,6%					
Meetdag 4								
Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	8		2					
Aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag	8		2					
Aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	8		9					
Percentage 1	100%		22,2%					
Percentage 2	100%		22,2%					

VUmc: Hier vindt op individueel niveau afstemming over behandeling plaats. In 2010 wordt de screeningsuitslag gebruikt om de diëtiste standaard in consult te vragen.

UMC Utrecht: In 2010 zullen vier puntprevalentiemetingen plaatsvinden en dan worden ook patiëntgegevens geregistreerd om de vraag over behandeling van ondervoeding te kunnen beantwoorden.

Erasmus MC: Is bezig met de ontwikkeling van het beleid rondom de behandeling van ondervoeding bij volwassenen en kinderen. Na implementatie van dit beleid kan worden gestart met de puntmetingen en de continue meting. Vanaf 2010 is een richtlijn in werking gegaan waardoor voor 2010 wel alle getallen aangeleverd kunnen worden.

3.3 Medicatieveiligheid

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

Bevindingen op de onderstaande kenmerken 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal cytostaticabereidingen	18.600	14.371	16.104	13.709	26.000	17.305	12.020	21.967
Lichaamsgewicht + lengte of het lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt: ingevuld	81 *	14.371	163 *	13.709	26.000	230 *	43 *	25 *
Lichaamsgewicht + lengte of het lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt: onderzocht	82	14.371	165	13.709	26.000	230	43	25
Dosering: ingevuld	76	14.371	165	13.709	26.000	230	43	25
Dosering: onderzocht	82	14.371	165	13.709	26.000	230	43	25
Datum van toediening: ingevuld	82	14.371	165	13.709	26.000	230	43	25
Datum van toediening: onderzocht	82	14.371	165	13.709	26.000	230	43	25

AMC: De apotheker overlegt altijd met de voorschrijver bij ontbreken van gegevens op het elektronisch recept of bij twijfel.

VUmc en Erasmus MC: het aanvragen gebeurt elektronisch, waarbij verwerking niet mogelijk is wanneer niet alle velden zijn ingevuld.

* Het betreft hier een steekproef.

Vrijgifte van cytostatica	AMC	VUmc	LUMC	UJMC Utrecht	Erasmus MC	UJMC St Radboud	MUMC+	UJMG
Geeft een apotheker cytostaticabereidingen (VTGM) vrij voordat de cytostatica de apotheek verlaten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee

UJMG: Voorlopige vrijgifte is conform GMP-Z2 gedelegeerd aan een daarvoor door de apotheker bevoegd gemaakt persoon. Definitieve vrijgifte door apotheker vindt achteraf in alle gevallen plaats.

3.4 Zorg-ICT

ICT speelt een rol bij het verbeteren van patiëntveiligheid, effectiviteit, efficiëntie en patiëntgerichtheid van de zorg. Onderzoek van de inspectie maakt duidelijk dat in de afgelopen jaren op verschillende fronten binnen de ziekenhuizen vooruitgang is geboekt.

Beschikbaarheid van elektronische gegevens 2009	AMC	VUmc	LUMC	UJMC Utrecht	Erasmus MC	UJMC St Radboud	MUMC+	UJMG
Op de Polikliniek								
Administratieve basisgegevens	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Laboratoriumgegevens	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Correspondentie vanuit het ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Radiologieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bacteriologieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
PA-verslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Operatieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beelden (X-foto's, CT, MRI, etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Medicatiegegevens klinisch voorgeschreven medicatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja	Ja
Medicatiegegevens poliklinisch voorgeschreven medicatie	Ja	Deels	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Deels
Medicatiegegevens extramuraal voorgeschreven medicatie	Nee	Nee	Deels	Deels	Nee	Nee	Ja	Nee

Beschikbaarheid van elektronische gegevens 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
In de kliniek								
Administratieve basisgegevens	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Laboratoriumgegevens	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Correspondentie vanuit het ziekenhuis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Radiologieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bacteriologieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
PA-verslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Operatieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beelden (X-foto's, CT, MRI, etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Medicatiegegevens klinisch voorgeschreven medicatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja	Ja
Medicatiegegevens poliklinisch voorgeschreven medicatie	Ja	Deels	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Deels
Medicatiegegevens extramuraal voorgeschreven medicatie	Nee	Nee	Deels	Deels	Nee	Nee	Ja	Nee
In ziekenhuisapotheek								
Medicatiegegevens klinisch voorgeschreven medicatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja	Ja
Medicatiegegevens poliklinisch voorgeschreven medicatie	Ja	Deels	Ja	Ja	Ja	Nee	Deels	Deels
Medicatiegegevens extramuraal voorgeschreven medicatie	Nee	Nee	Deels	Deels	Nee	Nee	Ja	Nee

Beschikbaarheid van proces ondersteunende ICT 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Op de Polikliniek								
Elektronische medische intake	Deels	Deels	Ja	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels
Elektronische verpleegkundige intake (alleen van toepassing indien VP-spreekuur aanwezig)	Deels	Deels	Ja	Deels	Deels	Deels	Deels	Nee
Elektronische medische decursus	Deels	Deels	Ja	Ja	Deels	Deels	Deels	Ja
Elektronische verpleegkundige decursus	Nee	Nee	Ja	Ja	Deels	Deels	Deels	Nee
Multidisciplinair patiënt-traject-planningsysteem	Nee	Nee	Nee	Deels	Deels	Deels	Ja	Nee
Ordercommunicatie voor lab	Ja	Nee	Deels	Deels	Nee	Ja	Nee	Ja
Ondersteuning bij voorschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Ja	Deels
Ordercommunicatie voor klinische medicatie	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Deels	Ja	Nee
Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	Deels	Deels	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja	Nee
Ordercommunicatie voor radiologie	Nee	Nee	Deels	Deels	Ja	Deels	Nee	Ja
Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde ordersets	Ja	Nee	Nee	Deels	Nee	Deels	Nee	Ja
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	Deels	Nee	Deels	Deels	Nee	Ja	Ja	Deels
Elektronische bewaking van het behandeltraject	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Nee
Beschikbaarheid van proces ondersteunende ICT 2009								
In de kliniek								
Elektronische medische intake	Deels	Deels	Ja	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels
Elektronische verpleegkundige intake (alleen van toepassing indien VP-spreekuur aanwezig)	Deels	Ja	Ja	Deels	Deels	Deels	Deels	Nee
Elektronische medische decursus	Deels	Deels	Ja	Ja	Deels	Deels	Deels	Ja

Elektronische verpleegkundige decursus	Nee	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Deels	Nee
Multidisciplinair patiënt-traject-planningsysteem	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels	Deels	Nee	Nee
Ordercommunicatie voor lab	Ja	Nee	Deels	Deels	Nee	Ja	Nee	Ja
Ondersteuning bij voorschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja	Ja
Ordercommunicatie voor klinische medicatie	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Deels	Ja	Nee
Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	Deels	Deels	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja	Nee
Ordercommunicatie voor radiologie	Nee	Nee	Deels	Nee	Nee	Deels	Nee	Ja
Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde ordersets	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Ja
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	Deels	Nee	Deels	Nee	Nee	Deels	Ja	Deels
Elektronische bewaking van het behandeltraject	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Nee

3.5 Ziekenhuisinfecties

Ziekenhuisinfecties behoren tot de veelal vermijdbare en soms ernstige complicaties van ziekenhuisopname en ingrepen. Ze veroorzaken een verhoogde morbiditeit, opnameduur en toename van de kosten.

Het risico van een ziekenhuisinfectie is groot bij alle invasieve ingrepen, operaties, beademingstubes, infusen en katheters. De kans hangt ook af van de ernst van de aandoening(en) waaraan de patiënt lijdt, de soort ingreep en de ziekenhuishygiënische routines van de medewerkers. Uit de literatuur blijkt dat het percentage ziekenhuisinfecties kan worden teruggebracht door gegevens over ziekenhuisinfecties te registreren, te analyseren en terug te rapporteren (surveillance).

3

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Surveilleert u ziekenhuisinfecties?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Post operatieve wondinfecties								
Incidentiemeting								
Via Prezies	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Eigen surveillance	Nee	Ja	Nee	Ja		Ja	Ja	Ja
Hoeveel patiënten geïncludeerd	155	1.161	124	738		1.709	4.205	328
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	155	1.161	124	738		1.709	4.205	328
Prevalentiemeting								
Via Prezies	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Eigen surveillance	Ja	Nee	Nee	Ja	n.v.t.	Nee	Ja	Nee
Hoeveel patiënten geïncludeerd	327	159	320	928	1.075	393	807	600
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	327	159	320	928	1.337	393	807	600
Algemeen								
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Richtlijn opgesteld	Ja	In analyse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hadden de interventies gewenst resultaat	Ja, richtlijn wordt beter nageleefd	Nog niet bekend	Nog niet bekend	Ja	Ja	Ja	Nog niet bekend	Ja
Geen surveillance		n.v.t.		n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.		
Wondinfecties na hartchirurgie								
Incidentiemeting								
Via Prezies	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
Eigen surveillance	Ja	Ja	Ja	Ja	n.v.t.	Ja	Ja	Nee
Hoeveel patiënten geïncludeerd	810	583	682	864		908	100	
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	810	583	682	864		908	100	
Prevalentiemeting								
Via Prezies	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	
Eigen surveillance	Ja	Nee	Nee	Ja	n.v.t.	n.v.t.	Ja	
Hoeveel patiënten geïncludeerd	45	15	27	75	49	21	807	44
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	45	15	27	75	52	21	807	44
Algemeen								
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Richtlijn opgesteld	Ja	In analyse	Ja	Ja	Ja	Ja	
Hadden de interventies gewenst resultaat	Ja, richtlijn wordt beter nageleefd	Nog niet bekend	Nog niet bekend	Ja		Ja	Nog niet bekend	
Geen surveillance		n.v.t.		n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	

3

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Centrale lijn gerelateerde sepsis								
Incidentiemeting								
Via Prezies	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
Eigen surveillance	Nee	Ja	Nee	Nee	n.v.t.	n.v.t.	Ja	Ja
Hoeveel patiënten geïncludeerd		453	145	n.v.t.		384	-	276
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking		453	145	n.v.t.		384	-	1
Prevalentiemeting								
Via Prezies	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	
Eigen surveillance	Nee	Ja	Nee	Ja	n.v.t.	n.v.t.	Nee	
Hoeveel patiënten geïncludeerd	54	72	60	147	176	45		69
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	54	72	60	147	176	45		69
Algemeen								
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Nee	Ja	Betreft nameting; nog in analyse	Ja	Ja	Ja	n.v.t.	
Hadden de interventies gewenst resultaat	n.v.t.	Nog niet bekend	Nog niet bekend	Ja	Ja	Ja	n.v.t.	
Geen surveillance		n.v.t.		n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Ja	
Beademingsgerelateerde pneumonieën								
Incidentiemeting								
Via Prezies	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Eigen surveillance	Nee	Ja	Nee	Nee	n.v.t.	Nee	Nee	Ja
Hoeveel patiënten geïncludeerd	n.v.t.	453	n.v.t.	n.v.t.			n.v.t.	169
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	n.v.t.	453	n.v.t.	n.v.t.			n.v.t.	12
Prevalentiemeting								
Via Prezies	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	
Eigen surveillance	Nee	Ja	Nee	Ja	n.v.t.	Nee	Nee	
Hoeveel patiënten geïncludeerd	10	37	19	29	49	10		26
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	10	37	19	29	49	10		26
Algemeen								
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Nee	Nee	In analyse	Ja	Nee	Nee	Ja	
Hadden de interventies gewenst resultaat	n.v.t.	n.v.t.	Nog niet bekend	Nog niet bekend			Nog niet bekend	
Geen surveillance		n.v.t.			n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	

3

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Blaaskatheter gerelateerde infecties								
Incidentiemeting								
Via Prezies	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Eigen surveillance	Nee	Nee	Nee	Nee	n.v.t.	Ja	Nee	Nee
Hoeveel patiënten geïncludeerd	n.v.t.		n.v.t.	n.v.t.		1.709	n.v.t.	
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	n.v.t.		n.v.t.	n.v.t.		1.709	n.v.t.	
Prevalentiemeting								
Via Prezies	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	
Eigen surveillance	Nee	Nee	Nee	Ja	n.v.t.	n.v.t.	Ja	
Hoeveel patiënten geïncludeerd	94	90	74	247	264	75	807	145
Hoeveel patiënten kwamen in aanmerking	94	90	74	247	264	75	807	145
Algemeen								
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Nee	Nee	In analyse	Nee	Nee	Ja	Ja	
Hadden de interventies gewenst resultaat	n.v.t.	n.v.t.	Nog niet bekend	n.v.t.		Ja	Nog niet bekend	
Geen surveillance		n.v.t.		n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Gebruikt u voor de definiëring van ziekenhuisinfecties de criteria van de CDC/WIP	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Indien eigen incidentie- en prevalentiemeting, geef toelichting over de wijze van surveillance	Online registratie van post-operatieve wondinfecties door afdeling Cardio-chirurgie AMC en verwijzende ziekenhuizen.	Zie voor uitgebreide toelichting VUmc-jaarverslag.	N.v.t.	M.i.v. 2009 ook deelname aan landelijke meting PREZIES.		De afdeling Orthopedie past een eigen incidentiemeting toe op alle patiënten voor postoperatieve wondinfecties en blaaskatheder gerelateerde ziekenhuisinfecties en gebruikt de methode van de Nederlandse Orthopedische Vereniging. Hartchirurgie interne registratiemethode CORRAD.	Criteria van CDC/WIP. Verzamelen van data gebeurt door ziekenhuishygiënist (puntprevalentie) artsen(en) (incidentie orthopedie) door research nurse (incidentie heekkunde). Analyse van data door medische microbiologie.	Uitvoering wordt gegeven aan het Veiligheidsprogramma "voorkom schade, werk veilig" in de vorm van een Lean Six Sigma-project op de afdeling Chirurgie.

3.6 Complicatieregistratie

Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is, dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.

Een complicatieregistratie kan de gezondheidszorg veiliger maken.

Voorwaarde voor een effectieve, open bespreking van geregistreerde risico's is een omgeving waarin complicaties veilig kunnen worden gemeld en complicaties in een betrouwbaar en veilig systeem kunnen worden geregistreerd.

3

Complicatieregistratie 2009	AMC			VUmc			LUMC			UMC Utrecht		
	Landelijk vlg's orde	Andere registratie?	Bespreking*	Landelijk vlg's orde	Andere registratie?	Bespreking*	Landelijk vlg's orde	Andere registratie?	Bespreking*	Landelijk vlg's orde	Andere registratie?	Bespreking*
Algemene chirurgie	L		4	L		4	L		4	E		3
Anesthesiologie	L		4	L		3	L		4	L		4
Cardiochirurgie	L	E	4	L	E	3	L		3	L		2
Cardiologie		E	3		E	2	L	E	4		E	2
Dermatologie	L		2	L		2		E	2			3
Geriatric	L		4		E	3		E	2			
Gynaecologie	L		4	L		3	L		4	L		3
Hematologie	L	E	2	L		2	L	E	3			
Intensive Care		E	3		E	3	L	E	3		E	3
Interventie cardiologie	L	E	3		E	4		E	3		E	2
Interne geneeskunde	L		3		E	3		E	2	L		3
Kaakchirurgie/ mondheilkunde	L		4	L		4	L		3	L		2
Keel/neus/oor- heilkunde	L		3	L		3		E	3		E	4
Kindergeneeskunde	L		3	L		3	L	E	2	L		3
Klinische chemie	L	E	2	L		3	L		2		E	2
Klinische pathologie	L		4	L		3		E	3		E	2
Longziekten	L		4		E	4	L	E	4		E	2
Maag/darm/lever-ziekten		E	3	L		3	L		3	L		4
Medische microbiologie		E	2	L		3	L		2	L		4
Neonatologie	L		3	L		3	L	E	2	L		3
Neurochirurgie	L		2		E	3	L		4	L		3
Neurologie	L		4	L		3	L		3	L		2
Nucleaire geneeskunde	**	E	2	L		2		E	4		E	2
Oogheilkunde	L		2	L		3	L	E	4	L		1
Orthopedie	L		3	L		3	L		4		E	2
Plastische chirurgie	**	E	3	L		4	L	E	3		E	4
Psychiatrie		E	3		E	2		E	2		E	4
Radiologie	L		3	L	E	2	L	E	3		E	3
Radiotherapie	**		4	L		4	L	E	3	L		3
Reumatologie	L		3	L		2	L	E	4	L		2
Revalidatie	L	E	2	L		3		E	2	L		2
Urologie	L		3	L		3	L		3	L		2
Vaatchirurgie	L		4	L		3	L		4		E	4
Verloskunde	L	E	4	L		3		E	3	L		2

3

Complicatieregistratie 2009	Erasmus MC			UMC St Radboud			MUMC+			UMCG		
	Landelijk vlgts orde	Andere registratie?	Bespreking*	Landelijk vlgts orde	Andere registratie?	Bespreking*	Landelijk vlgts orde	Andere registratie?	Bespreking*	Landelijk vlgts orde	Andere registratie?	Bespreking*
Algemene chirurgie	L		3	L		4	L		3	L	E	4
Anesthesiologie	L		2		E	2	L		4	L		3
Cardiochirurgie	L		3	L		4	L	E	4	L	E	3
Cardiologie		E	2	L		4	L		3	L		2
Dermatologie	L	E	3		E	3	L		3		E	2
Geriatricie	L		2	L		3		E	2			
Gynaecologie	L		3	L		3		E	4	L	E	4
Hematologie		E	2					E	3			
Interne geneeskunde	L		2		E	3		E	2			
Intensive Care	L		2	L		3		E	3	L		2
Interventie cardiologie	L	E	2				L		3	L		2
Kaakchirurgie/ mondheilkunde	L		3		E	3	L	E	4	L		4
Keel/neus/oor- heilkunde	L		3		E	4		E	4	L		4
Kindergeneeskunde	L		2		E	3	L		3			
Klinische chemie	L	E	2		E	3		E	3		E	2
Klinische pathologie		E	2		E	3		E	3		E	2
Longziekten	L		3		E	3		E	3			
Maag/darm/lever-ziekten	L		4		E	3	L		3	L		4
Medische microbiologie		E	1		E	4					E	4
Neonatologie	L		2		E	4	L		3	L		2
Neurochirurgie		E	3		E	3	L		2	L		3
Neurologie	L		3	L		3	L		2	L		2
Nucleaire geneeskunde		E	2		E	3		E	3		E	2
Oogheilkunde		E	4	L		2	L		3	L		2-3
Orthopedie		E	3	L		3	L		3	L		4
Plastische chirurgie	L		3		E	4		E	3		E	4
Psychiatrie		E	2		E	1		E	2		E	2
Radiologie		E	2		E	2		E	3		E	3
Radiotherapie	L		4		E	3					E	2
Reumatologie		E	4		E	3		E	3		E	4
Revalidatie		E	2	L		3		E	2	L	E	2
Urologie	L		3		E	4		E	2		E	4
Vaatchirurgie	L		2									
Verloskunde	L		3		E	3	L		4	L		4

L = landelijk volgens vakoverstijgende standaarden

E = eigen registratie of landelijk anders

* Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team?

1 = Nee, 2 =Ja, ad hoc, 3 = Ja, maandelijks, 4 = Ja, wekelijks, 2-3 per kwartaal

** In ontwikkeling

3.7 Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is van belang voor het welbevinden van de patiënt en voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Omdat gestructureerde aandacht voor pijnbestrijding nog relatief nieuw is, is dit niet op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke mate aanwezig.

3.7.1 PERCENTAGE GESTANDAARDISEERDE PIJNMETINGEN BIJ POSTOPERATIEVE PATIËNTEN

Deze indicator meet het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten. Gevraagd wordt naar metingen zowel op de verkoever als op de klinische verpleegafdeling.

3

Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij post-operatieve patiënten 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC*	UMCG
Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Populatie (beschrijving)	Ja						*	
Steekproefgrootte								
Selectiecriteria								
Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd	9.263	8.377	7.570	8.324	11.504		12.451	13.616
Totaal aantal klinische operatiepatiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever	9.263	8.377	7.570	8.834	11.669		12.451	14.210
Percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd	100%	100%	100%	94%	99%		100%	96%
Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd	6.773	4.832	onbekend	7.256	6.705		1.808	onbekend
Totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdeling	8.411	7.050		9.682	9.473		2.265	
Percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd	81%	69%		75%	71%		80%	

VUmc: Kinderen zijn meegenomen in de meting.

LUMC: De pijnmetingen op de verpleegafdelingen worden nog in de papieren dossiers (medische en verpleegkundig) geregistreerd en zijn derhalve niet geaggregeerd te benaderen.

UMC St Radboud: Hier wordt de pijn bij patiënten gemeten en behandeld. Een ziekenhuisbreed, digitaal instrument ten behoeve van registratie is in ontwikkeling.

* MUMC*: t.b.v. perc 2 - Non-invasief: post-operatieve patiënten, aanspreekbaar op (chirurgische) verpleegafdelingen. - Invasief: patiënten met PCA of epiduraal catheter.

UMCG: De pijnmetingen worden nog in het papieren dossier geregistreerd en zijn derhalve niet geaggregeerd te benaderen.

3.7.2 PERCENTAGE PATIËNTEN MET OP ENIG MOMENT EEN PIJNSCORE VAN BOVEN DE 7 IN DE EERSTE 72 UUR NA DE OPERATIE

Het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een ernstige pijnscore aangeeft, wordt door de IGZ gezien als een indicator voor adequate postoperatieve pijn bestrijding.

Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na de operatie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Populatie (beschrijving)	Alle geopereerde patiënten op de 7 chirurgische klinische verpleegafdelingen van de Divisie Chirurgische Specialismen, van neurochirurgie, KNO, oogheelkunde, recovery/high care en kinderchirurgie.		Volwassen postoperatieve patiënten gedurende 3 meetdagen.				Alle invasieve patiënten met een PCA of epiduraal catheter. Steekproef non-invasief: post operatieve patiënten, aanspreekbaar op (chirurgische) verpleegafdelingen.	Alle bij de acute pijnservice gemelde patiënten in de maand juni.
Steekproefgrootte	5.861		261	5.105			1.808	189

3

Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na de operatie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC*	UMCG
Selectiecriteria	At random selectie van volwassen postoperatieve patiënten waarbij op een verpleegafdeling een systematische pijnmeting is gedaan, geregistreerd in een beschikbaar dossier.		Pijnscore > 7 op 3e dag postoperatief.				Post-operatief.	Alle bij de acute pijnservice gemelde patiënten in de maand juni.
Aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	477	321	15	422	141		153	8
Totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste zes metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie)	5.861	4.832		5.105	5.967		1.808	189
Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	8%	7%	6%	8%	2%		8%	4,2 %

AMC: Exclusie patiënten die voor de derde dag postoperatief naar huis gaan.

UMC Utrecht: De volledige eerste 72 uur van het verblijf van een patiënt in het ziekenhuis beperkt zich niet tot de verkoevertkamer.

3.8 Volume van risicovolle interventies

Als gevolg van de uitvoer van risicovolle interventies kunnen ernstige complicaties optreden. Voorbeelden van risicovolle interventies zijn operaties aan een aneurysma van de abdominale aorta (verwijding van de buikslagader, hierna genoemd AAA-operaties) en oesophaguscardiaresecties (slokdarm-maagverwijdering, hierna genoemd OCR's). Bij handelingen in het algemeen en bij technisch gecompliceerde handelingen, is het duidelijk dat de kans op complicaties verkleint wanneer een operatie vaker wordt uitgevoerd.

3.8.1 VOLUME VAN OPERATIES AAN ANEURYSMA VAN DE ABDOMINALE AORTA (AAA-OPERATIES)

Een aneurysma van de abdominale aorta is een veel voorkomende aandoening. Bij de relatie tussen volume en resultaat speelt niet alleen de ervaring van de chirurg maar ook de expertise van het gehele team een rol. Om deze reden wordt niet meer naar het aantal verrichtingen per chirurg gevraagd, maar naar het totaal uitgevoerde AAA-operaties in het ziekenhuis.

AAA's 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal AAA-operaties	79	73	49	125	124	59	109	125

3.8.2 VOLUME OESOPHAGUSCARDIARESECTIES

In gespecialiseerde centra worden minder post-operatieve complicaties en een lagere post-operatieve sterfte waargenomen. In deze centra is de lange termijn overleving hoger. Niet alleen de ervaring van de chirurg maar vooral de peri- en post-operatieve zorg is hierbij van belang. De IGZ beschouwt het aantal OCR's daarmee als indicator voor de kwaliteit van de zorg.

Oesophagus 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal oesophagus-cardiarsecties	80	23	18	48	77	29	0	35

VUmc-chirurgen opereren mee bij OCR's in vier andere ziekenhuizen.
MUMC+ heeft een concentratieafpraak met het Atriumziekenhuis in Heerlen.

3.9 Cholecystectomie

Deze PI is komen te vervallen.

3.10 Colorectale operaties

3.10.1 ONGEPLANDE HEROPERATIES NA EEN COLORECTALE OPERATIE

Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg. Het registreren van heroperaties helpt bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen.

Ongeplande heroperaties na colorectale operatie 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Percentage heroperaties bekend	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Steekproef genomen?	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Populatie								
Steekproefgrootte								
Selectiecriteria								
Aantal ongeplande heroperaties	21	20	15	14	15	6	24	7
Aantal colorectale operaties	215	201	130	108	103	128	156	266
Percentage ongeplande colorectale heroperaties	9,8%	10%	11,5%	13%	14,6%	4,7%	15,4%	2,6%

3.10.2 DEELNAME AAN DE DUTCH SURGICAL COLORECTAL AUDIT

Darmresecties zijn chirurgische procedures die in elk ziekenhuis in Nederland worden uitgevoerd. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren zou er meer inzicht moeten zijn in de factoren die leiden tot (on)gewenste uitkomsten van zorg. Dit is het doel van DSCA.

Deelname aan Dutch Surgical Colorectal Audit	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal chirurgische resecties waarvan gegevens aangeleverd	75	15	58	39	79	p.m.	90	88
Totaal aantal chirurgische resecties	75	76	58	39	79	p.m.	120	88
Percentage	100%	19,7%	100%	100%	100%	p.m.	75%	100%

VUmc: Het jaar 2009 was voor deelname aan DSCA-registratie een proefjaar. Vanaf 2010 worden alle patiënten uit VUmc aangemeld.

UMC St Radboud: De aantallen geregistreerd in de DSCA blijven achter bij de eigen registratie en zijn daarom (nog) niet volledig.

3.11 Afgezegde operaties

Afgezegde operaties 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het aantal afgezegde operaties binnen 24 uur voor het geplande tijdstip bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal afgezegde electieve operaties binnen 24 uur voor het geplande tijdstip	713	728	359	1.203	1.049	341	432	821
Totaal aantal uitgevoerde electieve operaties plus het aantal afgezegde operaties	13.515	13.120	9.657	20.924	20.382	16.911	15.594	19.893
Percentage	5,3%	5,5%	3,7%	5,7%	5,1%	2%	2,8%	4,1%

3.12 Intensive Care

Op een IC-afdeling worden patiënten opgenomen bij wie de vitale functies gestoord of ernstig zijn bedreigd en bij wie vaak beademing noodzakelijk is. Voor verantwoorde zorgverlening is het van belang dat het niveau van de zorg dat de IC-afdeling kan bieden, in overeenstemming is met de ernst en complexiteit van de opgenomen patiënten.

3.12.1 NIVEAU-INDELING VAN DE INTENSIVE CARE

Door het veld is een indeling in drie niveaus van zorg vastgelegd. Level III is, in overeenstemming met internationaal gebruik, toegekend aan het hoogste level IC. Level 1 aan een basis IC- of HC-afdeling. Bij visitatie van de IC-afdeling wordt nagegaan welk niveau aan de IC kan worden toegekend.

Levelindeling 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Levelindeling	III	III	III	III	III	III	III	III
Bij visitatie bevestigd	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

3.12.2 TOTAAL AANTAL FTE INTENSIVISTEN BESCHIKBAAR VOOR DE IC-AFDELING

Totaal aantal intensivisten 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal intensivisten	26,2	15,1	23	28,7	42	19,9	14	33,4
Bereikt u met deze formatie een 7x24 uren exclusieve beschikbaarheid voor de IC?	ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

AMC: Dit betreft zowel intensivisten voor de volwassen-, kinder-IC, en neonatologie-intensivisten.

VUmc: Dit betreft zowel intensivisten voor de volwassen- als voor de kinder-IC.

LUMC: Dit betreft intensivisten voor volwassenen (10,5 fte), kinderen (6 fte) en neonatologie (6,5 fte).

Erasmus MC: Dit betreft intensivisten voor volwassenen (18,7 fte), kinderen (10,1 fte) en neonatologie (13,1 fte).

UMC St Radboud: Dit betreft zowel intensivisten voor volwassen-, als kinder-IC. Het aantal neonatologie-intensivisten is 7.

MUMC+: Dit betreft zowel intensivisten voor volwassen-, als kinder-IC. Het aantal neonatologie-intensivisten is 7.

3.12.4 BEADEMINGSUREN PER PATIËNT OP EEN IC-AFDELING

Het totaal aantal behandelingsdagen op de IC-afdeling is een maat voor de omvang van de IC-afdeling. De verhouding tussen beademings- en niet beademingsdagen is een maat voor de zwaarte van de zorg.

2009	AMC		VUmc		LUMC		UMCU	
Beademingsuren per patiënt op een IC afdeling	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren
< 72 uur								
Niet-postoperatief	595	13.815	127	3.547	206	5.005	397	7.015
Postoperatief (excl. cardiochirurgisch)	202	3.653	218	4.143	281	3.189	601	6.963
Postoperatief cardiochirurgisch	642	12.309	555	6.037	608	5.273	870	7.799
Kinderen (<16)	256	11.592	103	4.560	184	3.926	213	8.893
72-120 uur								
Niet-postoperatief	113	10.473	32	3.039	37	3.489	70	6.718
Postoperatief (excl. cardiochirurgisch)	21	1.974	34	3.331	23	2.212	33	3.027
Postoperatief cardiochirurgisch	31	2.910	6	533	17	1.675	15	1.358
Kinderen (<16)	96	10.008	23	2.520	31	2.940	87	6.720
> 120 uur								
Niet-postoperatief	189	59.184	122	45.496	118	44.797	176	63.271
Postoperatief (excl. cardiochirurgisch)	31	9.093	108	48.551	48	16.097	102	35.330
Postoperatief cardiochirurgisch	43	12.364	26	14.033	37	17.059	25	9.685
Kinderen (<16)	237	119.064	47	21.624	65	18.780	196	89.376

2009	Erasmus MC		Radboud		MUMC+		UMCG	
Beademingsuren per patiënt op een IC afdeling	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademingsuren
< 72 uur								
Niet-postoperatief	532	10.237	441	8.282	223	5.120	447	11.182
Postoperatief (excl. cardiochirurgisch)	683	6.523	408	6.936	122	2.887	523	8.724
Postoperatief cardiochirurgisch	755	8.817	889	28.968	910	9.244	795	8.808
Kinderen (<16)	745	16.168	398	5.064	53	*		
72-120 uur								
Niet-postoperatief	98	9.385	131	11.952	38	3.131	95	8.048
Postoperatief (excl. cardiochirurgisch)	32	3.032	52	4.752	37	3.349	43	4.032
Postoperatief cardiochirurgisch	25	2.445	35	3.168	20	1.810	14	1.368
Kinderen (<16)	118	11.303	49	4.584	30	*		
> 120 uur								
Niet-postoperatief	215	94.176	240	92.928	109	50.801	245	103.000
Postoperatief (excl. cardiochirurgisch)	139	57.995	73	26.856	74	31.823	113	57.000
Postoperatief cardiochirurgisch	20	6.492	38	13.932	57	23.658	63	22.750
Kinderen (<16)	375	176.737	74	22.488	38	*		

UMCG: Registratie beademingsdagen voor kinderen wordt aangeleverd via de landelijke PICE afdeling-data; deze levert jaarlijks de gegevens aan de NFU, deze stuurt de gegevens door naar de IGZ. Beademingsuren worden niet gemeten en kunnen dus ook niet gerapporteerd worden.

* Wordt niet geregistreerd.

3.12.5 NICE DEELNAME EN AANLEVERING

NICE-deelname en aanlevering	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Lever uw IC-afdeling data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd?	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Zo Ja, betreft dit data voor de MDS (Minimale Data Set)	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Betreft dit data voor de NVIC kwaliteitsindicatoren?	Ja		Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja

UMCU: implementatie vindt plaats in de 2^e helft 2010.

De afdeling Intensive Care Kinderen van het AMC, VUmc en Erasmus MC leveren data aan de Pediatric Intensive care Evaluation (PICE).

De NICU van het AMC en Erasmus MC leveren gegevens aan de Landelijke Neonatologie Registratie (LNR).

VUmc neemt principieel niet deel aan registraties door een niet onafhankelijke en niet aan wetenschappelijke vereniging en/of NVIC verbonden stichting. Er worden wel relevante parameters, overeenkomend met NICE, geregistreerd.

3. 13 Zwangerschap

Uit de literatuur blijkt dat een keizersnede niet altijd aantoonbare winst oplevert voor zwangeren of hun kinderen. Een keizersnede is een zware buikoperatie die net als elke operatie risico's met zich meebrengt. Er is nationaal en internationaal dan ook veel discussie over de wenselijkheid of onwenselijkheid van de toename van keizersnedes.

Het Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegel (VOKS)-percentiel geeft aan wat de positie van de afdeling is in de landelijke percentielverdeling (wat andere praktijken bij een zelfde populatie zouden hebben gedaan). Met andere woorden, indien een kliniek zich op de 40^e VOKS-percentiel bevindt, zullen 60 procent van de praktijken op dezelfde populatie vaker een keizersnede doen en 40 procent minder vaak.

Het percentage uitgevoerde bevallingen met een keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage (VOKS-percentiel)	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is er sprake van een perinatologisch centrum in uw ziekenhuis?	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
Totaal aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog (LVR-2), in het verslagjaar	1.465 (2008)	1.499 (2008) 1.574 (2009)	1.238 (2008) 1.407 (2009)	1.951 (2008)	1.990 (2008) 2.078 (2009)	1.402 (2008)	1.115 (2008) 1.199 (2009)	1.488
Is het VOKS-percentiel voor primaire en secundaire sectio's bekend?	Ja	Ja	Ja (2008)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (2009)
VOKS-percentiel primaire sectio's 2008	74	69 (2008) 76 (2009)	13 (2008) 1 (2009)	88	58	59	84	38 (2009)
VOKS-percentiel secundaire sectio's 2008	75	82 (2008) 92 (2009)		17	36	4	38	20 (2009)

3.14 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus is een stofwisselingsziekte waarbij een tekort aan het hormoon insuline bestaat. Door de aard van de complicaties die ten gevolge van de ziekte optreden, is een goede afstemming tussen de verschillende zorgverleners of zorginstellingen, en tussen eerste en tweede lijn, van groot belang. Het ziekenhuis is niet als enige verantwoordelijk voor de kwaliteit van diabeteszorg. Wel draagt het ziekenhuis een grote verantwoordelijkheid voor een optimale afstemming tussen de verschillende organisaties en zorgverleners.

3

3.14.1 GEMIDDELDE HbA1c-WAARDE BIJ DIABETES

Diabetes mellitus is een aandoening die ernstige complicaties tot gevolg kan hebben. De kans op deze complicaties vermindert door een juiste instelling van de bloedglucosewaarde. De HbA1c-waarde wordt hierdoor als maat gebruikt.

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Hebt u een steekproef genomen?	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	
Steekproefgrootte			50					
Steekproefcriteria	Poli int+ endo	Poli int+ endo						
Som van alle HbA1c-waardes	29.880	33.286	879	19.138	24.387	43.441	23.151	-
Aantal HbA1c-bepalingen	3.719	4.358	108	2.586	3.062	5.486	3.102	-
Aantal patiënten bij wie HbA1c-bepaling is verricht	1.367	2.201	50	1.340	1.135	1.486	1.054	-
Gem. HbA1c-waarde per bepaling	8,0	7,6	8,1	7,4	8,0	7,9	7,5	7,7*
Gem. aantal HbA1c-metingen per patiënt	2,7	2,0	2,2	1,9	2,7	3,7	2,9	
Laboratorium-referentie	4-6	4,3-6,1	4,3-6,3	4,0-6,0	4-6	4,8-6,2	4,4-6,2	-

* UMCG: Gemiddelde van 1.746 bepalingen.

3

3.14.2 OOGHEELKUNDIGE CONTROLE BIJ DIABETES

Retinopathie is een complicatie die bij diabetes kan optreden en die uiteindelijk tot blindheid leidt. Blindheid kan worden voorkomen door regelmatige screening en tijdige behandeling van geconstateerde afwijkingen. Het regelmatig verrichten van oogheelkundig onderzoek is daarom een basiselement van goede diabeteszorg.

Oogheelkundige controle bij diabetes 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is bekend hoeveel patiënten met diabetes onder oogheelkundige controle staan in het verslagjaar?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	
Heeft u een steekproef genomen?	Ja		Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	
Populatie (beschrijving)	Alle patiënten bekend bij diabetes vk							
Steekproefgrootte	611		50					
Selectiecriteria	Patiënten waarvan bekend is wanneer zij een oogarts hebben bezocht							
Aantal patiënten met diabetes, dat een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan?	492	1.600	46	1.200	1.135		959	
Aantal patiënten met diabetes	611	1.736	50	1.200	1.135		1.054	
Percentage patiënten met diabetes, dat een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan	81%	92%	92%	100%	100%		91%	

Voor VUmc-patiënten is een schatting uitgevoerd voor het aantal patiënten dat een eigen oogarts bezoekt.

Het Erasmus MC is in 2009 overgestapt van handmatige metingen naar een geautomatiseerde selfmanagement situatie waarin de voeten en oogfundusfoto's door patiënten zelf wordt gemeten.

3.15 Cardiologie

Hart- en vaatziekten zijn vanuit het oogpunt van de volksgezondheid belangrijke oorzaken van sterfte en invaliditeit. Door de toegenomen medisch-technologische mogelijkheden is het sterftecijfer per 100.000 inwoners aanzienlijk gedaald van 478 in 1980 naar 295 in 2000. Door de toegenomen overlevingskans neemt echter wel de chronische ziektelast toe. Zo hadden in 2003 ongeveer 179.000 patiënten in Nederland enige vorm van hartfalen en de verwachting is dat dit aantal verder zal toenemen.

3.15.1 AANTAL PATIËNTEN MET EEN EERSTE ADMINISTRATIEF CONSULT OP DE POLIKLINIEK CARDIOLOGIE

EAC 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal patiënten ouder dan 70 jaar in 2008 gepresenteerd EAC cardioloog en in 2008 en 2009 zijn overleden	37	155	93	40	20	204	337	79
Aantal patiënten ouder dan 70 jaar in 2008 poliklinisch gepresenteerd voor EAC	553	1.731	2.364	336	233	1.974	4.730	762
Percentage sterfte na EAC	6,7%	8,9%	3,9%	11,9%	8,6%	10,3%	7,1%	10,4%

3.15.2 ZIEKENHUISSTERFTE NA OPNAME VOOR EEN AMI

Een AMI is de belangrijkste oorzaak van overlijden onder patiënten met een hart- of vaatziekte. Tijdige behandeling is van belang voor de kans op overleving. Om internationale vergelijking mogelijk te maken is de mortaliteit na 30 dagen als indicator genomen. Het gaat hierbij om sterfte ongeacht de oorzaak van het overlijden.

AMI 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal patiënten jonger dan 65 jaar waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld, overleden tijdens opname	4	7	1	6	14	5	4	4
Totaal aantal patiënten jonger dan 65 jaar waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld en die opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis van 1 januari tot en met 31 december	340	214	212	201	475	213	299	437
Ziekenhuissterfte patiënten jonger dan 65 jaar	1%	3%	0%	3%	3%	2%	1%	1%
Aantal patiënten van 65 jaar en ouder waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld, overleden tijdens opname	24	19	2	19	32	4	8	25
Totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld en die opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis van 1 januari tot en met 31 december.	286	216	163	144	389	231	243	520
Ziekenhuissterfte patiënten 65 jaar en ouder	8%	9%	1%	13%	8%	2%	3%	5%

AMC: betreft overleden patiënten binnen 30 dagen (inclusief ziekenhuis-sterfte).

VUmc: bij respectievelijk 6 van de 7 van de 19 patiënten was sprake van out of hospital arrest, een subgroep met bekende hogere mortaliteit.

3.15.3 EVALUATIE VAN HET INBRENGEN VAN PACEMAKERS: DEELNAME AAN SYSTEMATISCHE REGISTRATIE VAN GEGEVENS

Inbrengen pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Voert u een registratie over het inbrengen van pacemakers?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Zo ja, op welke wijze voert u deze registratie	Path Find	Via DIPR	Via DIPR	Eigen	Via DIPR	Via DIPR	Eigen	Via DIPR
Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

DIPR = Dutch Icd & Pacemaker Registry

3.15.4 HEROPNAME NA HARTFALEN

Het percentage heropnames wordt door de IGZ gezien als indicator voor het succes van de behandeling van hartfalen.

Heropname na hartfalen	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Steekproef genomen?		Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Beschrijving populatie				Klinische opnamen waarvan LMR diagnoses zijn geregistreerd voor 1 maart 2010				
Steekproefgrootte								
Selectiecriteria								
Aantal heropnames voor hartfalen binnen 12 weken na ontslag bij patiënten jonger dan 75 jaar	12	10	4	20	12	23	21	16
Totaal aantal patiënten jonger dan 75 jaar opgenomen voor hartfalen	152	84	312	119	103	292	141	189
Percentage jonger dan 75 jaar	8%	12%	1%	17%	12%	8%	15%	8%
Aantal heropnames voor hartfalen binnen 12 weken na ontslag bij patiënten 75 jaar en ouder	4	21	3	4	0	13	24	7
Totaal aantal patiënten van 75 jaar en ouder opgenomen voor hartfalen	132	114	81	81	18	108	220	95
Percentage 75 jaar en ouder	3%	18%	4%	5%	0%	12%	11%	7%

VUmc: Het betreffen de 10 heropnames onder andere 3 patiënten die meerdere malen werden opgenomen. In het geval van de 21 heropnames betrof het onder andere 4 patiënten die tweemaal werden heropgenomen.

UMCG: Heropnames < 75 jaar is exclusief één patiënt die zes maal heropgenomen moest worden.

3.16 Cerebrovasculair Accident

Een Cerebrovasculair Accident (CVA) kan zowel door een infarct als door een bloeding worden veroorzaakt. In Nederland krijgen jaarlijks 30.000 mensen voor het eerst een CVA. In 2002 zijn hieraan 11.773 patiënten overleden. Daarmee is het CVA de vierde doodsoorzaak en de meest voorkomende oorzaak van blijvende invaliditeit.

De IGZ ziet een korte doorlooptijd van binnenkomst van de patiënt in het ziekenhuis tot het starten van de trombolysen DNT als een goede indicator voor de kwaliteit van zorg. Bij een efficiënte organisatie is de DNT korter dan 1 uur.

Door-to-needle time trombolysen 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het aantal patiënten dat behandeld is met trombolysen na een herseninfarct bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
A. Aantal patiënten met een herseninfarct binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysen	77	16	50	52	27	27	14	111
B. Aantal patiënten met een herseninfarct later dan 1 uur, maar binnen 2 uur na binnenkomst behandeld met trombolysen	4	10	6	12	11	5	12	18
C. Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolysen	82	31	56	64	41	32	30	132
Percentage 1 (A/C)	94%	52%	89%	81%	66%	84%	47%	84%
Percentage 2 (B/C)	5%	32%	11%	19%	27%	16%	40%	14%
Percentage 3 (C-(A+B)/C)	1%	16%	0%	0%	7%	0%	13%	2%

VUmc: Hier worden patiënten met te hoge bloeddruk pas met trombolysen behandeld zodra de bloeddruk dit toelaat. De bloeddruk wordt niet actief verlaagd. Het 1^e kwartaal van 2010 laat daarnaast forse verbeteringen zien.

3.17 Heupfractuur

Bij personen jonger dan 50 jaar komen heupfracturen weinig voor en meestal alleen na een trauma. Boven de 65 jaar treden heupfracturen steeds vaker op na een val. In 2005 werden bijna 18.000 personen met een heupfractuur in het ziekenhuis opgenomen, waarvan 15.500 personen 65 jaar en ouder zijn.

3.17.1 PERCENTAGE PATIËNTEN MET EEN HEUPFRACTUUR DAT BINNEN ÉÉN KALENDERDAG IS GEOPEREERD

Uit literatuur blijkt dat de tijd die verstrijkt tussen het moment van opname en het moment van operatieve fractuurbehandeling van invloed is op de uitkomst van de behandeling. Wanneer de tijd tussen opname en operatie langer duurt dan 24 uur, neemt de kans op complicaties zoals diep veneuze trombose, longembolie en decubitus toe. Bij deze indicator wordt gekeken naar het percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen 24 uur wordt geopereerd.

Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag is geopereerd 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
ASA klasse1-2								
Aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen één kalenderdag	37	96	56	17	14	37	44	54
Noemer: totaal aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling)	42	110	58	18	14	41	46	60
% patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen 1 kalenderdag	88,1%	87,3%	96,6%	94,4%	100%	90,2%	95,7%	90%
ASA klasse3-5								
Aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen één kalenderdag	33	62	29	16	19	34	67	60
Noemer: totaal aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling)	44	82	32	21	21	36	75	69
% patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen 1 kalenderdag	75%	75,6%	90,6%	76,2%	90%	94%	89,3%	87%

3

Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag is geopereerd 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
ASA klasse onbekend								
Aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen één kalenderdag	0	0	2	6	0	5	95	3
Aantal conservatief behandelde patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur		6	0					4
Noemer: totaal aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling)	0	6	2	9	0	5	104	8
% patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen één kalenderdag	0%	0%	100%	66,7%	0%	100%	91,3%	37,5%
% conservatief behandelde patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur	0%	6/198 3,0%	0%	0%	0%	0%	0%	4/137 2,9%
Totaal								
Aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen één kalenderdag	70	158	87	39	33	76	206	117
Aantal conservatief behandelde patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur	0	6	0	0	0	-	0	4
Noemer: totaal aantal patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling)	86	198	92	48	35	82	225	137
% patiënten van 65 jaar of ouder met een heupfractuur geopereerd binnen één kalenderdag	81,4%	79,8%	94,6%	81,3%	94,3%	92,7%	91,6%	85,4%
% conservatief behandelde patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur	0%	3%	0%	0%	0%		0%	2,9%

VUmc: Hier is, van alle patiënten die zijn geopereerd, de ASA-classificatie bekend. Van alle patiënten die conservatief zijn behandeld, is de ASA-classificatie onbekend.

MUMC+: Door invoering van een nieuw ICT-systeem zijn de gegevens over de 2e helft van 2009 onbekend.

Registratie volgens LTR	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal patiënten met een heupfractuur geregistreerd volgens richtlijnen van de Landelijke Trauma Registratie (LTR)	118	272		48		44	225	
Aantal patiënten met een heupfractuur	118	233		48		44	237	
Percentage	100%	116,7%		100%		100%	94,9%	

AMC: Alle patiënten met een heupfractuur worden in de LTR geregistreerd. Dit getal is inclusief patiënten jonger dan 65 jaar en patiënten die verwezen worden voor operatie naar een ander ziekenhuis.

VUmc: Hier zijn naast de 198 patiënten van 65 jaar en ouder, ook 35 patiënten jonger dan 65 geopereerd, hetgeen het totaal op 233 brengt. Het LTR-getal is hoger omdat daarin ook patiënten zijn opgenomen die naar elders zijn verwezen of multiple-trauma patiënten waren en deze laatste voldoen niet aan de inclusiecriteria voor bovengenoemde indicatoren.

3.18 Mammacarcinoom

Borstkanker is, na hart- en vaatziekten, de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Een goede organisatie van de zorg rond borstkanker (mammazorg) maakt het mogelijk het diagnostische proces te versnellen en de kwaliteit ervan te verhogen. Ook de voorbereiding en de uitvoering van de behandeling kan door een goed georganiseerde mammazorg worden geoptimaliseerd.

Kanker is één van de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland. De zorg voor patiënten met kanker is complex. Voor een effectieve en patiëntgerichte behandeling is de organisatie van de zorg voor patiënten met verdenking op kanker van groot belang. Diagnostiek en behandeling dienen optimaal te worden uitgevoerd met waarborgen voor de kwaliteit. Verschillende manieren van behandeling moeten goed op elkaar worden afgestemd.

3.18.1 DIFFERENTIATIEBELEID

De wijze waarop een chirurg (in opleiding) ervaring met oncologische ingrepen verwerft en de wijze waarop de maatschap/vakgroep organiseert dat een praktiserend chirurg deze ervaring behoudt, zijn indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Dit laatste kan in een ziekenhuis op verschillende wijzen worden geregeld, bijvoorbeeld door differentiatie waarbij iedere chirurg zijn/haar eigen aandachtsgebied heeft of door gezamenlijk opereren bij complexe ingrepen. Bij iedere operatieve ingreep is maar één chirurg de eindverantwoordelijke.

Naast het beleid ten aanzien van differentiatie zijn in opleidingsziekenhuizen afspraken voor het verwerven van ervaring van belang. Hoe is de supervisie geregeld en wat zijn de criteria en waarborgen voor zelfstandig behandelen door chirurgen in opleiding?

Bij de chirurgische behandeling van kanker is de ervaring van de chirurg van belang voor de kans op overleving. Daarnaast speelt ook de omvang van het ziekenhuis een rol. Uit onderzoek blijkt dat de vijfjaars overleving 7 tot 9% hoger is in ziekenhuizen met meer dan 70 ingrepen per jaar, dan in ziekenhuizen waar minder van 35 ingrepen per jaar worden gedaan. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) adviseert dan ook de chirurgische behandeling van het mammacarcinoom te concentreren bij twee of meer vaste chirurgen tot een maximum van 50% van een vakgroep of maatschap.

3

Differentiatiebeleid	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Heeft de maatschap/vakgroep heelkunde een differentiatiebeleid voor mammacarcinoom?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal chirurgen binnen de maatschap/vakgroep dat in het verslagjaar één of meer chirurgische behandelingen van mammacarcinoom patiënten verrichtten	2	3	6	5	4	3	3	2
Totaal aantal chirurgen in de maatschap/vakgroep	20	18	23	23	24	14,3	21	11
Aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in het verslagjaar	65	88	118	95	138	162	221	145
Heeft het ziekenhuis een erkende heelkunde-opleiding?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is verslaglegging pre-operatief multidisciplinaire mammaspreking beschikbaar binnen ZIS of EPD?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is verslaglegging post-operatief multidisciplinaire mammaspreking beschikbaar binnen ZIS of EPD?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Alle UMC's hebben een erkende heelkunde-opleiding. In principe wordt 100% van de mamma-operaties uitgevoerd door opleidingsassistenten onder supervisie van een specialist ("mammachirurg").

3.18.2 PERCENTAGE PATIËNTEN BIJ WIE KANKERWEEFSEL IS ACHTERGEBLEVEN NA EEN EERSTE BORSTSPARENDE OPERATIE.

Deze indicator meet het aantal patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie ten opzichte van het totaal aantal borstsparende operaties.

2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Aantal patiënten waarbij kankerweefsel is achtergebleven	4	6	4	5	7	9	9	11
Aantal patiënten bij wie niet bekend is of weefsel is achtergebleven	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal aantal patiënten met eerste borstbesparende operatie	54	47	77	55	62	60	109	83
% patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na eerste locale excisie	7,4%	12,8%	5,2%	9,1%	11,3%	15%	8,3%	13,3%
% patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na 1e locale excisie	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

3.19 Cataract

Ongeveer de helft van de blindheid en visuele beperkingen wereldwijd, wordt veroorzaakt door cataract. Bij cataract is sprake van een geleidelijke vertroebeling van de lens met als gevolg een daling van de gezichtsscherpte die uiteindelijk tot blindheid kan leiden. Cataract kan worden verholpen door een chirurgische ingreep waarbij de troebele lens wordt vervangen door een kunstlens. In 2004 werden er in Nederland ongeveer 130.000 van deze operaties uitgevoerd.

3.19.1 REGISTRATIE OPERATIEVE DATA

Om meer inzicht te krijgen in de uitkomsten en daarmee in de kwaliteit van de cataractchirurgie is het wenselijk dat de registratie en analyse van gegevens rond de operatie worden geoptimaliseerd. Deze indicator registreert de aanwezigheid en het gebruik van een registratiesysteem.

Registratie operatieve data cataract 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Hebt u voor cataractextracties een complicatie-dataregistratie conform afspraken met de NOG in een gegevensbestand?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor pré-operatieve data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Welk registratiesysteem gebruikt u?	NOG	NOG en internationaal systeem	NOG	BCR	Holladay database	CPO	CPO	CPO
Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor per-operatieve data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Welk registratiesysteem gebruikt u?	NOG	NOG en internationaal systeem	NOG	BCR	Holladay database	CPO	CPO	CPO
Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor post-operatieve data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Welk registratiesysteem gebruikt u?	NOG	NOG en internationaal systeem	NOG	BCR	Holladay database	CPO	CPO	CPO

3.19.2 PERCENTAGE PATIËNTEN MET VOLDOENDE WACHTTIJD TUSSEN DE OPERATIE VAN EERSTE EN TWEDE OOG

Bij cataract worden vaak beide ogen geopereerd. Bij operatie aan het tweede oog is van belang dat de tijdsperiode tussen operatie van het eerste en het tweede oog voldoende lang is om een zorgvuldige indicatie voor een cataractoperatie aan het tweede oog te stellen én om het resultaat na de eerste operatie te betrekken bij de beoordeling van de indicatiestelling voor een operatie van het tweede oog. Volgens de indicator dient de laatste beoordeling van het eerste oog op zijn vroegst vier weken na de operatie te hebben plaatsgevonden.

Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van 1e en 2e oog	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het percentage patiënten bekend met een cataractoperatie aan beide ogen bij wie de wachttijd tussen de eerste en de tweede oogoperatie groter of gelijk is aan 28 dagen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar waarbij de datum van de tweede oogoperatie minus datum van de eerste oogoperatie groter of gelijk is aan 28 dagen	116	82	99	68	59	81	596	245
Totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar	121	93	99	68	59	86	596	249
Percentage	95,9%	88,2%	100%	100%	100%	94,2%	100%	98,4%

3.20 Kinderchirurgie

Routineoperaties, zoals een blindedarmoperatie, kunnen in principe in alle ziekenhuizen worden uitgevoerd.

3.20.1 POSTOPERATIEVE OPNAMEDUUR NA BLINDEDARMOPERATIE

De IGZ stelt dat de postoperatieve ligduur mogelijk gerelateerd is aan de kwaliteit van de zorg.

Blindedarm bij kinderen 2009	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Totaal aantal opnames van kinderen tot 15 jaar wegens blindedarmoperatie?	33	19	28	13	19	26	24	43
Wat is voor deze groep patiënten de ligduur (in aantal dagen: dag van ontslag - dag van operatie)								
Minimum ligduur	1	1	1	2	2	2	1	1
Gemiddelde ligduur	3,7	5,4	3,0	4,0	4,0	6,0	2,0	3,7
Maximum ligduur	22	20	9	7	7	31	6	9
Mediaan ligduur	2	5	2	3	4	6	2	3

3.21 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist. Dat leidt tot de stelling dat verantwoorde medisch specialistische zorg in belangrijke mate wordt bepaald door de kwaliteit van de medisch specialist.

3.21.1 JAARGESPREKKEN

Sinds enige tijd bestaat het systeem van jaargesprekken, waarbij een gesprek gevoerd wordt tussen het afdelingshoofd en de medisch specialist ondermeer over het inhoudelijk functioneren.

3

Jaargesprekken	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is het systeem van jaargesprekken tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist ingevoerd in het ziekenhuis?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, eind 2009 gestart met het jaarlijks inventariseren	Ja	Ja	Ja
In welke maand van welk jaar is het eerste gesprek volgens dit systeem gehouden (indien meer dan 24 maanden geleden mag meer dan 24 maanden geleden als antwoord gegeven worden)?	Meer dan 24 maanden	Meer dan 24 maanden	Meer dan 24 maanden	Meer dan 24 maanden	Meer dan 24 maanden	Meer dan 24 maanden	Meer dan 24 maanden	Meer dan 24 maanden
Aantal medisch specialisten die in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal één jaargesprek hebben deelgenomen	306	368		336		413	466	163
Totaal aantal medisch specialisten die in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht hebben in de instelling (ongeacht het soort dienstverband)	647	402		642		482	489	619
Percentage (wordt automatisch berekend)	47,3%	91,54%		52,34%		85,4%	95,3%	26,33%

3.21.2 INDIVIDUEEL FUNCTIONEREN VAN MEDISCH SPECIALISTEN

Individueel Functioneren van Medisch Specialist (IFMS)	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Is IFMS, zoals beschreven in het Orderrapport d.d. 21 april 2008, in volle omvang ingevoerd? Zo nee: gaarne toelichting welke modificaties zijn uitgevoerd	Nee *	Nee *	Nee *	Nee *	Nee *	Nee *	Nee *	Nee *

* Conform een afspraak binnen de NFU is de methodiek IFMS in de UMC's niet ingevoerd. Dit houdt verband met het feit dat medisch specialisten bij de UMC's in loondienst zijn aangesteld. De CAO-UMC is op hen van toepassing. In plaats van IFMS worden binnen de UMC's met iedereen jaargesprekken gevoerd.

3.21.3 REGELING MOGELIJK DISFUNCTIONEREN MEDISCH SPECIALISTEN

Regeling mogelijk disfunctioneren van medisch specialisten	AMC	VUmc	LUMC	UMC Utrecht	Erasmus MC	UMC St Radboud	MUMC+	UMCG
Heeft het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?	Ja. Er is beleid ontwikkeld en ingevoerd over hoe te handelen t.a.v. disfunctionerende medewerkers. Dit is ook van toepassing op medisch specialisten. Dit document is getiteld "over functioneren valt te praten".	De CAO bevat een regeling in geval van disfunctioneren. Verder heeft VUmc een klokkenluidersregeling.	Ja, het beoordelingsbeleid in het LUMC voorziet in het verbinden van gevolgen aan ondermaats functioneren van medewerkers. Dit is ook van toepassing op medisch specialisten.	Nee. Het beoordelingsbeleid in het UMCU voorziet in het verbinden van gevolgen aan ondermaats functioneren van medewerkers. Dit is ook van toepassing op medisch specialisten.	Nee, er wordt een methodiek ontwikkeld in samspraak RvB en medisch specialisten, streven is 4e kwartaal 2010.	Het UMC St Radboud oriënteert zich op een regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten. Op dit moment worden met de medisch specialisten jaargesprekken gehouden en is een pilot gestart rond het IFMS.	In jaargesprekken komt wel nadrukkelijk het functioneren van de medisch specialist aan de orde. Bij interne medische kwaliteitsaudits wordt wel het functioneren van de medisch specialisten mee beoordeeld.	
Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed?	Ja. Het beleid wordt toegepast elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed.							
Toelichting	De Raad van Bestuur heeft, in overweging of het raadzaam is een aparte richtlijn op te stellen t.a.v. hoe te handelen bij het vermoeden van disfunctioneren bij een medisch specialist.							

| Colofon

Colofon

Deze brochure is uitgegeven door de
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.

Met bijdragen van

AMC

Erasmus MC

LUMC

Maastricht UMC⁺

UMC Groningen

UMC St Radboud

UMC Utrecht

VUmc

Hanne Cozijn, AMC (centrale dataverzameling hoofdstuk 3)

Redactie

Dr. Bert Wiegman, AMC

Dr. Carolien Bouma, NFU

Andy Schuurmans, NFU

Eindredactie

Martine Piekhaar, NFU

Fotografie

Jaqueline Bosman, UMC Utrecht

Opmaak en druk

Drukkerij Badoux bv, Houten

Meer informatie

Voor meer informatie kunt u terecht bij de NFU,
A.P.A. Schuurmans, nfu@nfu.nl

Juni 2010

NFU-10.1959

Oudlaan 4 | Postbus 9696 | 3506 GR Utrecht | T +31 30 273 98 80 | F +31 30 273 95 32

