



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



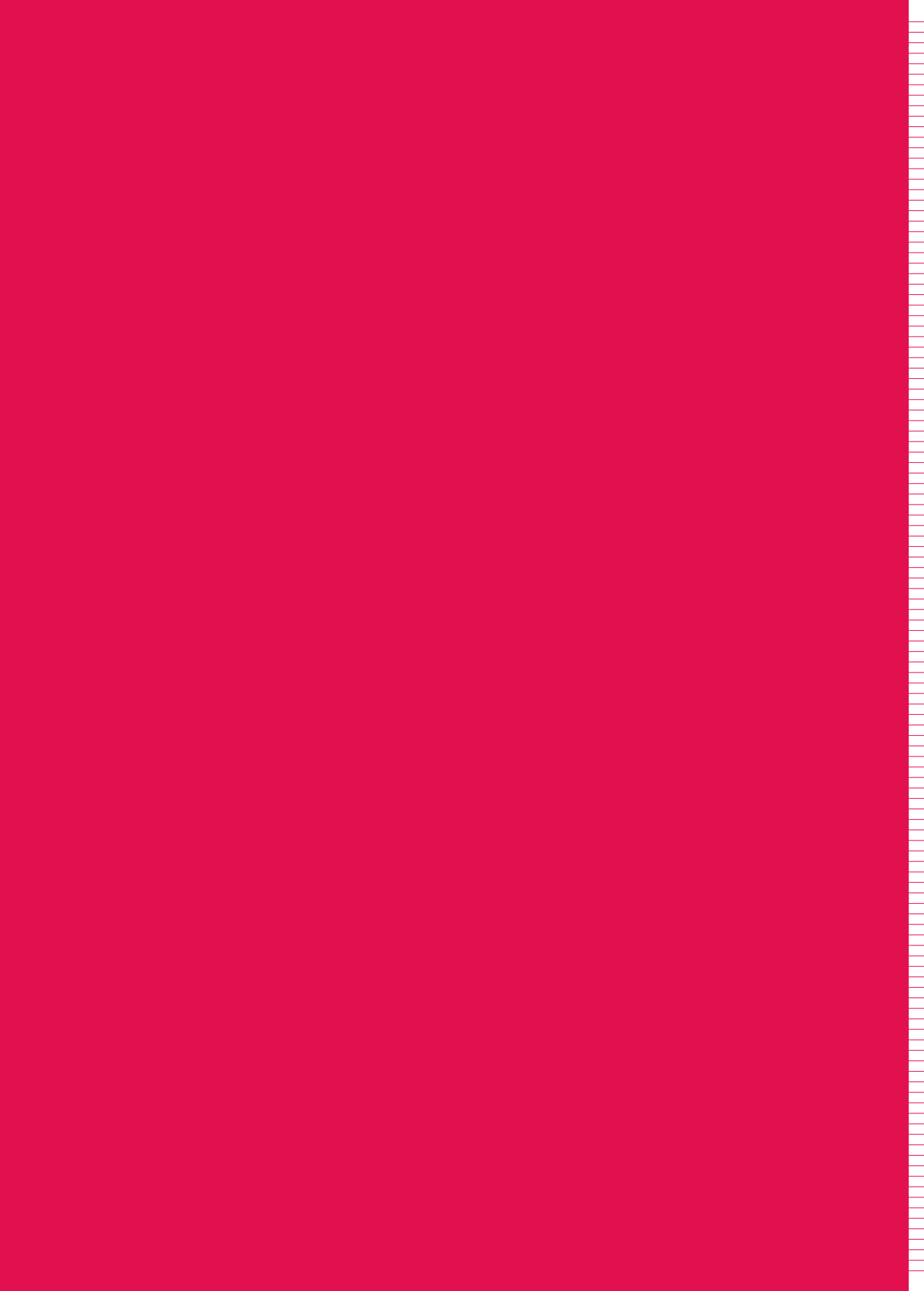
UMC's gespiegeld

PRESENTATIE VAN DE SCORES OP DE IGZ PRESTATIE-INDICATOREN

UMC's gespiegeld

PRESENTATIE VAN DE SCORES OP DE IGZ PRESTATIE-INDICATOREN

NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Voor u ligt UMC's gespiegeld, waarin de UMC's gezamenlijk hun score op de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg presenteren. De UMC's willen daarmee een bijdrage leveren aan het debat over zin en onzin, gebruik en misbruik van de basisset.

De aanleiding voor deze brochure is het toenemend gebruik van de indicatoren voor doeleinden waarvoor ze niet zijn ontwikkeld. Zo worden ze gebruikt door zorgverzekeraars bij de zorginkoop en duiken ze op als keuze-informatie voor consument en patiënt, zoals bijvoorbeeld op de site kiesbeter.nl. De NFU vindt dit een zorgelijke ontwikkeling. Zolang niet precies bekend is wat de uitkomsten betekenen, moet men voorzichtig met het gebruik van prestatie-indicatoren omgaan.

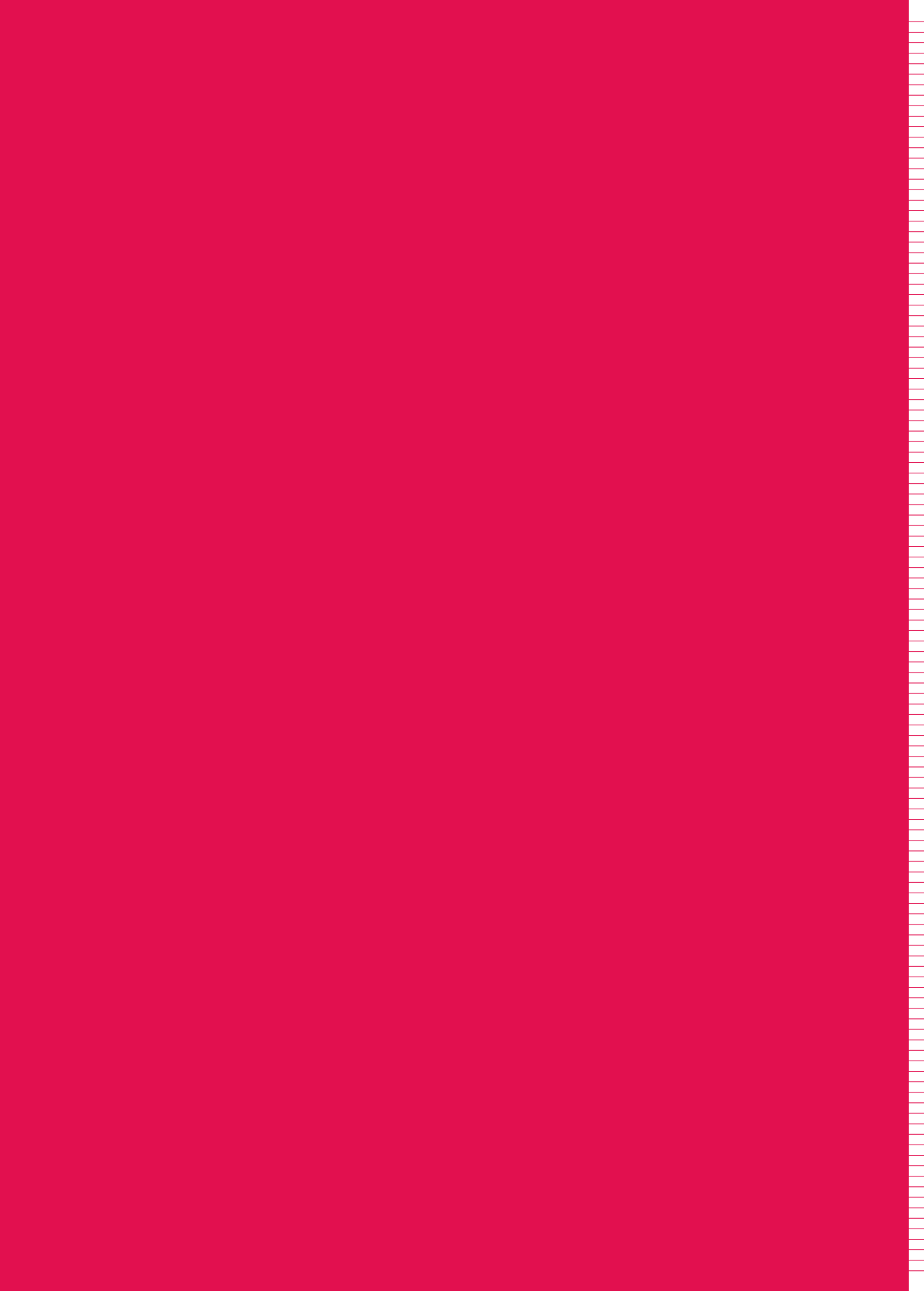
De IGZ heeft de basisset prestatie-indicatoren ontwikkeld met als doel informatie van de ziekenhuizen te verzamelen die de IGZ kan ondersteunen bij de uitvoering van haar toezicht. Dit stelt andere eisen aan de prestatie-indicatoren dan het gebruik van indicatoren voor het maken van keuzes. Voor de IGZ is de vergelijkbaarheid van resultaten tussen ziekenhuizen bijvoorbeeld maar van beperkt belang. Dit is echter wel zeer essentieel voor zorgverzekeraars en keuze-informatie.

Met het bovenstaande in het achterhoofd hebben we in deze brochure gekeken naar de prestatie-indicatoren. Voor welke doeleinden zijn de indicatoren geschikt? Waarvoor niet? En wat is er nodig om indicatoren voor de gewenste doeleinden wel geschikt te maken?

Uit de analyses blijkt dat de verschillen die worden gevonden in de resultaten tussen de UMC's over het algemeen niet zonder meer zijn terug te voeren op verschillen in kwaliteit. De verschillen in de uitkomsten worden onder andere veroorzaakt door variaties in het verzamelen van de data, een verschillende interpretatie van definities en variaties in populaties. Daarnaast is er niet altijd overeenstemming over de interpretatie van de resultaten. Welke waarde is goed, welke niet? Wat uiteindelijk het effect van bovenstaande bevindingen op de resultaten is, kan uit deze analyse niet opgemaakt worden. Daarvoor is nader onderzoek nodig. De UMC's hebben de benodigde expertise om dit onderzoek uit te kunnen voeren. De NFU is dan ook graag bereid dit onderzoek te verrichten en staat daarbij open voor alle suggesties die tot verdere verbetering kunnen leiden.

Mw. Prof. dr. L.J. Gunning-Schepers

Voorzitter Nederlandse Federatie van UMC's



Voorwoord	3
Inleiding	7
1. Decubitus	9
2. Ondervoeding	12
3. Medicatieveiligheid	15
4. Zorg ICT	16
5. Ziekenhuisinfecties	19
6. Complicatieregistratie	22
7. Pijn na een operatie	24
8. Volume van risicovolle interventies	28
9. Cholecystectomie	30
10. Ongeplande heroperaties	31
11. Afgezegde operaties	33
12. Intensive Care	36
13. Zwangerschap	38
14. Diabetes Mellitus	39
15. Cardiologie	42
16. Cerebrovasculair Accident	47
17. Heupfractuur	48
18. Mammacarcinoom	51
19. Cataract	53
20. Kinderchirurgie	55
Conclusie en discussie	57
Literatuurlijst	60
Colofon	61



Eén van de vormen van toezicht die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert, is de basisset de prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen: meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over bijvoorbeeld de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. In samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) is een basisset prestatie-indicatoren ontwikkeld die vanaf 2004 jaarlijks aan de ziekenhuizen wordt voorgelegd.

De IGZ gebruikt de resultaten van dit meetinstrument om een indruk te krijgen over het functioneren van de ziekenhuizen. Presteert een ziekenhuis in de bovenste of onderste 10%, dan is dat voor de IGZ reden om de resultaten van de betreffende indicator - 30 in totaal - kritisch te bespreken in het jaargesprek met de instelling.

Prestatiemeting in de zorg is evenwel een ingewikkelde bezigheid. Immers, zo stelt ook de IGZ “een ziekenhuis is een complexe organisatie waar diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een grote diversiteit aan aandoeningen plaatsvindt (1)”.

Bij de UMC's kunnen daar bovendien wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding nog aan worden toegevoegd.

De IGZ beschrijft in haar doelstellingen dit meetinstrument aan te wenden ter verhoging van de veiligheid en kwaliteit van de zorg, waarmee de indruk zou kunnen ontstaan dat prestatie-indicatoren tevens een kwaliteitsoordeel inhouden. Alhoewel de Inspectie expliciet bevestigt dat dit niet het geval is, worden de prestatie-indicatoren door diverse partijen, waaronder zorgverzekeraars en consumentenorganisaties, wel als zodanig gepresenteerd. Hierin schuilt het gevaar dat derden hun beslissingen gaan baseren op een geheel aan cijfers, die hiervoor niet geschikt zijn. De brief van de minister en staatssecretaris van VWS d.d. 6 juli 2007 met als onderwerp “Koers op Kwaliteit” zou eveneens als zodanig kunnen worden geïnterpreteerd.

In dit boekje zijn de resultaten van de IGZ prestatie-indicatoren 2005-2007 van de 8 UMC's naast elkaar gezet om een dialoog te openen over de waarde van de indicatoren. Voorop staat dat de NFU een voorstander is van

transparantie van gegevens, maar zij voelt ook een verantwoordelijkheid voor het onderzoeken van de betrouwbaarheid, validiteit, vergelijkbaarheid en proportionaliteit van deze indicatoren. De NFU heeft onlangs een werkgroep ingesteld met experts op het gebied van indicatoren ontwikkeling en evaluatie, die hieraan een belangrijke bijdrage kan leveren. Dit is van groot belang mede gegeven de tendens om steeds meer indicatoren te ontwikkelen (2) en aan de uitkomsten een (te) zwaar gewicht toe te kennen.

1 | Decubitus

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.

1.1 DECUBITUSREGISTRATIE

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

2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Beschikt u over systematische decubitusregistratie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Registreert u volgens LPZ	Ja	Ja	Ja	Nee*	Nee*	Ja	Ja	Ja

* UMC Utrecht registreert via het elektronisch patiënten dossier (EPD), ErasmusMC registreert met de decubitusregistratiemodule opgenomen in het zorgdossier van het EPD.

1.2 PUNTPREVALENTIE DECUBITUS ZIEKENHUISBREED

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

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Decubitusprevalentie 2005								
Prevalentie (% van opgenomen patiënten)	7,5%	7,9%	6,3%	4,0%	5,0%		10,1% *	4,3%
Decubitusprevalentie 2006								
Prevalentie (% van opgenomen patiënten)	4,6%	6,7%	5,6%	6,0%	2,3%	4,1%	10,1% *	3,3%
Decubitusprevalentie 2007								
Aantal decubitusgevallen	15	16	19	20	18	29	26	22
Aantal opgenomen patiënten	592	347	388	548	588	682	377	532
Prevalentie (% van opgenomen patiënten)	2,5%	4,6%	4,9%	3,6%	3,3%	4,3%	6,9%	4,1%

* de percentages van 2005 en 2006 uit het AZM zijn niet correct (per abuis was graad 1 decubitus meegenomen).

De resultaten van deze indicator zijn niet zonder meer met elkaar vergelijkbaar. Er wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de patiëntmix en de ligduur, terwijl bekend is dat bepaalde patiëntengroepen extra gevoelig zijn voor decubitus. Of voor de patiëntmix kan worden gecorrigeerd, bijvoorbeeld door de zogenaamde Braden score, zal nader onderzocht moeten worden. Daarnaast is het niet duidelijk of verschillen ook kunnen worden veroorzaakt door het scoren door verschillende personen.

Ook zal nader onderzocht moeten worden wat de waarde is van gradatie en anatomische locatie van decubitus.

1.3 DECUBITUSINCIDENTIE BIJ EEN HOMOGENE PATIËNTENPOPULATIE (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 gegeven wordt.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Decubitusincidentie 2005								
Decubitusgevallen	6	2			11	0	0	
Onderzochte patiënten	103	145			115	127	387	
Incidentie	6%	1%			10%	0%	0%	
Decubitusincidentie 2006								
Decubitusgevallen	6	2	0	0	4	0	0	13
Onderzochte patiënten	101	136	108	153	100	153	241	190
Incidentie	6%	1%	0%	0%	4%	0%	0%	7%
Decubitusincidentie 2007								
Decubitusgevallen	3	1	onbekend	0	2	0	5	3
Onderzochte patiënten	86	125	onbekend	116	105	192	onbekend	87
Incidentie	3%	1%		0%	2%	0%		3%

Het betreft hier kleine aantallen. De percentages moeten daarom met enige voorzichtigheid bekeken worden. De onderlinge verschillen en de verschillen over de jaren kunnen grote variatie vertonen zonder dat deze significant zijn. Het zou daarmee beter zijn de indicator te beperken tot het aantal decubitusgevallen en het aantal onderzochte patiënten.

2 | Ondervoeding

Het is bekend dat ziektegerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen vaak voorkomt (prevalentie 25-40%). De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Door deze aspecten nemen de kosten van de gezondheidszorg toe.

2.1 SCREENING VOLWASSENEN OP ONDERVOEDING BIJ OPNAME

Bij deze indicator wordt geregistreerd of er bij de screening van ondervoeding gebruik wordt gemaakt van een screeningsprotocol.

2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
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

2.2 PERCENTAGE VOLWASSEN PATIËNTEN DAT BIJ OPNAME WORDT GESCREEND OP ONDERVOEDING

Deze indicator meet het percentage patiënten dat structureel bij opname wordt gescreend op ondervoeding.

Het percentage volwassen patiënten dat wordt gescreend op ondervoeding	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Teller: aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding.	4.256	920	247	52	581	128	280	2.140
Noemer: aantal opgenomen volwassen patiënten	7.343	1.245	247	457	814	242		4.943
Percentage gescreende patiënten.	58%	74%	100%	11%	71%	59%		43%

Uit de aantallen blijkt dat de indicator in de meeste UMC's nog niet volledig is geïmplementeerd. De getallen zijn voor het merendeel gebaseerd op pilotgegevens en steekproeven. Pilots en steekproeven zijn uitgevoerd bij verschillende patiëntengroepen, waardoor de resultaten onderling (nog) niet vergelijkbaar zijn.

2.3 PERCENTAGE VOLWASSEN PATIËNTEN WAARBIJ SPRAKE IS VAN MATIGE ONDERVOEDING

De indicator meet het percentage patiënten waarbij matige ondervoeding is geconstateerd.

Het percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van matige ondervoeding	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Teller: aantal patiënten die zijn geclassificeerd als 'matig ondervoed'.	406	26	56	6	59	17	13	132
Noemer: aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding.	4.256	589	247	52	581	128	280	2.140
Percentage matig ondervoede patiënten:	10%	4%	23%	12%	10%	13%	5%	6%

Uit de aantallen blijkt dat de indicator in de meeste UMC's nog niet volledig is geïmplementeerd. De getallen zijn voor het merendeel gebaseerd op pilotgegevens en steekproeven. Pilots en steekproeven zijn uitgevoerd bij verschillende patiëntengroepen, waardoor de resultaten onderling (nog) niet vergelijkbaar zijn.

2.4 PERCENTAGE VOLWASSEN PATIËNTEN WAARBIJ SPRAKE IS VAN ERNSTIGE ONDERVOEDING

De indicator meet het percentage patiënten waarbij ernstige ondervoeding is geconstateerd.

Het percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van ernstige ondervoeding	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Teller: aantal patiënten die zijn geclassificeerd als 'ernstig ondervoed'	815	82	55	5	98	36	52	152
Noemer: aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding	4.256	589	247	52	581	128	280	2140
Percentage ernstig ondervoede patiënten	19%	14%	22%	10%	17%	28%	19%	7%

Uit de aantallen blijkt dat de indicator in de meeste UMC's nog niet volledig is geïmplementeerd. De getallen zijn voor het merendeel gebaseerd op pilotgegevens en steekproeven. Pilots en steekproeven zijn uitgevoerd bij verschillende patiëntengroepen, waardoor de resultaten onderling (nog) niet vergelijkbaar zijn.

Ongewenste interacties bij het gebruik van meerdere geneesmiddelen vormen een risico voor de patiënt. Een eerste stap om dergelijke interactiestevoorkomen, is de bekendheid met de elders voorgeschreven medicatie. Daarbij is de snelle geautomatiseerde beschikbaarheid van (ook elders) voorgeschreven en verstrekte medicatie een hulpmiddel om inzicht te krijgen in welke medicatie wordt gebruikt.

3.1 BESCHIKBAARHEID GEGEVENS OVER VOORGESCHREVEN EN VERSTREKTE MEDICATIE TIJDENS HET PATIËNTENCONTACT

Het is belangrijk dat de verschillende zorgverleners de beschikking hebben over dezelfde informatie om interacties zoveel mogelijk te voorkomen. Het geautomatiseerd beschikbaar hebben van voorgeschreven medicatie kan hierbij helpen.

2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Klinisch voorgeschreven medicatie								
Percentage van polikliniek	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%
Percentage van kliniek	100%	100%	100%	100%	100%	15%	100%	100%
In ziekenhuisapotheek	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Buiten het ziekenhuis	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Poliklinisch voorgeschreven medicatie								
Percentage van polikliniek	100%	0%	100%	50%	100%	5%	100%	0%
Percentage van kliniek	100%	0%	100%	50%	100%	5%	100%	0%
In ziekenhuisapotheek	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Buiten het ziekenhuis	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Extramuraal voorgeschreven medicatie								
Percentage van polikliniek	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Percentage van kliniek	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
In ziekenhuisapotheek	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja

* Zeven UMC's maken gebruik van op de markt beschikbare systemen, het UMC St Radboud bouwt zelf een medicatieveiligheidssysteem.

ICT speelt een rol bij het verbeteren van patiëntveiligheid, effectiviteit, efficiëntie en patiëntgerichtheid van de zorg. De mate waarin de ziekenhuizen op dit moment gebruik maken van ICT en vernieuwingen doorvoeren, varieert.

4.1 BESCHIKBAARHEID VAN ELEKTRONISCHE GEGEVENS EN PROCESONDERSTEUNENDE ICT

De indicator vraagt naar de aanwezigheid van elektronische gegevens op de afdeling en polikliniek. Daarnaast wordt gevraagd naar de aanwezigheid van procesondersteunende ICT op de afdeling en polikliniek.

Beschikbaarheid van elektronische gegevens 2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
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
Medicatiegegevens	Deels	Deels	Ja	Deels	Ja	Deels	Deels	Ja
Operatieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja
Beelden (X-foto's, CT, MRI, etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Op 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
Medicatiegegevens	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Ja
Operatieverslagen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja
Beelden (X-foto's, CT, MRI, etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Beschikbaarheid van proces ondersteunende ICT 2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Op de Polikliniek								
Elektronische medische intake	Deels	Nee	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels
Elektronische verpleegkundige intake (alleen van toepassing indien VP-spreekuur aanwezig)	Deels	Nee	Deels	Deels	Nee	Nee	Ja	Nee
Elektronische verpleegkundige decursus	Nee	Nee	Deels	Deels	Deels	Nee	Nee	Nee
Elektronische medische decursus	Deels	Nee	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels	Ja
Multidisciplinair patiënttraject planning systeem	Nee	Nee	Nee	Deels	Deels	Deels	Nee	Nee
Ordercommunicatie voor lab	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Ja	Nee	Deels
Ordercommunicatie voor medicatie	Nee	Nee	Ja	Deels	Ja	Nee	Deels	Ja
Ondersteuning bij voorschrijven	Deels	Nee	Ja	Deels	Ja	Deels	Deels	Ja
Ordercommunicatie voor klinische medicatie	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Ja
Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Deels	Nee
Ordercommunicatie voor radiologie	Nee	Nee	Deels	Ja	Nee	Deels	Nee	Deels
Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde ordersets	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Nee	Nee	Nee
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	Deels	Nee	Nee	Deels	Nee	Ja	Nee	Nee
Elektronische bewaking van het behandeltraject	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Deels	Nee	Deels
Op de kliniek								
Elektronische medische intake	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels	Nee	Deels	Nee
Elektronische verpleegkundige intake (alleen van toepassing indien VP-spreekuur aanwezig)	Deels	Ja	Deels	Deels	Nee	Deels	Deels	Nee
Elektronische verpleegkundige decursus	Nee	Ja	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels	Nee
Elektronische medische decursus	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels	Deels	Ja
Multidisciplinair patiënttraject planning systeem	Deels	Nee	Nee	Deels	Deels	Deels	Nee	Nee
Ordercommunicatie voor lab	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja
Ordercommunicatie voor medicatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Ja
Ondersteuning bij voorschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Ja
Ordercommunicatie voor klinische medicatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Deels	Ja

Beschikbaarheid van proces ondersteunende ICT 2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Deels	Nee
Ordercommunicatie voor radiologie	Nee	Nee	Deels	Nee	Nee	Deels	Nee	Deels
Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde ordersets	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Nee
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	Deels	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels	Nee	Nee
Elektronische bewaking van het behandeltraject	Nee	Deels	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels

Ziekenhuisinfecties behoren tot de veelal vermijdbare en soms ernstige complicaties van ziekenhuisopnames en ingrepen. Ze veroorzaken een verhoogde morbiditeit, opnameduur en een toename in de kosten. De kans op een ziekenhuisinfectie is groot bij alle invasieve ingrepen, operaties, beademingstubes, infusen en catheters, maar hangt ook af van de ernst van de aandoening(en) waaraan de patiënt lijdt, de soort ingreep en de ziekenhuishygiënische routines van de ziekenhuismedewerkers. Uit de literatuur blijkt dat het percentage ziekenhuisinfecties kan worden teruggebracht door gegevens over ziekenhuisinfecties te registreren, analyseren en terug te rapporteren.

5.1 SURVEILLANCE VAN ZIEKENHUISINFECTIES

Deze indicator vraagt naar de aanwezigheid van gerichte ziekenhuis-surveillance bij patiëntengroepen met een verhoogd risico.

[zie pagina 20, 21]

In de UMC's is veel aandacht voor infectiepreventie. Veel UMC's doen onderzoek naar het voorkomen van ziekenhuisinfecties met als doel op basis van de resultaten de infectiepreventie te verbeteren. In bovenstaande tabellen is geen mogelijkheid om onderzoeksactiviteiten op het gebied van infectiepreventie onder te brengen.

2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Surveilleert u ziekenhuis-infecties?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Post operatieve wondinfecties								
Via Prezies	Nee	Orthopedie	Nee	Nee	Nee	Ja	Orthopedie	
Eigen surveillance	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Risicogroep	Geopereerde patiënten en Patiënten met lumbale en ventriculaire drain	Alle chirurgische afd. behalve orthopedie	Heelkunde	Orthopedie en neuro-chirurgie	Neuro-chirurgie	THP TKP	Algemene heelkunde	heup- en knie prothese
Zijn interventies gepleegd	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Hebben interventies gewenst resultaat	Ja	nvt		Nog niet bekend	Ja			Ja
Wondinfecties na hartchirurgie								
Via Prezies	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	nee	Nee
Eigen surveillance	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja		Ja	Nee
Risicogroep	Cardiochirurgische patiënten	Cardiochirurgische patiënten	Thoraxheelkunde			CABG en/of Klep		
Zijn interventies gepleegd	Ja	Ja, in 2008	Ja	Ja	Ja, in 2008			
Hebben interventies gewenst resultaat	Ja	Ja		Nog niet bekend	Nog niet bekend			

2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Centrale lijn gerelateerde sepsis								
Via Prezies	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
Eigen surveillance	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja		Ja	Nee
Risicogroep	Patiënten met lange lijn	IC-volwassenen	IC-patiënten			Alle volwassenen IC's	IC-patiënten	
Zijn interventies gepleegd	Ja	Ja		Nee		Ja, in 2008		
Hebben interventies gewenst resultaat	Ja	Ja				Nog niet bekend		
Beademingsgerelateerde pneumonieën								
Via Prezies	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Eigen surveillance	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja		Ja	Nee
Risicogroep	IC patiënten	IC-volwassenen + IC neonaten					IC-patiënten	
Zijn interventies gepleegd	Nee	Ja						
Hebben interventies gewenst resultaat		Ja						
Blaaskatheter gerelateerde infecties								
Via Prezies	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
Eigen surveillance	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	IC-patiënten langer dan 24 beademd ikv SDD	Ja	Nee
Risicogroep	Patiënten met blaaskatheter	Inw. geneesk., Cardiochirurgie en Heelkunde						
Zijn interventies gepleegd	Nee	Ja	Ja	Nee				
Hebben interventies gewenst resultaat		Nog niet bekend						

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. Complicaties kunnen een ‘normaal’ risico van zorg zijn, maar ook het gevolg van fouten. Een complicatieregistratiesysteem geeft inzicht in de mate waarin bepaalde complicaties voorkomen en de omstandigheden waarop ze zich voordoen. Dit biedt een handvat voor bespreking van de risico’s en mogelijke verbeteringen en biedt de mogelijkheid patiënten te informeren of voor te lichten.

6.1 COMPLICATIeregISTRATIE

Deze indicator meet de aanwezigheid van een registratiesysteem. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen een landelijk en een eigen registratiesysteem. Tevens wordt gevraagd of de registratie wordt gebruikt in een systematische bespreking.

[zie pagina 23]

Voor alle specialismen geldt dat zij complicaties registreren in het medisch dossier en vrijwel alle specialismen bespreken deze complicaties. De UMC’s hanteren in veel gevallen een eigen registratiesysteem, al dan niet naast een landelijk systeem. Dit is vaak wenselijk gezien de specifieke eisen die de UMC’s hebben ten aanzien van registratiesystemen en de afwijkende patiëntenpopulatie.

Legenda tabel

- : Geen registratie omdat geen zelfstandig specialisme in betreffend UMC
- L : Volgens landelijke richtlijnen en/of landelijke registratie
- E : Eigen registratie
- 1 : Nee, de registratie wordt niet gebruikt voor bespreking in het team
- 2 : Ja, de registratie wordt ad hoc gebruikt voor bespreking in het team
- 3 : Ja, de registratie wordt maandelijks gebruikt voor bespreking in het team
- 4 : Ja, de registratie wordt wekelijks gebruikt voor bespreking in het team

Specialisme	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Algemene Chirurgie	L 4	L 4	L 4	L E 2	L E 3	L 4	L 4	L 3
Anesthesiologie	E 4	E 4	E 4	L E 4	L E 2	E 2	L 3	L 3
Cardiochirurgie	L E 4	L E 4	E 4	L 2	L 3	L 4	L 4	L 2
Cardiologie	E 3		L E 3	E 2	L E 2	L 1	L 3	L 2
Dermatologie	L 2	L 2	E 2	E 2	L E 2	L 3		E 2
Dialyse	L E 4		L 4	L E 2	L E 2	L 2	L 2	L 2
Geriatric	- - -			E 2		E 3	E 2	- - -
Gynaecologie/verloskunde	L 2	L 3	L 3	L 2	L E 2	L E 3	L 4	E 2
Hematologie	E 2	L 2	L E 3	L 2	E 2	E 4	E 3	E 2
Interne geneeskunde	L 2		L 3	L 2	E 2	E 3	L 2	
Intensive Care	E 4	E 3	L 3	E 2	L E 2	E 3	E 2	
Interventie cardiologie	E 3	E 3	E 3	E 2	L E 2		E 4	L 2
Kaakchirurgie/Mondheelkunde	E 4	L 4	L 3	L E 2	L 3	E 3		L 4
Keel/neus/oor-heelkunde	E 2	L 3	L E 3	L 2	L E 3	E 4	E 4	E 4
Kindergeneeskunde	E 2	L 2	L E 2	L 2	L 2	E 3		
Klinische Chemie	L E 2	L 2	L 2	L 2	L E 2		L 2	E 2
Klinische Oncologie	L 4		E 3	E 2	L E 2	E 2	L 4	
Klinische Pathologie	L 4	E 2	E 3	E 2	E 2	E 3	E 3	E 2
Longziekten	E 4	L 4	L 3	E 2	E 2	E 3		
Maag/darm/lever-ziekten	E 4	L 4	E 2	E 3	E 2	E 3	E 3	E 3
Medische microbiologie	E 2	L 2	L 2	E 2	E 2		E 2	E 4
Nefrologie	E 4		L 2	E 2	L 2	E 3	L E 4	E 2
Neonatologie	L 4	L 3	L E 2	L 2	L 2	L 3	L 2	L 2
Neurochirurgie	L 2	L 3	L 4	L 2	L E 2	L E 3	L E 3	L 3
Neurologie		L 3	E 3	L 2	L E 2	L 3	L E 2	E 2
Nucleaire geneeskunde			E 4	E 2	E 2	E 3	E 3	E 2
Oogheelkunde	L E 2	L 4	L 4	E 2	L E 2	L 2	L 3	L 2
Orthopedie	L 3	L 3	L 4	L 2	L E 2	L 3	L 3	E 2
Plastische chirurgie	E 2	E 4	L 2	E 2	L E 2	E 3	L 3	E 2
Psychiatrie	2	E 2	E 2	E 2	L E 3	E 3	E 2	E 2
Radiologie	L 2	E 2	E 4	E 2	E 2	E 3	E 3	L 2
Radiotherapie	L E 2	L 4	L 3	E 2	L 2	E 3	- - -	E 2
Reumatologie	E 2		L 4	E 4	E 4	L 3	E 2	
Revalidatie	E 2	E 4	E 2	L 1	L E 2	L E 4	E 2	E 2
Urologie	E 2	E 3	L 3	E 2	E 4	E 4	E 3	L 3
Vaatchirurgie	L 4	L 4	L 4	L 2	L E 2	L 4	L 4	E 4

7 | Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is van belang zowel voor het welbevinden van de patiënt als 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 (nog) niet op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke maat aanwezig.

7.1 PIJNBELEID BIJ POSTOPERatieve PATIËNTEN

In ziekenhuizen waar de uitkomst ten aanzien van postoperatieve pijn nog niet voorhanden is, is de structuurindicator voor de acute pijnservice van belang.

2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Beschikt u over een ziekenhuisbreed pijnprotocol	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beschikt u over acute pijnservice	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gebruikte pijnscore:								
1 VAS.	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
2 NRS.				Ja		Ja		

7.2 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.

Percentage gestandaardiseerde pijnmeting in 2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Aantal klinische operatiepatiënten met pijnmeting op verkoever	9.385	12.166	6.408	6.457	14.504	10.922	13.208	12.650
Totaal aantal klinische operatiepatiënten op verkoever	9.385	12.166	6.408	6.457	15.100	10.922	13.208	12.650
Percentage	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%
Aantal klinische operatiepatiënten met pijnmeting op verpleegafdeling	3.979	4.103	onbekend*	5.432	2.906**	onbekend	1.736	5.042
Totaal aantal klinische operatiepatiënten op verpleegafdeling	11.368	5.322	onbekend*	8.594	4.152**	onbekend	13.208	15.279
Percentage	35%	77%		63%	70%*		13%	33%

* Het LUMC heeft een eigen pijnbeleid dat niet goed aansluit bij de gevraagde indicatoren. Hiervoor heeft het LUMC geen centraal registratiesysteem.

** Locatie Erasmus MC-Sophia

7.3 PERCENTAGE PATIËNTEN MET OP ENIG MOMENT EEN PIJNSCORE BOVEN DE 7 IN DE EERSTE 72 UUR NA EEN 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 pijnbestrijding.

Percentage patiënten met pijnscore boven de 7 in 2007	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	onbekend	249	onbekend *	onbekend	0 **	onbekend	79	172
aantal patiënten bij wie postoperatief systematisch een pijnscore is gemeten (minimaal 6 metingen in 72 uur)	onbekend	4.103	onbekend *	onbekend	3.443 **	onbekend	1.736	2.457
Percentage patiënten met pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na de operatie		6,1%			0% **		4,6%	7,0%

- * Het LUMC heeft een eigen pijnbeleid dat niet goed aansluit bij de gevraagde indicatoren. Hiervoor heeft het LUMC geen centraal registratiesysteem.
- ** Locatie Erasmus MC-Sophia

Uit evaluatie van deze indicator blijkt dat de resultaten van deze indicator onderling niet goed vergelijkbaar zijn. De inspectie vraagt naar het percentage patiënten dat op enig moment na een operatie ernstige pijn heeft. Er bestaan geen afspraken over de wijze waarop de metingen moeten worden uitgevoerd. In Medisch Contact is onlangs een artikel verschenen waarin de wijze van meten van deze indicator nader is onderzocht (3). Hieruit blijkt dat de resultaten afhankelijk zijn van het tijdstip van meten en de condities waaronder gemeten wordt. Zo blijkt dat patiënten op de eerste dag na de operatie en tijdens inspanning (fysiotherapie) vaker ernstige pijn hebben, dan in overige situaties. Ook het meetmoment ten opzichte van toediening van medicatie blijkt effect te hebben op de uitkomsten. De onderzoekers pleiten voor een landelijk protocol voor het uitvoeren van de metingen.

Daarnaast worden er verschillende methoden voor het meten van de pijnscore gebruikt. Het is niet bekend of dit leidt tot verschillende resultaten.



Ook zijn de resultaten afhankelijk van de patiëntenmix. Het is te verwachten dat patiënten die een zware operatie hebben ondergaan vaker geconfronteerd zullen worden door ernstige pijn dan patiënten die een kleine ingreep hebben gehad. Of dit werkelijk zo is zal nader onderzocht moeten worden.

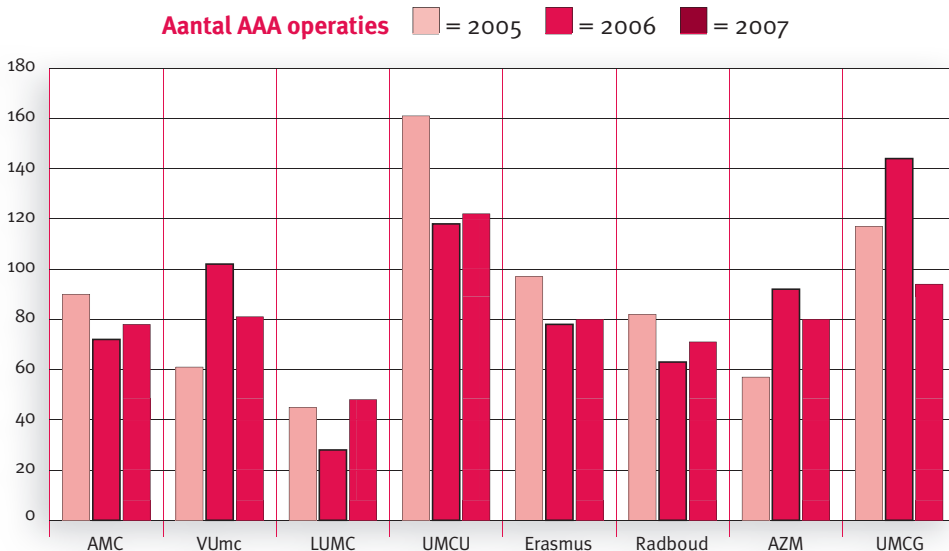
Uit bovenstaande analyse moet geconcludeerd worden dat onderlinge vergelijking van de resultaten van deze indicator op dit moment niet mogelijk is. Zolang geen afspraken gemaakt zijn over de wijze van meting en niet duidelijk is wat de invloed is van de patiëntenmix en het gebruik van verschillende meetmethoden kan de indicator niet gebruikt worden voor keuze-informatie. Ook de Inspectie is geboden voorzichtig om te gaan met de interpretatie van de resultaten.

∞ | 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 oesophagus-cardiaresecties (slokdarmaagverwijdering, hierna genoemd OCR's). Bij de handelingen in het algemeen en bij technisch gecompliceerde handelingen in het bijzonder, is het duidelijk dat hoe vaker een operatie wordt uitgevoerd, hoe kleiner de kans is dat complicaties optreden.

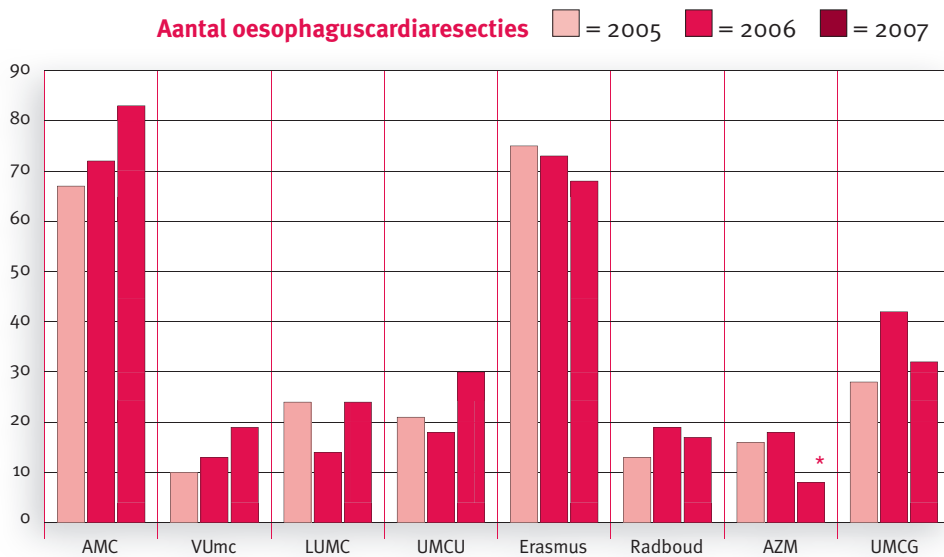
8.1 VOLUME VAN OPERATIES VAN ANEURYSMA VAN DE ABDOMINALE AORTA

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 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 aantal uitgevoerde AAA-operaties in het ziekenhuis.



8.2 VOLUME OESOPHAGUSCARDIARESECTIES

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



* In Zuid Limburg zijn centralisatieafspraken gemaakt. Het AZM heeft met omliggende ziekenhuizen afgesproken dat per medio 2007 oesophaguscardiaresecties elders geschieden.

9 | Cholecystectomie

De meest voorkomende complicatie bij een operatie aan de galwegen is gallekkage. Dit wordt veroorzaakt door beschadiging van de galwegen, het leverbed of het galblaasstompje. De kans op gallekkage is iets groter bij een laparoscopische cholecystectomie, maar is ook een bekend risico bij een open galblaasoperatie. Gallekkage leidt vrijwel altijd tot een ingrijpende nabehandeling en kan leiden tot blijvende gevolgen.

9.1 GALWEGLETSEL NA CHOLECYSTECTOMIE

De ervaring van de chirurg speelt een belangrijke rol bij het al dan niet optreden van gallekkage. Het percentage gallekkages is daarom door de IGZ opgenomen als indicator.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZIM	UIMCG
Galwegletsel 2006								
Aantal patiënten met galwegletsel	0	1	0	0	1	0	3	1
totaal aantal cholecystectomieën	122	119	107	111	187	133	248	223
Percentage	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Galwegletsel 2007								
Aantal patiënten met galwegletsel	1	2	2	0	0	0	0	1
totaal aantal cholecystectomieën	144	131	115	131	187	149	303	253
Percentage	1%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%

Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie heeft geleid tot complicaties of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg.

10.1 HEROPERATIES NA EEN COLORECTALE INGREEP

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde NVvH heeft de colorectale (dikke- en endeldarm) operaties voorgedragen als een ingreep waarvoor het goed mogelijk is van het aantal ongeplande heroperaties te meten.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Ongeplande heroperaties 2007								
Aantal ongeplande heroperaties	26	43	27	32	26	32	37	8
Aantal colorectale operaties	230	349	181	475	250	295	304	261
Percentage	11%	12%	15%	7%	10%	11%	12%	3%

Uit analyse van de resultaten blijkt dat de resultaten niet eenvoudig kunnen worden geïnterpreteerd. Dit wordt veroorzaakt door de onduidelijke definitie van de indicator. Zo is niet gedefinieerd of de patiënten bij wie de primaire operatie in een ander ziekenhuis is uitgevoerd, moeten worden meegeteld. En als ze moeten worden meegeteld, in welk ziekenhuis ze moeten worden meegeteld. Juist in de UMC's worden veel patiënten opgenomen die in eerste instantie elders zijn behandeld.

De onduidelijkheid in de definitie heeft tot gevolg, dat de indicator niet eenduidig wordt geïnterpreteerd. Daardoor is het onmogelijk de resultaten te vergelijken en is deze informatie (nog) niet te gebruiken voor keuze-informatie.

10.2 HEROPERATIES HERNIA INGUINALIS

De hernia inguinalis (liesbreuk) is een veel voorkomende, routinematige operatieve ingreep. Dit is voor de IGZ reden om het aantal heroperaties voor deze operaties op te nemen als indicator.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Heroperaties hernia inguinalis 2006								
Aantal ongeplande heroperaties	8	7	10	22	11	15	30	0
Aantal operaties hernia inguinalis	118	110	96	343	151		455	65
Percentage	7%	6%	10%	6%	7%		7%	0%
Heroperaties hernia inguinalis 2007								
Aantal ongeplande heroperaties	5	8	9	4	15	10	21	0
Aantal operaties hernia inguinalis	85	87	47	365	172	94	256	62
Percentage	6%	9%	19%	1%	9%	11%	8%	0%

De UMC's verrichten vrijwel allen relatief weinig liesbreukoperaties. De operaties die worden uitgevoerd betreffen voor een groot deel tertiaire verwijzingen. Dit betekent dat dit een complexe patiëntengroep is met een grotere kans op complicaties dan gemiddeld. Daarnaast is het evenals bij indicator 10.1 onduidelijk of heroperaties bij patiënten die initieel in een ander ziekenhuis zijn geopereerd, meegeteld moeten worden. Beide factoren betekenen dat de resultaten onderling niet vergelijkbaar zijn. De IGZ dient daar bij het gebruik rekening mee te houden. Op deze wijze zijn de indicatoren niet geschikt voor keuze-informatie.

11.1 PERCENTAGE AFGEZEGDE OPERATIES BINNEN 24 UUR VOOR EEN ELECTIEVE OPERATIE

a Oorzaak ziekenhuis

Uitstel kan een oorzaak hebben binnen de organisatie zoals de afwezigheid van chirurg of anesthesioloog, geen OK-personeel, geen (IC-)bed voor postoperatieve zorg, een spoedingreep die voorrang krijgt of onvoldoende voorbereiding van de patiënt. De mate waarin dat gebeurt, hangt samen met de wijze waarop electieve chirurgische ingrepen gepland worden en de mate waarin hierbij met ruimte voor spoedingrepen rekening wordt gehouden.

b Oorzaak patiënt

Ook kan de patiënt kort te voren afzeggen of niet verschijnen. Dit kan samenhangen met het tijdsverloop tussen planning en uitvoering van chirurgische ingrepen. Om allerlei redenen kunnen ook binnen één ziekenhuis de planning van electieve operaties en de kans op afgezegde operaties verschillen. Zo kan het planningsbeleid per specialisme verschillen.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Afgezegde operaties 2005								
Aantal zittingen	12.923	8.092	9.163	23.557	21.536	5.254	13.537	15.632
door ziekenhuis afgezegd	567	512		713	894	356	324	211
door patiënt afgezegd	215	66		332	105		331	190
Afgezegd door ziekenhuis (%)								
Afgezegd door ziekenhuis (%)	4,4%	6,3%		3,0%	4,2%	6,8%	2,4%	1,3%
Afgezegd door patiënt (%)	1,7%	0,8%		1,4%	0,5%		2,4%	1,2%
Afgezegde operaties 2006								
Aantal zittingen	13.269	11.519	9.102	18.933	22.937	16.036	13.800	16.658
door ziekenhuis afgezegd	428	546	482	677	905	946	317	384
door patiënt afgezegd	160	86	26	338	33		235	165
Afgezegd door ziekenhuis (%)								
Afgezegd door ziekenhuis (%)	3,2%	4,7%	5,3%	3,6%	3,9%	5,9%	2,3%	2,3%
Afgezegd door patiënt (%)	1,2%	0,7%	0,3%	1,8%	0,1%		1,7%	1,0%
Afgezegde operaties 2007								
Aantal zittingen	13.118	11.375	8.971	19.176	20.627	2.712*	13.754	22.700
door ziekenhuis afgezegd	478	568	222	339	844	12*	489	584
door patiënt afgezegd	191	92	185	186	93	20*	88	178
Afgezegd door ziekenhuis (%)								
Afgezegd door ziekenhuis (%)	3,6%	5,0%	2,1%	1,8%	4,1%	0,4%	3,6%	2,6%
Afgezegd door patiënt (%)	1,5%	0,8%	2,5%	0,9%	0,5%	0,7%	0,6%	0,8%

*Getallen november en december

De indicator percentage door het ziekenhuis afgezegde operaties geeft een beeld van het organisatievermogen van een ziekenhuis. Echter, de resultaten van de ziekenhuizen kunnen niet zonder meer met elkaar worden vergeleken. Er zijn factoren die de resultaten van deze indicatoren beïnvloeden, maar die niets te maken hebben met de kwaliteit van de geleverde zorg. Zo is het aandeel spoedpatiënten niet over alle ziekenhuizen gelijk verdeeld. Ziekenhuizen met een traumacentrumfunctie hebben per definitie een groter aandeel spoedpatiënten, maar ook de patiëntmix leidt tot een verschil in het aandeel spoedpatiënten. Elk ziekenhuis zal rekening houden met spoedpatiënten door hiervoor operatieruimte in te plannen. De capaciteit zal echter niet altijd toereikend zijn omdat het

aantal binnengebrachte spoedpatiënten varieert over de tijd. Het valt dus niet te voorkomen dat spoedpatiënten de plaats innemen van geplande operaties. Hoeveel dit voorkomt hangt af van het aandeel spoedpatiënten. Een ander aspect dat het aantal afgezegde operaties beïnvloedt is de uitloop van operaties. Bij standaardizingrepen zal de operatietijd over het algemeen goed kunnen worden ingeschat. Maar juist in de UMC's worden vele operaties uitgevoerd die niet standaard zijn. Daardoor kan vooraf niet altijd een goede inschatting van de operatietijd worden gemaakt en is het onvermijdelijk dat een deel van de operaties uitloopt. Dit kan tot gevolg hebben dat de laatste operatie van de dag afgezegd wordt.

Nu zijn bovengenoemde uitlooprisico's te vermijden door extra tijd in te plannen voor de operaties. Hierdoor zal een ziekenhuis uitstekend presteren op bovengenoemde indicator. Voor een gezonde bedrijfsvoering is dit echter niet gewenst.

In de praktijk zullen bij de beoordeling van de resultaten van deze indicator bovengenoemde elementen in ogenschouw genomen moeten worden. Als dit gebeurt, voldoet deze indicator voor het houden van toezicht. Ook kan de indicator ziekenhuizen helpen met het doorvoeren van verbeteringen. Maar de indicator voldoet op dit moment niet voor het gebruik van keuze-informatie.

De indicator percentage door de patiënt afgezegde operaties is lastig te interpreteren, omdat geen onderscheid wordt gemaakt in de reden van de afzegging. Een gedeelte van de afzeggingen door de patiënt wordt veroorzaakt doordat de patiënt ziek is. Een andere, mogelijke, oorzaak kan zijn dat de operatie op te korte termijn wordt gepland. Hierover is echter weinig bekend.

Op een IC-afdeling worden patiënten opgenomen bij wie de vitale functies gestoord of ernstig bedreigd zijn 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.

12.1/2 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 I aan een basis IC- of HC-afdeling. Bij visitatie van de IC-afdeling wordt nagegaan welk niveau aan de IC kan worden toegekend.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Levelindeling	III	III	III	III	III	III	III	III
Bij visitatie bevestigd	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

12.3 TOTAAL AANTAL FTE INTENSIVISTEN BESCHIKBAAR VOOR DE IC-AFDELING

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Totaal aantal intensivisten								
Aantal intensivisten 2005	20,2	15,8						17
Aantal intensivisten 2006	22,7	15,1	13,45*	28	36	16	23	16
Aantal intensivisten 2007	22,5	15,9	21,8	27,7	36,1	17,7	10,2	17

*Excl. kinderintensivisten

12.4 BEADEMINGSDAGEN PER PATIËNT OP EEN IC-AFDELING

Het totale 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 zorgzwaarte.

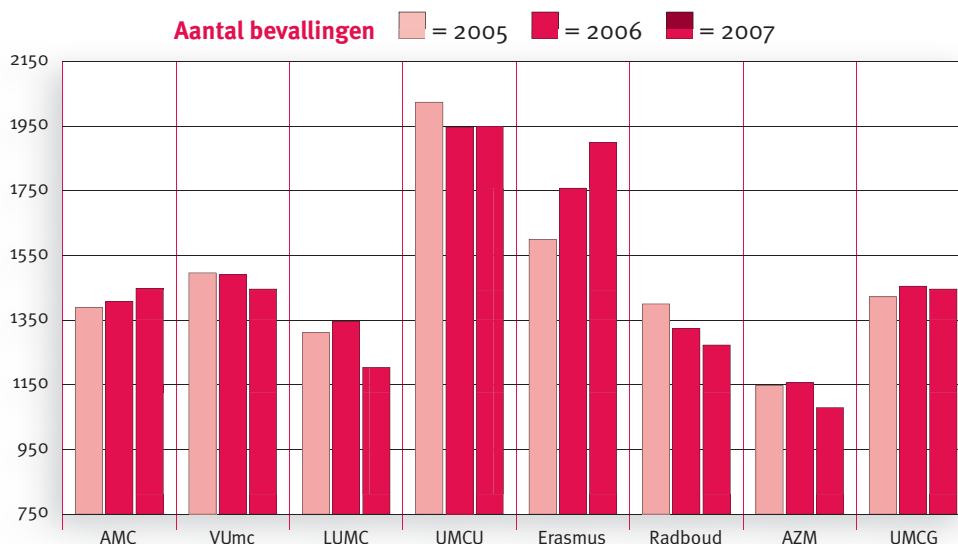
	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Niet postoperatief								
Aantal patiënten < 72 uur beademd	501	104	167	179	723	261	130	228
Aantal patiënten tussen 72 en 120 uur beademd	109	51	44	47	119	65	22	72
Aantal patiënten meer dan 120 uur beademd	231	150	99	151	351	212	64	111
Totaal aantal beademingsdagen niet postoperatief	4583	3275	2367	2329	7244	3979	2376	2330
Postoperatief								
Aantal patiënten < 72 uur beademd	177	241	247	191	433	235	120	163
Aantal patiënten tussen 72 en 120 uur beademd	17	39	38	17	6	25	19	37
Aantal patiënten meer dan 120 uur beademd	45	122	103	65	10	112	61	171
Totaal aantal beademingsdagen postoperatief	936	2800	2659	1249	644	2109	2225	4068
Postoperatief cardiochirurgisch								
Aantal patiënten < 72 uur beademd	535	517	536	729	754	621	868	75
Aantal patiënten tussen 72 en 120 uur beademd	23	9	42	8	26	8	29	19
Aantal patiënten meer dan 120 uur beademd	42	44	61	40	58	23	67	99
Totaal aantal beademingsdagen postoperatief cardiochirurgisch	1792	1550	2548	813	1990	1412	2505	1900
Kinderen								
Aantal patiënten < 72 uur beademd	130	76	167	253	467	288	80	213
Aantal patiënten tussen 72 en 120 uur beademd	50	25	60	49	151	41	15	90
Aantal patiënten meer dan 120 uur beademd	148	64	453	142	395	95	42	162
Totaal aantal beademingsdagen kinderen	3828	1267	4511	2115	9029	1708	751	4107

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.

13.1 HET PERCENTAGE UITGEVOERDE BEVALLINGEN MET EEN KEIZERSNEDE IN VERHOUDING TOT HET VERWACHTE PERCENTAGE (VOKS-PERCENTIEL)

De 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 40e VOKS-percentiel bevindt, zullen 60 procent van de praktijken op dezelfde populatie vaker een keizersnede doen en 40 procent minder vaak.

VOKS-percentiel		AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
2005	Primair	59	58	14	87	52	12		22
	Secundair	89	77	9	41	81	10		48
2006	Primair	67	60	13	73	73	13	87	17
	Secundair	90	80	13	43	57	11	76	43
2007	Primair	50	70	13	76	57	14	93	35
	Secundair	68	79	21	37	58	10	56	66



14 | Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus is een stofwisselingsziekte waarbij een relatief of absoluut 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/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 het realiseren van een optimale afstemming tussen de verschillende organisaties en zorgverleners.

14.1 GEÏNTEGREERDE DIABETESZORG

Er is sprake van geïntegreerde diabeteszorg wanneer er duidelijke werkafspraken en taakomschrijvingen zijn voor de betrokken instellingen en hulpverleners bij diabeteszorg en er een casemanager of coördinator voor de patiënt is aangewezen. Hierbij is het wenselijk dat er één regionale (elektronische) registratie bestaat, die toegankelijk is voor alle hulpverleners en op alle locaties. Kenmerken van geïntegreerde diabeteszorg zijn opgenomen in onderstaand schema.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Sprake van geïntegreerde diabeteszorg?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

14.2 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 hiervoor door de IGZ als maat gebruikt.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
2006								
Som van alle HbA1C waardes	9.228	38.427		74.267	29.876	74.818	21.220	39.676
Aantal HbA1C bepalingen	1.092	5.003		11.016	3.728	10.249	2.557	4.660
Aantal patiënten bij wie HbA1C bepaling is verricht	426	2.354			941	3.013	891	1.617
Gem HbA1C waarde per bepaling	8,6	7,7	7,8	6,7	8,0	7,3	8,3	8,0
Gem aantal HbA1C metingen per patiënt	2,6	2,1	1,3	1,7	4,0	1,7	2,9	2,9
2007								
Som van alle HbA1C waardes	15.332	36.685	27.737	78.174	23.200	40.134	29.528	34.689
Aantal HbA1C bepalingen	1.882	4.758	3.640	11.823	2.960	5.093	3.669	4.401
Aantal patiënten bij wie HbA1C bepaling is verricht	684	2.320	854*	6.900	1.124	1.498	1.270	1.488
Gem HbA1C waarde per bepaling	8,0	7,7	7,6	6,6	7,8	7,9	8,0	7,9
Gem aantal HbA1C metingen per patiënt	2,6	2,1		1,7	2,6	3,4	2,9	3,0

* Type 1

14.3 OOGHEELKUNDIGE CONTROLE BIJ DIABETES

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

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZIM	UJMG
2007								
Totaal aantal bij internist bekende diabetespatiënten	1.445	2.035	1.815	1.200	1124	152 *	1.270	702
aantal bij internist bekende diabetes pat met fundusscopie of fundusfotografie	1.272	1.360	1.062	1.200	onbekend **	119	1.193	669
Percentage	88,0%	66,8%	58,5%	100%		78%	94%	95%

* steekproef

** Het Erasmus MC kan in 2007 de resultaten niet leveren in verband met een registratieprobleem.

De IGZ gaat uit van een jaarlijkse screening. Dit is niet conform de richtlijnen, die een oogheelkundige controle eens in de twee jaar wenst. Bovendien is in de eerste vijf jaar na diagnose oogheelkundige controle vaak niet geïndiceerd. Ook vindt niet bij alle diabetespatiënten de oogheelkundige controle in het eigen UMC plaats. Daarmee is de waarde van deze indicator beperkt.

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.

15.1 STERFTE IN HET JAAR NA EERSTE ADMINISTRATIEF CONSULT (EAC)

OP DE POLIKLINIEK CARDIOLOGIE

Adequate diagnostiek en behandeling spelen een rol bij de kans op (gezond) overleven.

Hiervoor dient de poliklinische zorgketen optimaal georganiseerd te zijn. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVC) stelt dat de sterfte in het Jaar na een eerste polikliniekbezoek aan de cardioloog, het eerste administratief consult, een indicator is voor de kwaliteit van de poliklinische zorg voor patiënten met (verdenking op) een cardiovasculaire aandoening. Dit is een 2-jaars indicator, waarvan nu het eerste jaar is geregistreerd. De indicator is daarom niet opgenomen.

15.2 30-DAAGSE MORTALITEIT OF ZIEKENHUISSTERFTE NA OPNAME VOOR EEN AMI

Een acuut myocardinfarct (AMI) is de belangrijkste oorzaak van overlijden onder patiënten met een hartvaatziekte. 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.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
AMI 2006								
aantal patiënten jonger dan 65 Jaar waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld, overleden binnen 30 dagen na de eerste opnamedag (steeds 30 dagen terugkijkend).	14		2		9	5	12	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 t/m 31 december.	405		203		148	201	280	215
Sterfte 30 dagen patiënten jonger dan 65 Jaar	3%		1%		6%	2%	4%	2%
aantal patiënten van 65 Jaar en ouder waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld, overleden binnen 30 dagen na de eerste opnamedag (steeds 30 dagen terugkijkend).	14		10		12	17	29	18
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 t/m 31 december.	303		148		97	206	260	187
Sterfte 30 dagen patiënten 65 Jaar en ouder	5%		7%		12%	8%	11%	10%
AMI 2007								
aantal patiënten jonger dan 65 Jaar waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld, overleden binnen 30 dagen na de eerste opnamedag (steeds 30 dagen terugkijkend).	3	11	2	4	10	5	5	2
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 t/m 31 december.	346	195	221	174	315	237	273	238
Sterfte 30 dagen patiënten jonger dan 65 Jaar	1%	6%	1%	2%	3%	2%	2%	1%
aantal patiënten van 65 Jaar en ouder waarbij tijdens de opname AMI is vastgesteld, overleden binnen 30 dagen na de eerste opnamedag (steeds 30 dagen terugkijkend).	1	14	5	10	20	15	22	15
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 t/m 31 december.	247	153	125	148	237	231	261	205
Sterfte 30 dagen patiënten 65 Jaar en ouder	0%	9%	4%	7%	8%	6%	8%	7%

De resultaten zijn niet onderling vergelijkbaar. Zoals de IGZ ook aangeeft kunnen er grote verschillen in de mortaliteit na een AMI ontstaan door regionale verschillen in de behandeling van patiënten (wel/niet direct verwijzen naar een interventie-centrum).

15.3 HARTFALENPOLI

Patiënten met chronisch hartfalen hebben baat bij intensieve begeleiding die verder gaat dan alleen de medische zorg. Om die reden zijn hartfalenpoli's ontwikkeld, waarin de diverse deskundigen participeren, de benodigde onderzoeksfaciliteiten aanwezig zijn en de mogelijkheid bestaat al tijdens de opname een intensieve begeleiding te starten.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
2007								
Beschikt u over een hartfalenpoli	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
A Nazorg								
Medische controle binnen 1 maand na ontslag	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bezoek bij hartfalenverpleegkundige binnen 2 weken na ontslag	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	
Vaste momenten van herevaluatie met de patiënt	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Laagdrempelige mogelijkheid voor patiënt tot telefonisch contact met contactpersoon (= hartfalenverpleegkundige)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Verpleegkundig spreekuur	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
B Snelle signalering van verslechtering								
Waarschuwen door de patiënt zelf als toestand achteruit gaat (patiënt weet wanneer dit het geval is)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Patiënt krijgt ontslag brief mee met medische en verpleegkundige informatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Goede afspraak wie voor patiënt bereikbaar is (naam en telefoonnummer)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
C Patiëntenvoorlichting en instructie								
Welk programma gebruikt u om lifestylechanges te registreren/monitoren?			Miss-ion		Dos-sier	verpl. / medisch dossier	Dos-sier	
Voorlichtingsmateriaal van de Hartstichting	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Eigen voorlichtingsmateriaal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
D Wie is verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg?								
Cardioloog	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hartfalenverpleegkundige	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

15.4 HEROPNAME VOOR HARTFALEN

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

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Hartfalen 2005								
Heropname hartfalen < 75 jr	16%	6%	4%	4%	20%	0%	17%	9%
Heropname hartfalen ≥ 75 jr	6%	5%	7%	12%	13%	5%	18%	12%
Hartfalen 2006								
Aantal opnames < 75 jr	131	110	229	109	74	223	126	436
Heropnames < 75 jr	13	5	21	8	17	22	18	29
Aantal opnames ≥ 75 jr	111	97	56	71	17	72	329	156
Heropnames ≥ 75 jr	12	2	2	3	2	21	52	12
Heropname hartfalen < 75 jr	10%	5%	9%	7%	23%	10%	14%	7%
Heropname hartfalen ≥ 75 jr	10%	2%	4%	4%	12%	18%	16%	8%
Hartfalen 2007								
Aantal opnames < 75 jr	135	47	51	144	66	275	186	326
Heropnames < 75 jr	18	9	2	16	11	27	25	25
Aantal opnames ≥ 75 jr	108	68	28	91	13	97	282	193
Heropnames ≥ 75 jr	4	9	2	11	3	11	34	9
Heropname hartfalen < 75 jr	13%	19%	4%	11%	17%	10%	13%	8%
Heropname hartfalen ≥ 75 jr	4%	13%	7%	12%	23%	11%	12%	5%

De IGZ geeft aan dat het percentage heropnames een indicator is voor het succes van de behandeling bij hartfalen. De vraag is of deze relatie zo duidelijk is. De resultaten van deze indicator zijn moeilijk interpreteerbaar. Door ziekenhuizen wordt niet overal eenzelfde beleid gevoerd ten aanzien van de opname. Er zijn ziekenhuizen die alleen de ernstige patiënten op de verpleegafdeling opnemen. De minder ernstige patiënten worden via de (hartfalen)poli behandeld. Deze patiënten worden bij de indicator niet meegeteld. De kans op heropname is groter bij ernstige patiënten en het beleid ten aanzien van opname zou bij de beoordeling van de resultaten meegenomen moeten worden.

Daarnaast wordt geen rekening gehouden met het aantal overleden patiënten, wat de resultaten verder vertekent.

Ook is er onduidelijkheid over de definitie van de indicator. Indien heropname in een ander ziekenhuis plaatsvindt dan de initiële opname wordt deze niet meegenomen in het initiële ziekenhuis. Dit zou wel moeten.

Geconcludeerd kan worden dat de resultaten moeilijk interpreteerbaar zijn en onderling niet vergelijkbaar. De waarde van de resultaten voor de inspectie is daarmee onduidelijk. De resultaten zijn in deze vorm niet bruikbaar als keuze-informatie. Daarnaast is het überhaupt de vraag of deze indicator geschikt is voor keuze-informatie, aangezien het om acute patiënten gaat.

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

16.1 STROKE SERVICE/STROKE UNIT

De organisatie van de acute opvang is bij de behandeling van CVA van groot belang. Uit de literatuur blijkt dat de mortaliteit bij CVA-patiënten afneemt door behandeling in een stroke unit vergeleken met opname op een neurologische of algemene interne afdeling. Dit is voor de IGZ reden te vragen naar de organisatie van de behandeling van CVA.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Beschikt ziekenhuis over stroke service?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Beschikt ziekenhuis over stroke unit?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

17 | Heupfractuur

Bij personen jonger dan 50 jaar komen heupfracturen weinig voor en meestal alleen na een trauma. Op latere leeftijd (boven de 65 jaar) treden heupfracturen steeds vaker op na een val. In 2005 werden bijna 18.000 patiënten met een heupfractuur in het ziekenhuis opgenomen, waarvan 15.502 personen van 65 jaar en ouder.

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

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 die binnen 24 uur wordt geopereerd.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Heupfractuur per ASA klasse 2005								
Percentage operaties binnen 1 dag (ASA1-2)	88%	*	89%	83%	83%	86%	87%	88%
Percentage operaties binnen 1 dag (ASA3-4)	65%	*	79%		65%		87%	
Heupfractuur per ASA klasse 2006								
Percentage operaties binnen 1 dag (ASA1-2)	91%	80%	94%	63%	89%	100%	78%	82%
Percentage operaties binnen 1 dag (ASA3-4)	67%	69%	73%		83%	85%	78%	71%
Heupfractuur per ASA klasse 2007								
operatie binnen 1 kalenderdag (ASA 1-2)	26	56	34	12	27	50*	79	20
patiënten > 65 Jaar met heupfractuur (ASA 1-2)	29	88	41	18	32	58*	104	22
Percentage operaties binnen 1 dag (ASA1-2)	89,7%	63,6%	82,9%	66,7%	84,4%	86%	76,0%	90,9%
operatie binnen 1 kalenderdag (ASA 3-4)	35	51	32	7	21		76	40
patiënten > 65 Jaar met heupfractuur (ASA 3-4)	47	77	40	15	24		114	50
Percentage operaties binnen 1 dag (ASA3-4)	74,5%	66,2%	80,0%	46,7%	87,5%		66,7%	80,0%

*Indeling tussen ASA1-2 en ASA3-4 onbekend

Uit onderzoek is bekend dat de tijd die verstrijkt tussen het moment van opname en het moment van operatie van invloed is op de uitkomst van de behandeling. Hoe meer tijd er ligt tussen de opname en de operatie,

des te groter de kans is op complicaties, zoals decubitus, problemen met de bloedstolling en zelfs sterfte. De vraag is echter wat de optimale wachttijd is. De Inspectie gebruikt een periode van 24 uur als maximum. Hoe meer oudere patiënten met een gebroken heup binnen die tijd worden geopereerd, des te beter heeft het ziekenhuis de spoedzorg voor heupfracturen georganiseerd is de interpretatie van de Inspectie. Hoe snel een patiënt geopereerd kan worden, hangt echter sterk af van zijn conditie. En van allerlei andere omstandigheden, zoals complicaties en co-morbiditeit. Per patiënt moet dus bekeken worden wat voor hem de optimale tijd is.

Juist in de UMC's is er met zekere regelmaat sprake van meerdere aandoeningen naast de heupfractuur welke eerst behandeling behoeven om de kwaliteit van de heupbehandeling te optimaliseren.

De resultaten van de indicator kunnen daarmee niet zondermeer onderling vergeleken worden en zijn daarmee op deze wijze niet geschikt voor keuze-informatie.

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. De diagnostiek en behandeling dienen optimaal te worden uitgevoerd met waarborgen voor de kwaliteit. Verschillende behandelingsmodaliteiten moeten goed op elkaar worden afgestemd.

18.1 DIFFERENTIATIEBELEID

Bij de chirurgische behandeling van kanker is de ervaring van de chirurg van belang voor de kans op overleving. Daarnaast blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat ook de omvang van het ziekenhuis een rol speelt. Uit onderzoek blijkt dat de 5-jaars overleving 7-9% hoger is in ziekenhuizen met meer dan 70 ingrepen per jaar dan in ziekenhuizen waar minder dan 35 ingrepen per jaar gedaan worden. 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%.

Differentiatiebeleid	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Aantal "mamma"chirurgen	2	3	5	6	4	3	3	2
Totaal aantal chirurgen	19	20	21	23	23	25	22	
Aantal patiënten bij wie mammacarcinoom is behandeld	46	157	95	88	152	115	156	75

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.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Aantal patiënten waarbij kankerweefsel is achtergebleven	4	7	8	9	13	4	11	29
Aantal patiënten bij wie niet bekend is of weefsel is achtergebleven	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal aantal patiënten met eerste borstsparende operatie	46	102	59	55	53	38	75	75

De Inspectie geeft aan dat volgens de NABON-norm tenminste 90 procent van de mammasparende operaties volledig radicaal moet zijn, zodat geen heroperatie noodzakelijk is. Er is evenwel een tendens om steeds borstsparender te opereren. In een groot aantal gevallen blijkt dit voldoende te zijn. Patiënten waarbij het niet voldoende blijkt te zijn krijgen een re-excisie of een borstampuatie. Landelijk blijkt overeenstemming te zijn over aanpassing van de norm. Dit blijkt uit een onlangs uitgebrachte NABON-nota, waarin wordt gesteld dat er sprake mag zijn van 20-30% irradicaliteit.

In feite is deze indicator een indirecte kwaliteitsparameter. De uitkomst is afhankelijk van de nauwkeurigheid van de patholoog, of gebruik wordt gemaakt van specimen radiologie, of er altijd een MRI wordt verricht, en of de nabehandeling altijd en juist wordt gegeven. Voor een goede uitkomstmaat zou gekeken moeten worden naar het aantal recidieven en de sterfte na borstsparende ingrepen. Deze zouden afgezet moeten worden tegen de PA-rapportage.

19 | Cataract

Wereldwijd worden blindheid en visuele beperkingen voor ongeveer 50% 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 verholpen worden 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.

19.1 REGISTRATIE OPERATIEVE DATA

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

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Houdt u bij cataractoperaties een complicatieregistratie bij?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
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	Nee	Ja	Ja
Toelichting (welk registratiesysteem):	NOG	NOG en Breebaart	NOG	NOG	NOG		CPO	CPO
Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor per-operatieve data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Toelichting (welk registratiesysteem):	NOG	NOG en Breebaart	NOG	NOG	NOG		CPO	CPO
Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor post-operatieve data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Toelichting (welk registratiesysteem):	NOG	NOG en Breebaart		NOG	Holladay database		CPO	CPO

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 oogoperatie 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.

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Teller: 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	109	104	145	100	59	48	371	176
Noemer: Totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar	118	110	148	100	60	51	375	178
Percentage (excl patiënten 50 jaar en jonger)	92%	95%	98%	100%	98%	94%	99%	94%

Routineoperaties, zoals een blinde darm operatie, kunnen in principe in alle ziekenhuizen worden uitgevoerd.

20.1 POSTOPERATIEVE OPNAMEDUUR NA BLINDEDARM OPERATIE BIJ KINDEREN (TOT 15 JAAR)

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

	AMC	VUmc	LUMC	UMCU	Erasmus	Radboud	AZM	UMCG
Blindedarm bij kinderen 2006								
Totaal aantal opnames van kinderen tot 15 Jaar wegens blindedarm operatie?	39	16	37	18	16	24	26	37
Wat is voor deze groep patiënten de ligduur (in aantal dagen: dag van ontslag - dag van operatie):								
Minimum ligduur	0	2	2	2	0	1	0	1
Gemiddelde ligduur	7,7	6,8	4,4	5,2	3,9	3,0	3,4	4,0
Maximum ligduur	99	32	15	14	22	4	13	16
Mediaan ligduur	4	3,5	3	4	3	3	2	3
Blindedarm bij kinderen 2007								
Totaal aantal opnames van kinderen tot 15 Jaar wegens blindedarm operatie?	37	22	36	14	17	25	35	32
Wat is voor deze groep patiënten de ligduur (in aantal dagen: dag van ontslag - dag van operatie):								
Minimum ligduur	1	1	2	2	1	1	2	1
Gemiddelde ligduur	5,5	4,7	3,3	4,4	3,0	5,2	3,9	4,0
Maximum ligduur	37	12	8	8	12	12	7	22
Mediaan ligduur	3	3,5	3	3	2	4	3,5	2-3

De Inspectie geeft in de toelichting op deze indicator aan dat de postoperatieve ligduur mogelijk gerelateerd is aan de kwaliteit van zorg (i.e. complicaties), maar dat de wijze waarop dit gerelateerd is nader onderzocht moet worden. Deze toelichting geeft al aan dat voorzichtig omgegaan moet worden met de resultaten, omdat niet duidelijk is wat de resultaten betekenen. Als naar de resultaten van de UMC's wordt gekeken valt op dat de maximum ligduur een grote variatie vertoont. Wordt dit veroorzaakt

door een verschil in kwaliteit van de geleverde zorg of door de moeilijke patiëntengroep? Bekend is dat de UMC's de moeilijke patiënten krijgen doorverwezen van de algemene ziekenhuizen. Daarbij gaat het veelal om jongere kinderen. Die hebben vaker een geperforeerde blinde darm met meer complicaties. Daardoor is de verwachting dat de resultaten van de UMC's voor deze indicator slechter zullen zijn dan die voor de algemene ziekenhuizen. Maar hoeveel slechter is onbekend en daarmee kan het onderscheid met de kwaliteit van de geleverde zorg niet meer gemaakt worden. Een ander aspect dat de resultaten kan beïnvloeden is het aantal onnodig verwijderde blinde darmen. In theorie is het voor de resultaten op deze indicator heel gunstig om veel blinde darmen onnodig te verwijderen, omdat die kinderen weer snel naar huis kunnen.

Geconcludeerd wordt dat de resultaten van deze indicator met grote voorzichtigheid bekeken moeten worden. Aangezien niet bekend is wat de relatie is tussen de resultaten en de kwaliteit van de geleverde zorg kan deze indicator niet gebruikt worden voor onderlinge vergelijking tussen de ziekenhuizen.

Vooral ten aanzien van de vergelijkbaarheid van de resultaten betwijfelt de NFU of de basisset prestatie-indicatoren wel voldoet aan de te stellen hoge kwaliteitscriteria. Er worden opmerkelijke verschillen geconstateerd, die niet simpelweg zijn terug te voeren op verschil in de kwaliteit van de geleverde zorg.

DATAVERZAMELING

Bij een aantal indicatoren blijkt dat de wijze van dataverzameling niet op eenduidige wijze heeft plaatsgevonden.

- er worden verschillende methoden gehanteerd (decubitusmetingen), of
- er wordt bij verschillende populaties gemeten (pijnmetingen), of
- de metingen betreffen subjectieve waardeoordelen omdat er verschillende methoden worden gehanteerd, of
- de indicator is nog niet in alle UMC's geïmplementeerd (Ondervoeding), maar verkeert nog in de pilotfase of wordt steekproefsgewijs toegepast.

Behoudens publicatie in het Jaarverslag van de instelling en derhalve controle door de accountant, bestaan er geen uitspraken en richtlijnen over een uniforme controle op de juistheid van de gegevens, noch over de wijze van controle van de gepresenteerde cijfers.

DEFINITIE

Een ander geconstateerd probleem zijn de definities; deze zijn niet altijd eenduidig.

De indicator ongeplande colorectale heroperaties geeft onvoldoende aan om welke operaties het gaat. Moeten de patiënten bij wie de primaire operatie in een ander ziekenhuis is uitgevoerd, worden meegeteld? Juist in de UMC's worden veel patiënten geopereerd die in eerste instantie elders zijn behandeld.

PATIËNTENPOPULATIE

De UMC's hebben vaak te maken met complexe patiëntengroepen en er is veelvuldig sprake van co-morbiditeit. De prestatie-indicatoren geven geen beeld van de variatie in de patiëntenpopulatie en een vergelijking van de resultaten tussen de ziekenhuizen zondermeer is daarom niet in overeenstemming met de werkelijkheid. Voor een groot aantal parameters

zou moeten worden onderzocht of dit op te lossen is met case-mix correctie.

Het nieuwe zorgstelsel heeft het risico in zich dat wordt geconcurrereerd op prijs met als mogelijk neveneffect dat risicovolle patiënten in toenemende mate door de algemene ziekenhuizen worden doorgestuurd naar de UMC's die op hun beurt als tertiair centrum niet meer kunnen doorverwijzen. Indicatoren die zijn gebaseerd op mortaliteit laten daarom wisselende resultaten zien. Vaak gaat het hier om kleine aantallen, waardoor fluctuaties over de jaren voorkomen die niet als maat voor de geleverde kwaliteit kunnen dienen.

VERGELIJKBAARHEID

De indicator 'percentage patiënten met een heupfractuur binnen één kalenderdag geopereerd' zou een vergelijkbare parameter zijn wanneer de patiënten enkel en alleen voor de behandeling van de heupfractuur zouden worden opgenomen. Maar juist in de UMC's is er met zekere regelmaat sprake van meerdere aandoeningen naast de heupfractuur die eerst behandeling behoeven om de kwaliteit van de heupoperatie te optimaliseren. Bovendien moet er een bijzonder goede reden zijn om buiten kantoortijden te opereren, daar mortaliteit en morbiditeit voor heupoperaties buiten kantoortijden een factor 2,5 keer hoger ligt (4).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderkent dat de indicatoren (nog) niet voldoen aan de noodzakelijk geachte vereisten en heeft onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de IGZ indicatoren. Dit onderzoek toont onomstotelijk aan dat nog veel werk zal moeten worden verricht alvorens tot een gegarandeerde betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid te kunnen komen.

In de huidige vorm zijn de indicatoren vooralsnog een zinvol instrument voor instellingen om zichzelf in de tijd te vergelijken, maar niet geschikt om als benchmark-instrument te gebruiken tussen de (academische) instellingen, gelet op de bovenvermelde, geconstateerde tekortkomingen. Daarbij moet worden aangetekend dat administratieve handelingen een toenemende tijdbelasting zullen vormen die steeds moet worden meegewogen bij het introduceren van nieuwe en continueren van bestaande meetinstrumenten.

Hoewel de huidige basisset prestatie-indicatoren niet werd ontwikkeld voor andere betrokkenen in de zorg (zoals consumenten en zorginkopers) worden de resultaten gepubliceerd op Kiesbeter.nl en gebruikt in en door de media. Het verdient aanbeveling de wijze van presentatie van deze gegevens nog eens onder de loep te nemen. Voor de meeste indicatoren geldt immers dat het op basis van het beperkt ordenend vermogen niet wenselijk is om een nadere indeling te maken in categorieën (sterren, ranking). Hiermee zou gemakkelijk een beeld kunnen ontstaan dat er wel degelijke sprake is van betekenisvolle verschillen, terwijl de praktijk aantoont dat dit doorgaans niet het geval is.

Recent onderzoek uit de Verenigde Staten van Amerika (5) laat zien dat de hier boven geschetste problematiek zich niet alleen in Nederland voordoet.

Gesteld kan worden dat, hoewel er al veel inspanningen zijn verricht, de uitkomsten aanpassingen verlangen om tot beter betrouwbare meetinstrumenten te komen. De UMC's moeten zeker in staat worden geacht deze taak op zich te nemen en daarmee prestatie-indicatoren breder inzetbaar te maken dan een instrument om zichzelf in de tijd te vergelijken.

Op die wijze kunnen indicatoren daadwerkelijk een substantiële bijdrage leveren aan het door de Inspectie gewenste toezicht en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Literatuur

1. Het resultaat telt 2006; december 2007
2. Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen; www.zichtbarezorg.nl
3. Medisch Contact 2008, 63: 670-672
4. Medisch Contact 2008, 63: 367
5. Leonardi et al., Archives of Surgery, September 2007; Science Daily, 9/18.

OPMAAK EN DRUK

Drukkerij Badoux bv, Houten

MEER INFORMATIE

Voor meer informatie kunt u terecht bij de NFU,
Mw. dr. C.J. Bouma (Bouma@nfu.nl)

NFU

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
T +31 30 2739880
F +31 30 2739532
nfu@nfu.nl
www.nfu.nl

Juni 2008
NFU-082149

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

