



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Het resultaat telt  
ziekenhuizen

2010

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>Inleiding uitslagendeel</b>	<b>16</b>
<b>1 Operatief proces</b>	<b>18</b>
1.1 Pijn na een operatie	21
1.2 Heupfractuur	28
1.3 Cataract	37
<b>2 Verpleegkundige zorg</b>	<b>40</b>
2.1 Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie	42
2.2 Ondervoeding	49
2.3 Delirium	56
<b>3 Intensive care</b>	<b>62</b>
<b>4 Oncologisch proces</b>	<b>70</b>
4.1 Multidisciplinair overleg (MDO)	72
4.2 Borstkanker	77
4.3 Gastro-intestinaal	86
4.4 Blaascarcinoom	93
4.5 Medicatieveiligheid	98
4.6 Radiotherapie	103
<b>5 Hart en vaten</b>	<b>108</b>
5.1 Volume van risicovolle interventies in de vaatchirurgie	110
5.2 Cardiologie	115
5.3 Cerebrovasculair accident (CVA)	128
<b>6 Infectieziekten</b>	<b>136</b>
6.1 Ziekenhuisinfecties	138
6.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	143
<b>7 Maag-darm-lever (MDL)</b>	<b>147</b>
<b>8 Kwetsbare groepen</b>	<b>153</b>
<b>9 Algemeen kwaliteitsbeleid</b>	<b>159</b>
9.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	161
9.2 Complicatieregistratie	166

## Voorwoord

Voor u ligt de 8e uitgave van Het resultaat telt!. In dit rapport vindt u de resultaten van de Nederlandse ziekenhuizen op de kwaliteitsindicatoren van 2010.

Dit rapport richt zich op de aspecten in de zorgverlening die de grootste risico's voor kwaliteit en veiligheid kennen. Dit is in lijn met het meerjarenbeleidsplan 2012-2015 van de IGZ. Indicatoren worden gebruikt om risico's in kaart te brengen en geven inzicht in aard en omvang van risico's. De IGZ beoordeelt aan de hand van de uitslagen welke ziekenhuizen en risico's nadere aandacht behoeven. In elk indicatorhoofdstuk zijn de criteria vermeld die de IGZ daarbij hanteert. Eventuele handhavende maatregelen worden pas genomen ná nader onderzoek.

Risico's moeten bekend zijn, beheerst en gereduceerd worden. Indicatoren voor de screening op delier en ondervoeding zijn voorbeelden hoe de IGZ toetst of het ziekenhuis het risico voor een opgenomen patiënt voldoende onderkent en of er adequaat op wordt gereageerd. Andere indicatoren benoemen bijvoorbeeld het risico van het uitvoeren van verrichtingen waarmee het ziekenhuis onvoldoende ervaring heeft.

In dit rapport zijn voor het eerst trends weergegeven. Hieruit blijkt dat de risicobeheersing van ziekenhuizen zich over meerdere jaren ontwikkelt. Zo is het decubituspercentage laag, zijn complicatieregistraties op grote schaal geïmplementeerd, wordt in veel ziekenhuizen bij alle patiënten op de verkoeverafdeling een postoperatieve pijnmeting afgenomen en is de infrastructuur voor het screenen op risico voor delier vrijwel volledig ingevoerd. Daarnaast blijken ziekenhuizen keuzes te maken in het pakket van functies dat zij aanbieden. Het duidelijkst is dat voor de hoogrisico verrichtingen zoals de alveesklier- verwijdering. Het aantal ziekenhuizen dat deze zogenaamde pancreasresectie uitvoert, is lager dan verwacht. De ziekenhuizen concentreren deze risicovolle ingreep. Deze kwaliteitsverbeteringen maakt dat een aantal indicatoren niet meer differentieert tussen ziekenhuizen. Daarom wordt een aantal indicatoren in 2013 vervangen.

Het blijkt dat ziekenhuizen risicobeheersingsystemen stapsgewijs opbouwen. Dit is zichtbaar uit de opmerkelijke bevinding dat er ziekenhuizen zijn waar verpleegkundigen patiënten screenen zonder dat die resultaten gebruikt worden. Het risico is dus wel bekend, maar wordt niet beheerst. Dit blijkt een noodzakelijke stap in de ontwikkeling, de systemen zijn kennelijk te groot om in één keer ingevoerd te worden. De meeste ziekenhuizen werken uiteindelijk met een volledig risicobeheersingsstelsel.

Door over een langere periode dezelfde indicatoren te meten, worden patronen in de uitvoering van de ziekenhuiszorg zichtbaar. Hierdoor kan de IGZ de kwaliteit van haar interpretatie verbeteren. Gegevens worden steeds beter gerelateerd aan elkaar en aan andere informatiebronnen. Deze ontwikkelingen dragen bij aan een steeds effectiever gebruik van de kwaliteitsindicatoren, zowel door de ziekenhuizen zelf in het kader van hun kwaliteitsbeleid, als door de inspectie om risicogestuurd en effectief toezicht te houden. Het blijkt

zeer wel mogelijk om aansprekende resultaten te boeken met samenwerkingsprojecten tussen het zorgveld en de inspectie, ieder vanuit zijn eigen rol en taak. Zo streven we gezamenlijk naar 'gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg'.

Prof. dr. G. van der Wal,  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

## Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen. In deze sector werken onder meer 12.500 medisch specialisten en 82.000 verpleegkundigen en verzorgenden<sup>[1]</sup>. Voor zo'n grote sector heeft de IGZ instrumenten nodig om in te kunnen zoomen op situaties waarbij het risico op patiëntschade zo groot is dat onderzoek door een inspecteur nuttig kan zijn. Opvallende uitslagen van één of meer indicatoren geven een indicatie voor dat onderzoek, bijvoorbeeld in de vorm van een gesprek. Opvallende uitslagen komen niet zo vaak voor, maar er kunnen andere redenen zijn waardoor een uitslag de aandacht trekt, bijvoorbeeld doordat meerdere indicatoren een patroon vormen. De IGZ bepaalt de indicatoren in nauwe samenwerking met partijen waarop zij toezicht houdt: de wetenschappelijke verenigingen (van de medisch specialisten), de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden en de koepels van ziekenhuizen. Indien mogelijk doen zij dit op basis van richtlijnen, maar als die ontbreken, zoeken de betrokkenen andere methoden om goede indicatoren voor risico te vinden. In de uitgave van *Het resultaat telt 2009* is aandacht besteed aan de wijze waarop de IGZ in de basisset omgaat met richtlijnen en andere onderdelen van een kwaliteitssysteem. Dit jaar richt de aandacht zich op risico.

### Waarom specifiek aandacht voor risico?

'Iedere burger, patiënt en cliënt moet met gerechtvaardigd vertrouwen gebruik kunnen maken van zorg en medische producten van goede kwaliteit: om gezond te blijven, om te genezen van ziekte of aandoening of om een leefbare kwaliteit van leven te hebben als ziekte of aandoening blijvend zijn'. Het is de taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om de naleving van wetten en normen door ondertoezichtstaanden<sup>[2]</sup> te bevorderen en daardoor mogelijke gezondheidsschade tot een minimum te beperken. Niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen.

### Grootste risico's eerst

De inspectie richt zich bij het bevorderen van de naleving van wetten en normen het eerste op de meest risicovolle gebieden op gezondheidsschade. De prioriteit ligt daarbij op die risico's die het schadelijkst zijn voor de gezondheid en die het snelst met betere naleving door ziekenhuizen zijn te reduceren.

[1] Nationaal Kompas Volksgezondheid (data uit 2006).

[2] Ondertoezichtstaanden zijn: zorginstellingen, individuele zorgaanbieders, instellingen voor openbare gezondheidszorg en bedrijven (zoals fabrikanten van geneesmiddelen en medische technologie). Voor de medische producten vallen hieronder ook alle bedrijven, instellingen en beroepsbeoefenaren die een vergunning of erkenning hebben op basis van

de Opiumwet, Geneesmiddelenwet, Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal, Wet op de orgaandonatie en de Wet inzake bloedvoorziening. In deze publicatie gaat het voornamelijk over ziekenhuizen en incidenteel over instellingen voor radiotherapie.

### Hoe bepaalt de IGZ wat de grootste risico's zijn?

*De IGZ stelt prioriteiten bij het toezicht op basis van risico. De grootste risico's krijgen de meeste aandacht. Voor het bepalen van risico bestaan wetenschappelijke methoden, maar de enige methode die in de complexe werkelijkheid van een ziekenhuis werkt is een risico-inschatting op basis van gesprekken met experts.*

De IGZ gebruikt als formule voor het bepalen van risico's in principe de klassieke definitie: risico (van een gebeurtenis) = kans op schade x ernst van de schade. Voor de kans op schade gebruikt de IGZ epidemiologisch onderzoek, informatie uit registraties en expertise van zorgverleners. Voor de omschrijving van de schade kijkt de inspectie naar de risico's die de algemene doelen op volksgezondheidsniveau (doelen als 'langer leven in gezondheid' en 'geen vermijdbare schade in de zorg') bedreigen. De ernst van de schade wordt uitgedrukt in de internationaal erkende en veelgebruikte systematiek van de vijf D's: *death* (dood), *disease* (ziekte), *disability* (gebrek, functiebeperking), *discomfort* (ongemak) en *dissatisfaction* (ontevredenheid). Formele risicoanalyse gaat er vanuit dat alle mogelijke schade die een gebeurtenis aan kan brengen bekend is. Ook is de formule ontleend aan een omgeving waar de schade in geld is uit te drukken. Iets wat honderd keer per jaar voorkomt en tien euro kost is riskanter dan iets dat twee keer voorkomt en 250 euro kost. Risico's van een gebeurtenis in de gezondheidszorg laten zich echter niet zo simpel vangen in die formule. Meestal ontbreken harde gegevens voor één of meer onderdelen van de formule, zijn niet alle risico's bekend of zichtbaar, bijvoorbeeld doordat zij pas na ontslag uit het ziekenhuis zichtbaar worden. In de huidige samenleving worden we met steeds meer onzekerheden geconfronteerd, bijvoorbeeld door nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden, waarin zowel de voordelen als nadelen van handelen deels onbekend of dubbelzinnig (ambigu) zijn<sup>[3]</sup>. De klassieke definitie van risico kan dan niet gebruikt worden. Bij onzekere of dubbelzinnige risico's geeft interactie met het veld en de burgers de inspectie vaak meer verheldering over de risico's. Met verschillende experts (wetenschappelijke verenigingen, koepelorganisaties) probeert de IGZ rond complexe risico's consensus te bereiken over een te handhaven norm. In de ontwikkeling van de *Basisset kwaliteitsindicatoren* gebeurt dit systematisch bij de ontwikkeling van indicatoren. Vanaf 2006 worden alle nieuwe indicatoren ontwikkeld in een formeel proces samen met de betrokken wetenschappelijke verenigingen. De IGZ heeft daarbij de regie over het proces, maar maakt dankbaar gebruik van de kennis van haar samenwerkingspartners.

De tekorten van de klassieke risicoformule maken het wel moeilijk zeker te zijn dat het toezicht zich daadwerkelijk richt op de grootste risico's. Om te zorgen voor een redelijke spreiding van indicatoren over de potentiële risico's in de ziekenhuiszorg is in de basisset voor 2010 een matrix<sup>[4]</sup> opgenomen. In de kolommen van de matrix staan die onderdelen (processen, belangrijke doodsoorzaken, kwetsbare groepen) van de ziekenhuiszorg benoemd waarbinnen het risico groot is en de IGZ toezicht wil kunnen houden met één of meer indicatoren. Deze onderdelen zijn als aparte hoofdstukken in *Het resultaat telt 2010*

[3] WRR 2008, *Onzekere veiligheid. Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*, Amsterdam University Press, Amsterdam.

[4] *Basisset Prestatie-indicatoren 2010*, pagina 12.

opgenomen. De IGZ tracht zoveel mogelijk risico's te objectiveren en aan risicovolle onderdelen van de zorg te koppelen, maar moet door de complexiteit van de zorg gebruikmaken van risico-inschattingen door experts. Die risico-inschattingen bepalen voor een belangrijk deel welke indicatorinformatie over risico's beschikbaar is.

### Het beoordelen van risico-informatie, de risicoperceptie

*Ook bekende risico's worden door verschillende partijen anders gewaardeerd. Dit heeft veel oorzaken, maar de meest fundamentele zijn de mate waarin iemand direct persoonlijk risico loopt, zelf het risico kan beïnvloeden en direct plezier beleeft aan de riskante activiteit. Verschillen in deze factoren maken dat ziekenhuizen, patiënten en toezichhouders risico's anders waarderen. Waarom kan een toezichhouder dan toch uitgaan van zijn eigen beoordeling of een risico onacceptabel is?*

Onder risicoperceptie wordt hier verstaan een beoordeling van de mate waarin de geschatte risico's acceptabel zijn of gereduceerd moeten worden. Zagen we net dat de selectie van de grootste risico's moeilijk geheel te objectiveren is, nu kunnen wij zien dat het gebruiken van risico-informatie ook belangrijke subjectieve elementen heeft. In de literatuur worden drie belangrijke factoren benoemd die de acceptatie van risico's beïnvloeden. Ten eerste of het risico persoonlijk gelopen wordt, regelmatig genoemd in discussies over de mate waarin piloten bereid zijn risico's te accepteren bij het besturen van verkeersvliegtuigen. Ten tweede of het risico door de beoordelaar te beïnvloeden is. Dit wordt regelmatig genoemd als verklaring waarom voor publiek het grotere risico van verkeersdeelname acceptabeler is dan het kleinere risico van een kernramp. Ten derde de grootte van de opbrengst van de activiteit die risico oplevert. Deelnemers aan hoogrisico sporten als parasailing accepteren dat risico vanwege de waarde van de beleving.

Risico-informatie uit de basisset wordt door verschillende groepen (beoordelaars) gebruikt: de ziekenhuizen, de inspectie en de burger/patiënt. De kans dat de drie betrokken partijen onafhankelijk tot een eensluidende beoordeling van het risico komen, lijkt klein.

De drie groepen verschillen sterk in de mate waarin zij geraakt worden door de drie grootste factoren die een risicobeoordeling beïnvloeden: Ziekenhuizen hebben de beste mogelijkheden om risico's direct te beïnvloeden en zorgverleners lopen minder direct risico dan patiënten. Patiënten hebben weinig mogelijkheden om risico's direct te beïnvloeden en lopen direct persoonlijk risico. Daar staat tegenover dat zij, mits goed voorgelicht, bewust kunnen kiezen om een risico te lopen in de hoop op/verwachting van gezondheidswinst (een belangrijke reden voor een goed informed consent). De IGZ heeft wel mogelijkheden om risico's te verminderen, maar moet dat via het ziekenhuis doen. Een inspecteur loopt geen lijfelijk risico, maar heeft ook geen directe opbrengst van de risicovolle behandeling. Alleen als deze drie partijen hun risicobeoordeling regelmatig met elkaar afstemmen, is het mogelijk om tot een eensluidend oordeel te komen over welk risico acceptabel is. Maar ook dan ligt het risico van misverstanden op de loer. We zagen bij risicoinschatting dat bij de bepaling van de grootte van het risico het expertoordeel essentieel was. Nu zien we dat het oordeel of een risico acceptabel is of niet afhangt van factoren die per beoordelaar verschillen.

Patiëntschade wordt het meest effectief voorkomen als een zorginstelling zelf kan bepalen wat de eigen grootste risico's zijn en dat risico effectief kan verkleinen. Dit is ook een reden voor intensief overleg met de betrokken instellingen. Hoe directer de risico-informatie aansluit bij verbetermogelijkheden van een instelling hoe effectiever de data kunnen worden gebruikt. Soms sluit de indicator zo goed aan bij acties die de instelling uit kan voeren dat de verbetering is uitgevoerd voordat de informatie bij de inspectie is aangekomen. De indicator over de positiebepaling voor prostaatbestraling is daar een voorbeeld van. De uitslag is 100% voor 20 van de 21 instellingen in het eerste jaar van uitvragen, terwijl er in de Ausgangssituatie voldoende aanleiding was om een indicator in te stellen. Een ander voorbeeld van een snelle effectieve indicator zijn de volume-indicatoren waarbij een groot deel van de verschuiving in aantallen operaties plaatsvond voordat de inspectie ook maar één vraag had gesteld. Een combinatie van een duidelijke norm, gericht op risicoreductie en voldoende gegevens om een ziekenhuis in staat te stellen zijn eigen beoordeling te maken zijn dan voldoende.

De IGZ is de tweede beoordelaar of een risico acceptabel is. De verleiding is groot om dat direct te doen op basis van de uitslagen van de indicatoren, zeker als er minimumnormen beschikbaar zijn. Toch is de filosofie van de basisset<sup>[5]</sup> dat de IGZ eerst vragen stelt aan het ziekenhuis over de geleverde zorg achter de indicator en pas daarna tot een oordeel komt. Sinds *Het resultaat telt 2009* worden bij de indicatoren vragen gepubliceerd die een inspecteur kan stellen op basis van de uitslagen. Veel van die vragen gaan over de acties die de zorginstelling heeft kunnen nemen op basis van de resultaten. Indicatoren zijn een toezichtinstrument, geen middel om het management van de instelling over te nemen. De IGZ gebruikt meestal de verdeling van uitslagen om te bepalen of een risico nader onderzoek behoeft. Pas na het onderzoek worden met de instelling afspraken gemaakt over eventuele veranderingstrajecten en de te behalen doelstellingen. Publicatie van toetsbare criteria in *Het resultaat telt* en van rapporten van onderzoeken helpen bij het inzichtelijk maken van het IGZ-oordeel over de aanvaardbaarheid van risico's.

Het publiek in het algemeen en de ziekenhuispatiënt in het bijzonder is de derde beoordelaar of risico's acceptabel zijn. Er zijn verschillende publicaties die door het publiek kunnen worden gebruikt om risico's van ziekenhuizen te beoordelen. Het is duidelijk dat voor de patiënt een andere afweging een rol speelt. Een patiënt loopt een persoonlijk risico, heeft behalve door de keuze van de arts en de behandeling beperkte beïnvloedingsmogelijkheden, maar heeft wel een groot persoonlijk belang bij het ondergaan van een behandeling.

Als het oordeel is dat het risico onacceptabel is, moet het risico eerst beheerst en vervolgens gereduceerd worden. Een factor die deze ingewikkelde discussie compliceert, is het omgaan met incidenten. Een incident kan gezien worden als een gerealiseerd risico (een gebeurtenis met ongewenste effecten heeft plaatsgevonden). Ook heel kleine risico's leiden regelmatig tot relevante uitkomsten als het om grote aantallen patiënten gaat. Als die uitkomst leidt

tot media-aandacht zal de acceptatie van het risico afnemen en de vraag om aanvullende maatregelen toenemen. Risicoperceptie is een dynamisch proces.

### **Risicoreductie als een belangrijk doel van de basisset**

*Onacceptabele risico's kunnen en moeten beheerst worden. Daar zijn verschillende methoden voor die alle om de inzet van ziekenhuizen vragen in interactie met patiënten en toezichthouder. De IGZ gebruikt via de basisset verschillende methoden.*

Aan risicoreductie kunnen verschillende systemen een bijdrage leveren. De basisset kwaliteitsindicatoren is een van de instrumenten om de complexe risico's in de zorg te reduceren.

Een indicator is vaak ook een stimulans voor een bepaalde methode om risico's te beheersen. Het is riskant als een delier, pijn of ondervoeding bij een patiënt wordt gemist. Ziekenhuizen moeten een systeem opbouwen om dat risico te beheersen. In de indicatoren voor bijvoorbeeld delier en ondervoeding is die opbouw herkenbaar. Eerst wordt de infrastructuur ontwikkeld, protocollen geschreven en personeel geschoold. In de tweede fase wordt bij patiënten gescreend of zij een verhoogd risico lopen op bijvoorbeeld delier (risicotaxatie). Meestal begint die screening op een paar actieve afdelingen en verspreidt het zich na verloop van tijd over andere afdelingen, waarbij de actieve afdelingen altijd herkenbaar blijven door een hoger percentage screening. In de derde fase worden deze resultaten gebruikt om risicopatiënten beter te bewaken. In de vierde fase wordt de informatie gebruikt om het screeningsproces bewust te sturen. Het ziekenhuis beheerst het risico dan werkelijk. De uitslagen van de ondervoeding-, delier- en pijnindicatoren laten ook zien dat ziekenhuizen die fasen in de afgelopen jaren doorliepen. Het duurt minimaal twee tot drie jaar voordat het systeem compleet is, maar het kan ook veel langer duren. Vooral de vertraging tussen fase twee en drie is opvallend. Patiënten worden een paar jaar op meerdere afdelingen gescreend zonder dat de resultaten daadwerkelijk gebruikt worden voor risicobeheersing. Pas na een paar jaar is het systeem zo ver ingevoerd dat risico ook daadwerkelijk gereduceerd wordt. De druk van een indicator kan dan helpen om deze soms frustrerende fase door te komen.

Een tweede manier om hier mee om te gaan, is niet te proberen al de afzonderlijke risico's apart te beheersen, maar er de grootste uit te kiezen waar het risico als het ware in is samengevat. Voorbeelden van zo'n samenvatting zijn de volume-indicatoren voor hoogrisico – hoogcomplex ingrepen. Hierbij is het hoge risico een optelsom van risico's van vele handelingen. Die vele handelingen maken een ingreep hoogcomplex. In plaats van het risico op al deze onderdelen direct te meten en vooral apart te reduceren wordt het risico in de indicator samengevat tot één aspect: het aantal malen dat de ingreep is uitgevoerd. De aanname is dat de toegenomen ervaring door het vaker uitvoeren van de ingreep het behandelend team in staat stelt de risico's beter te beheersen. Deze methode heeft in de praktijk goede resultaten: publicaties over de sterk verlaagde operatiesterfte (tot 80% verlaging) bij het toenemen van het aantal uitgevoerde pancreasoperaties en oesophagus-

[5] Basisset kwaliteitsindicatoren 2012, blz. 12.

cardiaresecties bevestigen dat risico op die manier gereduceerd wordt. De resultaten van de indicatoren over 2010 laten zien dat minder ziekenhuizen deze ingrepen uitvoeren, in grotere aantallen en met betere resultaten.

Een derde systeem van risicobeheersing dat inmiddels uitgebreid in de set is vertegenwoordigd is de registratie en audit. Deze wordt als het goed is gekoppeld aan een intensieve discussie over de resultaten. Door het bespreken van resultaten ontstaat het inzicht waar en hoe risico's beheerst kunnen worden. Hierbij heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde duidelijk een rol als voortrekker. De Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) wordt op vele plaatsen genoemd als een mooi voorbeeld van een geslaagde registratie, die in de basissets voor 2011 en 2012 ook veel navolging heeft gekregen. In *Het resultaat telt 2010* is zichtbaar hoe deze registratie binnen zeer korte tijd een nagenoeg volledige dekking heeft bereikt. Deze ontwikkelingen stimuleren is één van de risicoreducerende functies van de basisset. Inmiddels is deelname aan dit soort registraties vaak opgenomen in de minimumnormen door de beroepsvereniging als een ziekenhuis de ingreep uit wil voeren. De hoeveelheid publieke informatie over risico's is enorm toegenomen. De informatie over deelname aan de DSCA is op naam van het ziekenhuis 'gewoon' te lezen op de website van de DSCA. Er zijn nog steeds veel landen in Europa waar dit ondenkbaar is.

Een vierde systeem is in 2010 voor het eerst breed toegepast. Dat is het stellen van minimumnormen vooral voor risicovolle ingrepen. Instellingen die niet aan de minimumnormen kunnen voldoen, stoppen met de betreffende ingreep. De normen zijn zo opgesteld dat zij naast volume ook de aanwezigheid van andere belangrijke risicoreductiemaatregelen waarborgen, als een multidisciplinair overleg of een diagnostische voorziening.

#### **Beperkingen van het systeem**

De IGZ wil zich richten op de grotere risico's. De basisset is gericht op het reduceren van grotere, lang bestaande risico's, de set zou niet passen bij een beleid dat zich vooral richt op het voorkomen van opvallende incidenten met lage kans op herhaling. Tussen de ontwikkeling van een indicator en het eerste gebruik van de data ligt minimaal drie jaar, maar meestal vier jaar of meer. Bij indicatoren waar het ziekenhuis al op reageert voordat de gegevens gepubliceerd worden, kan het interval korter zijn. Bij een complex systeem als pijnbeheersing na een operatie is de indicator echter ontworpen in 2003. De pijnbeheersing in ziekenhuizen is uiteindelijk in 2010 zo ver ontwikkeld en ingevoerd dat een indicator voor de meting op een verkoever niet langer noodzakelijk is. De indicator wordt in 2012 gestopt na negen jaar. In *Het resultaat telt 2010* is voor het eerst uitgebreid gebruikgemaakt van meerjarenoverzichten om trends te laten zien. Duidelijk is dat systematische risicoreductie vraagt om aanhoudende aandacht over meerdere jaren.

#### **Wat zijn de meest opvallende resultaten in *Het resultaat telt 2010*?**

De IGZ is verheugd dat er vele opvallende verbeteringen in de risicobeheersing zichtbaar zijn. De verleiding is groot om dat te claimen als opvallende successen van de basisset. Vrijwel alle indicatoren zijn in overleg met veldpartijen gekozen om de genoemde effecten te bereiken. Toch geldt hier een variant van het oude gezegde dat succes vele vaders kent,

niet om het ouderschap te claimen, maar omdat velen hun bijdrage moeten leveren om het succes werkelijk te bereiken. Dit succes is vooral een gezamenlijk resultaat.

- Heupfracturen worden sneller behandeld. In 2010 is het maximale resultaat gehaald. De indicator kan in 2013 vervangen worden.
- Het percentage geopereerde patiënten bij wie na een borstkankeroperatie tumorweefsel is achtergebleven, is na vier jaar bijna gehalveerd. Omdat het percentage borstsparende ingrepen volgens de indicatorgegevens met 8% daalde, is verder onderzoek noodzakelijk om de waarde van de uitslag te beoordelen.
- De deelname aan de DSCA (de Dutch Surgical Colorectal Audit) is in twee jaar gestegen tot bijna 100%. Deze indicator zal in 2013 vervangen worden.
- Het percentage patiënten met een CVA dat trombolysie krijgt, heeft in 2010 het vooraf gedefinieerde maximum haalbare percentage bereikt. Naar schatting krijgt 13% van alle CVA-patiënten trombolysie, 16% wordt in de literatuur bereikt als het reëel maximum percentage bij nieuwe patiënten met een CVA.
- Het decubituspercentage is in de afgelopen jaren sterk gedaald. De huidige indicator differentieert niet meer tussen ziekenhuizen. Deze indicator zal daarom in 2013 worden vervangen.
- Ziekenhuizen hebben op grote schaal complicatieregistraties geïmplementeerd. Deze algemene indicator wordt vervangen door onderdelen aan andere indicatoren toe te voegen die vragen naar specifieke kwaliteitsregistraties.
- Pijnmeting is zo ver doorgedrongen op de verkoeverafdeling dat voor het eerst in de geschiedenis van de basisset een 100% score in een patiëntenpopulatie mogelijk is. Deze indicator zal daarom in 2013 vervangen worden.
- Het aantal ziekenhuizen dat in 2010 pancreasoperaties uitvoerde, is duidelijk lager dan verwacht werd op basis van historische gegevens. Dit wijst op een beduidende concentratie van risicovolle ingrepen.
- In *Het resultaat telt 2009* werd aandacht gevraagd voor de opname van kinderen op intensive care afdelingen voor volwassenaan. Dit probleem is in 2010 vrijwel verdwenen.
- Rond cardiologie hebben nieuwe PCI-centra de ingreep, voor zover te beoordelen, zorgvuldig ingevoerd. De gemelde sterfte wijkt niet af van bestaande centra. Hierbij is het wel mogelijk dat er verschillen zijn in de zwaarte van patiënten. Cardiologen zullen hierbij waakzaam moeten blijven.
- De infrastructuur voor de signalering van kindermishandeling is in de afgelopen jaren volledig ingevoerd. Dit deel van de indicator kindermishandeling kan daarom vervallen. Dit is een spectaculaire verbetering van het uitgangresultaat vergeleken met het rapport van het thematisch onderzoek in 2008.
- De infrastructuur voor de signalering van delier is in 2010 vrijwel volledig ingevoerd. Slechts één ziekenhuis heeft in 2010 geen maatregelen genomen. De screening op delier is in verhouding tot het onderzoek in 2005 sterk toegenomen.
- Volumebepaling van de prostaat als middel voor kwaliteitsverbetering van bestraling is in 2010 volledig ingevoerd. Slechts één van de 21 instellingen had geen 100%-uitslag. Deze indicator zal voor de set van 2013 verder worden ontwikkeld.



## Algemene aandachtspunten bij het gebruik van ‘Het resultaat telt’ en de indicatorgegevens

### Wanneer worden namen van ziekenhuizen vermeld bij de uitslagen en de aandachtspunten?

Evenals in de uitgave over 2009 worden ziekenhuizen in deze uitgave soms bij naam genoemd. Er is veel discussie geweest met vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en andere betrokkenen bij de basisset over het op naam vermelden van ziekenhuizen. De IGZ wil graag een transparant en openbaar gesprek kunnen voeren over de uitslagen van die indicatoren, zonder dat dit leidt tot veroordeling van de instelling.

Daarvoor is een aantal redenen:

- **Transparantie:** Het doel van de indicatoren is het vaststellen van indicaties om met specifieke ziekenhuizen in gesprek te gaan over onderwerpen gerelateerd aan de indicator. Voor een publieke toezichthouder is dit een publiek proces. De IGZ wil inzage bieden in de wijze waarop signalen gebruikt worden. Ziekenhuizen worden daarbij ook met naam genoemd, omdat dat lezers in staat stelt de gebruikte gegevens te verifiëren. Het betreft hier in alle gevallen alleen gegevens die publiek en op naam beschikbaar zijn.
- **Naming:** Een vuistregel die bij deze uitgave is gebruikt, is om namen van ziekenhuizen te noemen als 4 of minder ziekenhuizen op een bepaalde indicator opvallen, ongeacht of dit positief of negatief is. Het is dus nadrukkelijk geen veroordeling, hoogstens een indicatie voor een gesprek.
- **Beleid:** Het is het algemene beleid van de IGZ om ziekenhuizen te benoemen in rapporten, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen.

### Kwaliteit van gegevens

De IGZ vindt informatie van goede kwaliteit wanneer zij ziekenhuizen of zorgprocessen kan selecteren waarbij additionele aandacht nodig is. Ook ontbrekende gegevens of bekend foutieve gegevens leveren een goede gespreksindicatie op, bijvoorbeeld van de mate waarin een Raad van Bestuur zelf een goed beeld heeft van de werkelijke situatie. De volgende uitgangspunten zijn belangrijk:

- Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en publiceren zelf de gegevens: ziekenhuizen worden sinds 2009 niet meer door de IGZ gewaarschuwd als gegevens waarschijnlijk onjuist zijn.
- Indicatorgegevens worden bij voorkeur voor verzending door de betrokken zorgverleners gecontroleerd: veel indicatoren bevatten onderdelen waarvan de betrouwbaarheid op zijn minst geschat kan worden. Sommige fouten zijn door een vertegenwoordiger van een afdeling snel te herkennen.
- Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen als de gegevens uit de registratie gebruikt in de basisset gecontroleerd kunnen worden: registraties worden sinds 2009 alleen opgenomen als de houders van de registratie bereid zijn de gegevens te controleren en afwijkingen op naam te melden.
- De inspectie vraagt indicatiedocumenten op ter verificatie: Deze documenten geven waardevolle aanvullingen op de informatie uit de indicator. Het gaat bijvoorbeeld om het opvragen van operatieverslagen, verslagen van multidisciplinaire overleggen en van

pathologisch onderzoek. Deze informatie wordt niet alleen gebruikt ter verificatie, maar geeft vooral een belangrijke verdieping van het toezicht.

- Door de controle van trends en het vergelijken van informatie uit verschillende indicatoren is het beter mogelijk om de betrouwbaarheid van informatie te beoordelen. Ook worden opgaven vergeleken met andere data, bijvoorbeeld over het totaal aantal uitgevoerde ingrepen of de gepubliceerde incidentie van ziekten.



## Inleiding uitslagendeel

De IGZ heeft de basisset van 2010 en daarmee *Het resultaat telt* over hetzelfde verslagjaar gereorganiseerd. Indicatoren zijn gegroepeerd naar grotere zorgprocessen (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg, operatief proces). De resultaten op de indicatoren worden dan ook eerst op het niveau van deze (overkoepelende) zorgprocessen besproken, en vervolgens op het niveau van de onderwerpen waarvoor indicatoren bestaan (bijvoorbeeld decubitus, ondervoeding).

In dit eerste hoofdstuk worden de elementen besproken die voor alle onderdelen identiek zijn. De IGZ is bijvoorbeeld van mening dat het altijd een indicatie voor nader onderzoek is wanneer een instelling een bepaald gegeven niet kan leveren, of wanneer de kwaliteit van dat gegeven onvoldoende is. Daarnaast bevat het hoofdstuk de algemene indicaties voor een onderzoek. Dit geldt bijvoorbeeld bij extreme waarden of 100% uitslagen.

Vervolgens wordt per zorgproces het overkoepelende hoofdstuk en daarna de individuele indicatoren binnen dit zorgproces besproken. Deze hoofdstukken komen deels overeen met de hoofdstukken van de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010. Per hoofdstuk vindt u een additionele paragraaf: waarom vindt de IGZ dit deel belangrijk en welke vragen stelt de inspectie bij een bijzondere indicatoruitslag? In de afsluitende paragrafen staan de specifieke opmerkingen van de inspectie over het gebied waarbinnen de indicator valt.

Het is verleidelijk te concluderen dat de inspectie het bedreigend vindt voor de levering van verantwoorde zorg wanneer er een indicatie is voor aanvullend onderzoek. De indicaties zijn zo gekozen dat de kans op onverantwoorde zorg groter is als de indicatiewaarde bereikt of overschreden wordt. Toch is dat expliciet niet het doel van de indicatoren. Bijzonder goede zorg kan uitslagen opleveren die ook indiceren voor nader onderzoek. Het te snel concluderen dat afwijkend slecht is, kan leiden tot het remmen van gewenste ontwikkelingen.

### Algemene lijn inspectie-indicaties

*Onderzoeksindicaties naar de datakwaliteit:*

Bij de datakwaliteit stelt de IGZ vragen over het ontbreken van of fouten in de data. Het eerste doel hiervan is de kwaliteit van de data te verbeteren. Het feit dat een ziekenhuis een gegeven niet kan leveren, of alleen met veel fouten in de data, geeft ook aan dat de kans groter is dat het ziekenhuis dat deel van het proces minder in beeld en dus onder controle heeft.

- Essentiële indicatorgegevens ontbreken, tenzij het ziekenhuis heeft aangegeven dat de indicator niet van toepassing is en deze melding heeft voorzien van een (specifieke) toelichting.
- Het ziekenhuis een steekproef heeft getrokken van onvoldoende omvang om het ziekenhuis in de spreiding te kunnen plaatsen.
  - Laag aantal.
  - Onduidelijke selectiecriteria.

*Onderzoeksindicaties naar de inhoudelijke kwaliteit bestaan als:*

*De IGZ stelt in principe vragen als:*

- De indicatorwaarde kleiner is dan de laagste 10% van de ziekenhuizen (de 'p10').
- De indicatorwaarde groter is dan 90% van de ziekenhuizen (de 'p90').

Deze indicatie is onafhankelijk van de gewenste richting van de uitslag (lage sterfte, hoge screening). Dit is gebaseerd op de constatering dat outliers in beide richtingen een bijzondere situatie representeren. Per indicator wordt gekeken of er uitslagen zijn die een reden voor onderzoek vormen. Deze onderzoeksindicaties zijn te vinden in de volgende hoofdstukken.

# 1 Operatief proces

De omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 1, pagina 20. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

Binnen het operatief proces voltrekken zich twee ogenschijnlijk tegengestelde processen. Ten eerste wordt het operatief proces zelf steeds meer gestandaardiseerd. Er zijn voor het operatieve proces de laatste jaren veel normen bij gekomen en er zijn ook nog veel normen in ontwikkeling. Die normen zijn vooral opgenomen in de richtlijn preoperatief proces, met de implementatiedeadline maart 2011, de richtlijn per-operatief proces, gepubliceerd november 2011 en de richtlijn postoperatief proces, verwacht 2012. Deze richtlijnen zijn voor de IGZ minimumnormen voor de inrichting van het operatief proces. Op dit moment vraagt vooral de indicator pijn na een operatie naar de organisatie van het operatief proces. Vanaf 2012 worden meer indicatoren opgenomen in de basisset die vragen naar de inrichting van het operatief proces. In de basisset van 2012 is dat de time-out indicator en in de basisset van 2013 zal naar verwachting een indicator over antibioticaprofylaxe worden opgenomen. De tweede beweging ontstaat onder invloed van steeds meer volumennormen en leidt ertoe dat ziekenhuizen in toenemende mate keuzes maken in het pakket operatieve verrichtingen dat het ziekenhuis aanbiedt. Het pakket van ziekenhuizen is dus steeds minder standaard. Minder verschillende verrichtingen, maar van hogere kwaliteit. Het ziekenhuis concentreert zich op de ingrepen waar het goed in is en wordt nog beter door toegenomen ervaring. Op dit gebied vinden dan ook al zichtbaar concentratiebewegingen plaats. Sommige ziekenhuizen besluiten met bepaalde ingrepen te stoppen, andere ziekenhuizen proberen juist meer van dergelijke ingrepen uit te voeren. Gezien de vele volumennormen<sup>[6]</sup> zullen ziekenhuizen strategische keuzes moeten gaan maken om verantwoorde zorg te blijven leveren.

Indicatoren in deze basisset geven in grote lijnen zicht op hoeveel operaties er worden uitgevoerd (pijn na een operatie: aantal patiënten op de verkoever), evenals de aantallen van enkele hoogrisico - laagvolume ingrepen (AAA, pancreasresectie) en de aantallen van enkele veel voorkomende ingrepen, vaak ook bij de wat oudere patiënt (cataract, heupfractuur).

Kijkend naar de verschillende ziekenhuizen die gegevens aanleveren in de set<sup>[7]</sup> en de verschillende aantallen en soorten ingrepen, is er een landschap van ziekenhuizen te zien die varieert van het universitair medisch centrum tot aan de particuliere kliniek. Dit resulteert in een grove indeling van vijf verschillende soorten instellingen (vier typen ziekenhuizen en de gespecialiseerde kliniek), waarbij ieder 'type' ziekenhuis, zijn eigen strategische aandachtspunten heeft:

- Universitair medisch centrum (UMC): het kenmerk van dit type ziekenhuis is dat patiëntenzorg gecombineerd wordt met onderzoek en onderwijs waarbij het om die

[6] Een volumennorm is hier een norm waarin een minimale eis is opgenomen over het aantal behandelde patiënten. Het is belangrijk dat het ziekenhuis ook voldoet aan de andere elementen in de norm over infrastructuur en betrokkenheid van professionals.

[7] De categorale ziekenhuizen die hun eigen vorm van specialisatie kennen, blijven hier buiten beschouwing.

reden een natuurlijke monopolie voor bepaalde hoogcomplexere ingrepen had. Het ziekenhuis haalt voor de meeste specialistische ingrepen ruim de norm, maar krijgt meer concurrentie van de grote topklinische ziekenhuizen. UMC's leveren ook basiszorg, maar voeren relatief weinig veel voorkomende ingrepen uit zoals cataract, borstkanker en heupfractuur.

- Groot ziekenhuis: de grote (en vaak topklinische) ziekenhuizen halen ook voor veel specialistische ingrepen de norm en voeren daarnaast ook veel ingrepen als cataract en heupfractuur uit.
- Middelgroot ziekenhuis: de middelgrote ziekenhuizen zijn de ziekenhuizen die voor sommige specialistische ingrepen net wel en voor andere net niet de norm halen. Deze ziekenhuizen zullen – om aan de normen te voldoen en zodoende verantwoorde zorg te leveren – op basis van hun kwaliteiten een nadrukkelijke keuze moeten maken voor specifieke groepen ingrepen.
- Klein ziekenhuis: dit zijn ziekenhuizen die voor bijna alle hoogrisico-specialistische ingrepen (soms ook voor die met hoogvolume) moeite hebben om aan de normen te voldoen. Aan de andere kant is te zien dat zij soms wel een specifieke, bijvoorbeeld oudere, groep patiënten erg goed bedienen blijktens het (relatief) grote aantal cataract- en heupoperaties. Het is gezien de normen hoogstwaarschijnlijk dat zij op termijn moeten stoppen met veel hoogrisico ingrepen. Zij zullen goed moeten nadenken over de continuïteit van zorg voor deze patiënten en het optimaal inzetten van de functies die ze wel blijven uitoefenen voor deze groep patiënten.
- Particuliere klinieken: In dit continuüm van instellingen moeten de particuliere klinieken (zelfstandige behandelcentra en privéklinieken) ook genoemd worden, ook al maken zij geen deel uit van de doelgroep van deze set. Deze klinieken hebben duidelijke keuzes gemaakt voor bepaalde aandoeningen. Het totaal aantal en de variëteit van behandelingen in particuliere klinieken neemt nog steeds toe.<sup>[8]</sup>

Deze typologie vraagt ook een aangepaste strategie van een toezichthouder. Die bestaat al voor de particuliere klinieken. In bovenstaande verdeling zijn dat zorginstellingen met een smalle focus op een pakket verrichtingen waarin zij menen concurrerend te zijn. Op dit moment gebruikt de IGZ daar een eigen indicatorenset voor. Het uitgangspunt daarbij zal zijn dat er identieke eisen/indicatoren voor identieke zorgfuncties, onafhankelijk van organisatiestructuur worden gesteld. Het risicoprofiel van een kleine algemene instelling wordt echt anders dan dat van een groot ziekenhuis. Een klein ziekenhuis zal vrijwel al zijn hoogrisico patiënten elders moeten laten behandelen. Dat stelt bijzondere eisen aan overdracht en afspraken over werkverdeling o.a. bij diagnostiek. Een specifiek risico in deze periode van verandering ontstaat als gevolg van het verlies van functies. De ziekenhuizen hebben, samen met de zorgverzekeraars, de eerste stappen hierin in 2011 al gezet. Op zich laat de uiterlijke rust waarmee dit geregeld is, zien dat de meesten ziekenhuizen tot nu toe in staat zijn om deze veranderingen soepel op te vangen. Kleine ziekenhuizen die veel functies verliezen, hebben nu echter al wel te maken met een grote interne onrust, die

[8] Het resultaat telt particuliere klinieken 2010. IGZ: 2011.

soms, zoals bij Ziekenhuis de Sionsberg te Dokkum, buiten de muren van het ziekenhuis zichtbaar is.

Zo heeft elk profiel zijn specifieke risico's. De IGZ zal voor elk van deze typen een eigen toezichtstrategie moeten ontwikkelen. Het alternatief, reageren op basis van individuele situaties, heeft het risico in zich van een te sterk fluctuerende aanpak. Omdat de normontwikkeling op dit moment het snelst gaat voor snijdende vakken heeft dit de meeste impact op dit gebied. De samenhang van functies in het ziekenhuis maakt dat dit onherroepelijk ook gevolgen heeft voor de strategie van de hele instelling.

### Vragen die de inspectie kan stellen als het volume van risicovolle interventies voor meerdere ingrepen niet voldoet aan de minimumnormen

*Het aantal pancreasresecties is minder dan 20 en het aantal AAA-operaties is minder dan 20?*

- Voert de instelling deze ingrepen nog steeds uit?
- Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
- Wat is het concentratiebeleid van andere maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisicoverrichtingen zoals urologie, gynaecologie, interventiecardiologie of -radiologie?
- Welke zeldzame, risicovolle behandelingen of ingrepen worden in dit ziekenhuis uitgevoerd?
  - Hoe komt de keuze tot stand?
  - Welke maatregelen worden uitgevoerd om voldoende ervaring te krijgen en te behouden?
- Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
- Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en ambulancezorg?

## 1.1 Pijn na een operatie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 1.1, pagina 22. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten.
- Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Goede pijnbestrijding speelt een belangrijke rol in het operatieve proces. Voor patiënten is pijnbestrijding belangrijk. Het goed bestrijden van pijn kan complicaties voorkomen en bevordert een spoedig herstel. De bijwerkingen van de pijnbestrijding mogen het goede effect echter niet overschaduwen. Een gesedeerde patiënt op een verpleegafdeling beleeft mogelijk geen pijn, maar kan ook niet gemobiliseerd worden met een grote kans op trombose. Pijn wordt door patiënten verschillend ervaren en het is voor patiënt en hulpverlener moeilijk te beoordelen hoeveel pijn aanvaardbaar of normaal is. Pijnstilling en de keuze van medicamenten dienen te worden aangepast aan de individuele (vraag van de) patiënt en de ingreep.

De indicator geeft ook inzicht in de inrichting en de mate van continue registratie van het peroperatieve proces en het belang wat wordt gehecht aan een adequate pijnstilling per patiënt. Het aantal patiënten dat is opgenomen in de steekproef voor de indicator laat zien hoe ver de informatisering van verpleegafdelingen is gevorderd. De verhouding tussen het aantal patiënten waarbij gemeten wordt op de verkoever en op de verpleegafdeling is een indicatie van de mate waarin patiënten worden bewaakt en gevolgd vanaf de operatiekamer naar verkoever, naar verpleegafdeling (de peroperatieve keten). De integratie met andere screenings, zoals ondervoeding en decubitus, geeft inzicht in de inrichting van de werkprocessen en hun doelmatigheid.

Tevens geeft een goede registratie van pijnscores de noodzakelijke informatie over de patiëntencategorieën die extra aandacht nodig hebben bij hun pijnbestrijding.

In de opbouw van de indicator komen verschillende fases naar voren (zie de aandachtspunten/inleiding). Deze verdeling in fases wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is in fase 2a: uitvoering screening, beperkte groep (verkoever)

*Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever is relatief laag (voor 2010: bij minder dan 78% van de patiënten is de pijn gemeten)*

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de verkoever? Wat zijn de ontslagcriteria?

- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting? Op welke wijze organiseert de verkoever/operatiekamer feedback of audits?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde processen op de verkoever (ontslagcriteria, dubbelcheck bij medicatie, patiëntenidentificatie protocollen) uitgevoerd?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid op de verkoeverkamer?
- Zijn er calamiteiten gemeld naar aanleiding van pijnbestrijding (medicatiefouten, falende bewaking, etc.)?
- Vindt er scholing over het gebruik van epidurale anesthesie plaats?
- Wanneer is de richtlijn voor het peroperatieve proces volledig ingevoerd?

*Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever is relatief hoog (voor 2010: bij 100% van de patiënten is de pijn gemeten)*

- Legt men op de verkoever de pijnscore elektronisch vast?
  - Zo nee: Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - Zo nee: Op welke wijze organiseert de verkoever/OK centrum feedback of audits?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?

Het ziekenhuis is in fase 2b van het beleid: uitvoering screening, brede groep

*Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2010: bij minder dan 53% van de patiënten is de pijn gemeten)*

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de afdeling, inclusief criteria voor ontslag naar huis?
- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting?
- Hoe is de verdeling van de percentages over de afdelingen?
- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van patiëntbewaking op de afdeling (pols, tensie, O<sub>2</sub>-saturatie, ademfrequentie)?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde processen op de verpleegafdeling (decubitus, delier, dubbelcheck bij medicatie) uitgevoerd?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis / de verschillende afdelingen feedback en audits?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid?

*Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief hoog (voor 2010: bij 100% van de patiënten is de pijn gemeten)*

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

*Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever én de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2010: verkoever minder dan 78%, verpleegafdeling minder dan 53%)*

- Op welke wijze organiseren de anesthesiologen het pijnbeleid (inclusief preoperatief beleid)?
- Hoe zijn de afstemming en verantwoordelijkheden geregeld over het pijnbeleid tussen:
  - Anesthesiologen en snijdende specialisten
  - Verkoeververpleegkundigen en afdelingsverpleegkundigen
  - Acute pijnservice en verpleegafdelingen

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

*Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is relatief hoog (voor 2010: meer dan 15% van de patiënten hebben een pijnscore boven de 7)*

- Wat is het pijnbeleid op de verpleegafdeling?
- Hoe functioneren de pijnteams / de acute pijnservice?
- Worden de pijnscores met pijnteam en verpleegafdelingen besproken?
- Hoe wordt het medicatiebeleid vastgelegd?

*Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is relatief laag (voor 2010: minder dan 2,5%)*

- Op welke wijze worden pijnscores gemeten?
  - Hoe worden patiënten met veel pijn geïdentificeerd?
  - Hoe groot is het verschil in scores tussen de afdelingen?
  - Kan het ziekenhuis deze gegevens overleggen?
- Wordt de kwaliteit van de pijnmeting bewaakt?
- Hoe is het pijnbeleid georganiseerd?

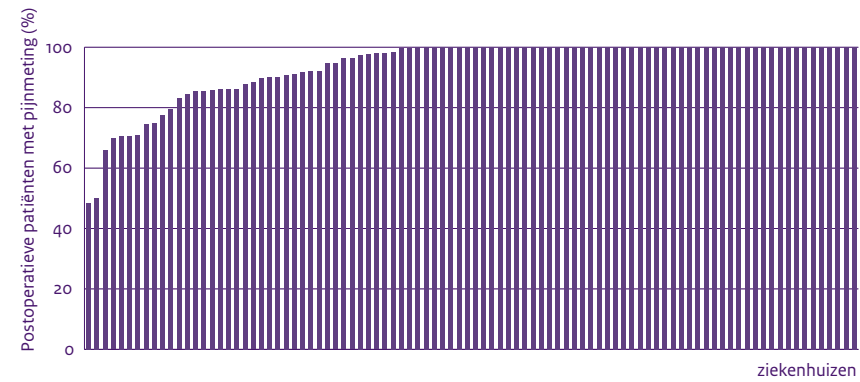
Het ziekenhuis verzamelt de gegevens van verkoever of verpleegafdeling door middel van een steekproef

- Hoe is de steekproef verdeeld over de verpleegafdelingen?
  - Zijn er waarborgen voor het meten van pijnscores bij alle afdelingen waar operatiepatiënten kunnen liggen?
  - Op welke wijze evalueert het ziekenhuis het eigen pijnbeleid?

## Resultaten

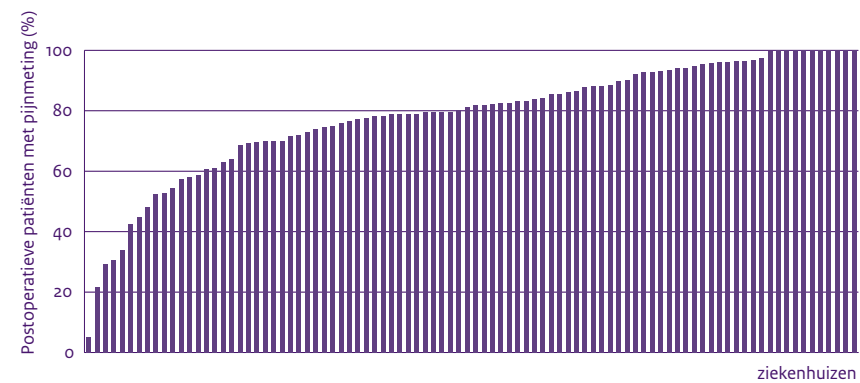
Figuur 1.1.1

Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkoeverafdeling (n=94)



Figuur 1.1.2

Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling (n=92)



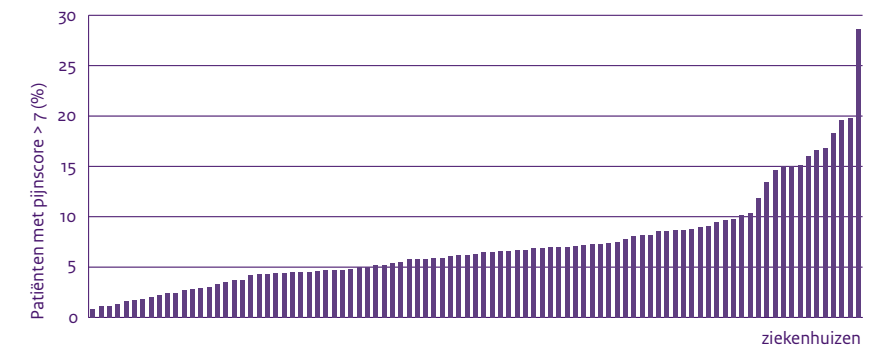
Tabel 1.1.1

Kengetallen pijnmetingen op de verkoever en de verpleegafdelingen

Pijnmetingen	verkoever	verpleegafdelingen
Percentage gemeten en geregistreerde pijnmetingen	gemiddeld 93,7 (48,4-100) mediaan 100	gemiddeld 78,2 (5,1-100) mediaan 81,6
Aantal met 100 procent	n=54	n=10
Niet opgegeven	n=4	n=6

Figuur 1.1.3

Patiënten met een pijnscore > 7 binnen 72 uur na een operatie (n=93)



Gemiddeld 7,2% (mediaan 6,3%) van de patiënten van de 93 ziekenhuizen had een pijnscore die op enig moment in de eerste 72 uur na een operatie boven de 7 was. De spreiding liep uiteen van 0,8 tot 28,6%.

## **Aandachtspunten bij het pijnbeleid na een operatie en de daarbij horende indicator**

### **Fases van implementatie**

Bij deze indicator, die al vele jaren in de basis staat, zijn goed de verschillende fases van implementatie en daarmee de mogelijkheid om te sturen op risico's te zien. Het meten van pijn is inmiddels volkomen gebruikelijk. Het goed vastleggen van scores voor analyse nog niet. Verschillende fases van ontwikkeling zijn dan ook te onderscheiden. Als eerste (1) het hebben van een infrastructuur (pijnprotocol en een pijnservice). De tweede fase is het daadwerkelijk uitvoeren van metingen bij patiënten. Hierbij is een onderscheid te maken in (2a) de pijnmetingen op de verkoever (*een afgebakende groep patiënten en personeel op één afdeling*) en (2b) het uitvoeren en vastleggen van pijnmetingen op de verpleegafdelingen (*een brede groep patiënten, verpleegkundigen en afdelingen*). De volgende stap (3e fase) is het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt per afdeling: het hebben en gebruiken van de uitkomst (> dan 7) van de pijnmeting (*een brede groep patiënten en afdelingen en een uitkomstmaat*). De 4e fase is het inzicht hebben in de data: het systematisch registreren en analyseren van informatie over pijn, ten behoeve van het leveren van verantwoorde zorg. De eerste fase is al enkele jaren geleden door alle ziekenhuizen bereikt en is dan ook geen indicator meer. Ook het daadwerkelijk uitvoeren van pijnmetingen op de verkoever (fase 2a) is door alle ziekenhuizen vrijwel volledig ingevoerd. Het niet meer verder stijgen van het gemiddelde percentage gescreende patiënten is daar een aanwijzing voor. De aandacht van de IGZ kan dus verlegd worden naar de volgende fases.

### **Steekproeven, de ontwikkeling naar een systematisch pijnbeleid**

In de resultaten is het nog niet bereiken van fase 4 onder andere terug te zien in het aantal ziekenhuizen dat een steekproef nodig heeft om de gegevens aan te leveren. Ziekenhuizen nemen een steekproef omdat de gegevens niet elektronisch beschikbaar zijn. Uit de indicatoren blijkt dit ook: 18 ziekenhuizen nemen een steekproef op de verkoever (fase 2a), 26 ziekenhuizen op de verpleegafdelingen (fase 2b) en 35 ziekenhuizen bij het percentage pijnmetingen >7 (fase 3).

Het risico van een eenmalige steekproef is dat ziekenhuizen dit alleen doen om één keer per jaar de gegevens aan de IGZ aan te leveren en niet om systematisch inzicht te hebben in de juiste zorg voor de patiënten (complicaties voorkomen, spoedig herstel bevorderen en het pijnbeleid beter richten op risicogroepen).

### **Blijven hangen in fase 1: Geen gegevens over pijnmetingen**

Nog steeds zijn er ziekenhuizen die geen gegevens kunnen aanleveren. In 2009 bleven 4 ziekenhuizen (UMC St Radboud Nijmegen, Ziekenhuis Rivierland Tiel, BovenIJ Ziekenhuis Amsterdam en het Amphia Ziekenhuis Breda) achter in het aanleveren van gegevens. Van deze ziekenhuizen kan alleen Ziekenhuis Rivierland Tiel nog steeds geen gegevens aanleveren. Het Amphia Ziekenhuis Breda levert gegevens over een beperkte steekproef. UMC St Radboud Nijmegen heeft inmiddels op een aantal afdelingen de registratie van de pijnmetingen en de pijnscore geïmplementeerd en BovenIJ Ziekenhuis Amsterdam kan alleen de specifieke pijnscore niet aanleveren. Kortom het Ziekenhuis

Rivierland Tiel en het Amphia Ziekenhuis Breda blijven ook in 2010 achter volgens hun eigen rapportage. BovenIJ Ziekenhuis Amsterdam en UMC St Radboud Nijmegen hebben een aardige stap gemaakt, maar zijn er nog niet.

Opvallend is dat Reinier de Graaf Groep Delft over 2010 de gevraagde gegevens niet kan aanleveren, terwijl ze over 2009 nog wel aangaf bij 100% van de patiënten op de verkoever en de verpleegafdelingen pijn te meten. Ook UMC Groningen heeft in tegenstelling tot 2009 geen cijfers over het aantal pijnmetingen, ze geven aan dat de gegevens alleen in het papieren dossier aanwezig zijn.

### **Pijn heeft een functie: het signaleren van complicaties**

Eén van de functies van het meten van pijn is het tijdig signaleren van complicaties die met pijn gepaard gaan. Om deze reden is het opmerkelijk dat ziekenhuizen in de toelichting aangeven te stoppen met pijnmetingen wanneer de (directe postoperatieve) pijn weg is. Het risico hiervan is dat te laat wordt opgemerkt dat de pijn terugkomt. Als men dus stopt met het meten van pijn, is het risico dat ook de complicaties die met pijn gepaard gaat, gemist worden. De IGZ heeft tijdens contacten met ziekenhuizen hier vervelende voorbeelden van gevonden. Het peroperatief proces kent acties en momenten die hoewel ze niet vaak fout gaan, grote gevolgen kunnen hebben. Een ander voorbeeld hiervan is de dubbel-check bij medicatie, persoonsverwisselingen etc. Dit vraagt om een veilig georganiseerd proces, waarbij veiligheidscontroles systematisch worden uitgevoerd. Het eerste deel van het peroperatief proces is sinds 1 maart 2011 systematisch beschreven, de andere delen zullen volgen. De IGZ houdt systematisch toezicht op het goed uitvoeren van dit proces.



## 1.2 Heupfractuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 1.2 en 1.3, pagina 26. (www.igz.nl/onderwerpen)

### Indicatoren

- Percentage patiënten (van 65 jaar en ouder) met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is.
- Heroperaties bij een heupfractuur.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt met onder andere deze indicator naar de organisatie van de spoedeisende hulp in een ziekenhuis. Voorbeelden van andere indicatoren over de spoedeisende hulp zijn de snelheid van trombolysie, antibioticatoediening en die van de MDL-scopie. Het verschil tussen deze indicatoren is de tijdfactor: trombolysie en antibioticatoediening onderzoeken acties die binnen enkele uren plaatsvinden gezien vanuit twee verschillende specialismen; de heupfractuur en MDL-scopie bestrijken daarentegen tientallen uren.

Een andere reden dat de IGZ aandacht besteedt aan heupfracturen is dat het hier een kwetsbare groep oudere patiënten betreft, waarbij meerdere problemen tegelijkertijd voorkomen. Oudere patiënten met een heupfractuur worden door zorgverleners dan ook aangewezen als dé groep patiënten die het meeste schade ondervindt als er sprake is van inadequate zorg en incidenten tijdens het zorgproces<sup>[9]</sup>. Dit zorgproces is daarbij ook nog zeer complex want het vereist een samenwerking tussen veel verschillende disciplines zoals de spoedeisende hulp, radiologie, chirurgie, orthopedie, geriatrie, anesthesiologie, de operatie-afdeling en soms de intensive care afdeling. Daarbij betreft het patiënten die een variëteit aan co-morbiditeit hebben en waarbij de revalidatie naderhand vaak moeizaam verloopt. Om het risico van complicaties te reduceren is een complexe serie van interventies vereist, waarbij acties van verschillende specialismen en ziekenhuisafdelingen gecoördineerd dienen te worden.<sup>[10]</sup>

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Het percentage patiënten dat (snel) binnen een kalenderdag is geopereerd met een willekeurige ASA-score (conditiescore) is relatief laag (voor 2010: ASA 1-2: minder dan 84%, ASA hoger dan 2: minder dan 69%, ASA onbekend: 0%)*

- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
- Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?

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

[10] Moran, WP, Chen GJ, Watters C, Poehling G, Millman F. Using a collaborative approach to reduce postoperative complications for hip-fracture patients: a three-year follow-up. Journal on Quality and Patient Safety, 2006, 32 (1):16-23.

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis zelf gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces in vergelijking met andere ziekenhuizen? En wat was daarvan het resultaat?
  - Welke andere groepen ingrepen/patiëntenproblemen zijn ook in het onderzoek betrokken?

*Het percentage snel geopereerde patiënten is relatief hoog in een of meer van de ASA-klassen (voor 2010: ASA 1-2: meer dan 98,5%, ASA hoger dan 2: meer dan 97%, ASA onbekend: 100%)*

- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek voor patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
  - Hoe ver is het ziekenhuis met de implementatie van de richtlijn operatief proces voor spoedpatiënten?
- Wat zijn de indicaties in het ziekenhuis om een ingreep uit te stellen?

*Het percentage patiënten met een lage ASA-score (onder de 3) is lager of gelijk aan patiënten met een hoge ASA-score (3 of hoger)*

- Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op een operatie van spoedeisende patiënten met complexe aandoeningen?

*De ASA-score ontbreekt vaak*

- Welk deel van deze groep bestaat uit conservatief behandelde patiënten?
- Indien dit niet van belang is: hoe waarborgt het ziekenhuis de communicatie van preoperatieve gegevens?
- Voldoet het ziekenhuis volledig aan de richtlijn preoperatief proces?

*Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief hoog (voor 2010: na interne fixatie van een collum femoris fractuur meer dan 9,1%, na een endoprothese van een collum femoris fractuur meer dan 9,1%, na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur meer dan 6,5%)*

- Wat was in 2010 de ziekenhuismortaliteit na een heupfractuur?
- Hoe is de kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling voor operaties georganiseerd?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?
  - Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met het tijdstip van de ingreep?
  - Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding, decubitus)?
- Worden de ingrepen door meerdere vakgroepen uitgevoerd? Zo ja
  - Worden (verschillen in) technieken en resultaten tussen de vakgroepen besproken?
  - Heeft iedereen die de ingrepen uitvoert ook inzage in de complete complicatieregistratie?
  - Zijn gestandaardiseerde ziektespecifieke protocollen bij alle uitvoerende specialismen ingevoerd?



Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief laag (voor 2010: 0%)

- Hoe spoort het ziekenhuis heroperaties op?
- Welk coderingssysteem heeft de vakgroep voor de registratie van operatietechnieken?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding, decubitus)?

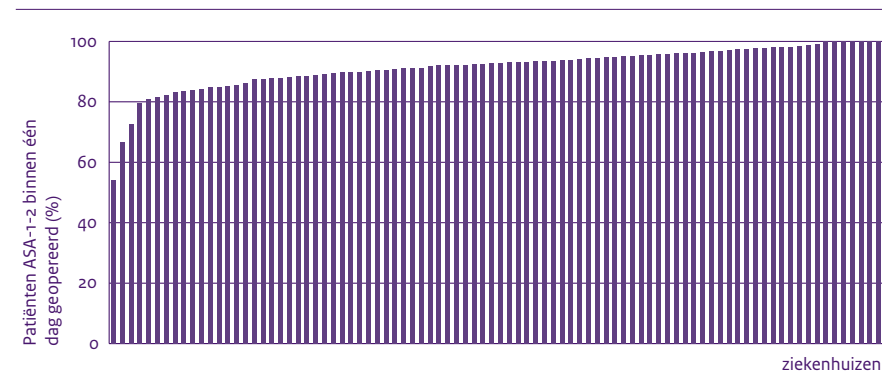
Het ziekenhuis kan geen onderscheid maken tussen de operatietypen

- Hoe houdt het ziekenhuis kwaliteit van de verschillende ingrepen en daarmee de zorg voor deze kwetsbare groep patiënten in de gaten?

## Resultaten

Figuur 1.2.1

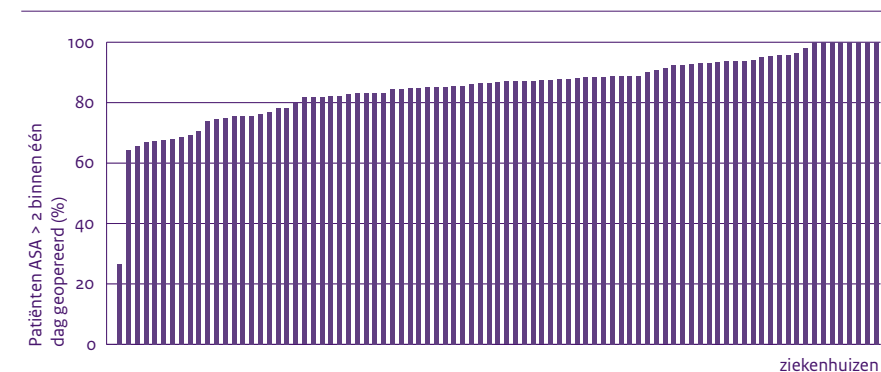
Percentage patiënten ASA 1-2 met een heupfractuur binnen één kalenderdag geopereerd (n=88)



88 ziekenhuizen hebben het percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 (goede conditie) dat binnen één kalenderdag is geopereerd, opgegeven. Het gemiddelde is 91,5% (mediaan 92,7%) en varieert van 54 tot 100% (p10: 83,8%, p90: 98,5%). 7 ziekenhuizen geven aan in 2010 alle patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 binnen één kalenderdag operatief te hebben behandeld.

Figuur 1.2.2

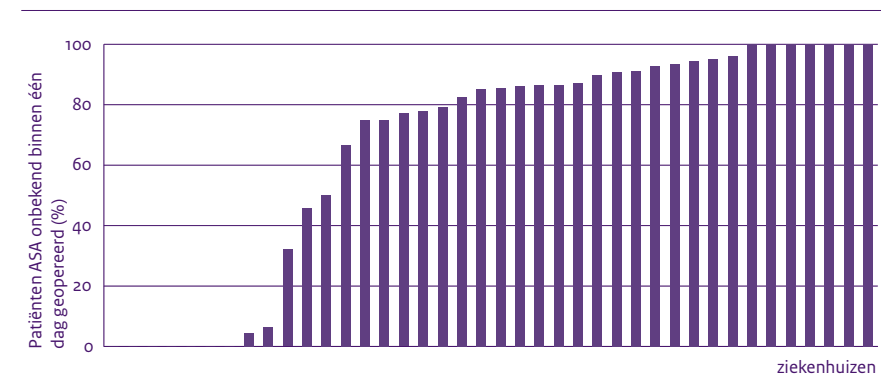
Percentage patiënten ASA > 2 met een heupfractuur binnen één kalenderdag geopereerd (n=88)



88 ziekenhuizen hebben het percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur en ASA-klasse hoger dan 2 (matig tot hoog operatierisico) dat binnen één kalenderdag is geopereerd, opgegeven. Het gemiddelde is 84,1% (mediaan 86,6%) en varieert van 0 tot 100% (p10: 69,1%, p90: 97,0%).

Figuur 1.2.3

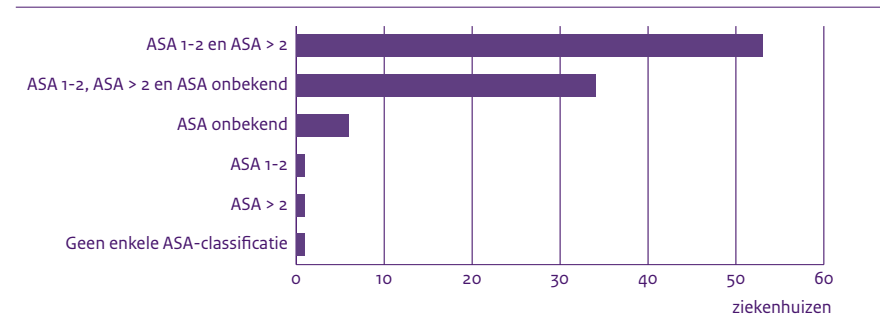
Percentage patiënten ASA onbekend met een heupfractuur binnen één kalenderdag geopereerd (n=40)



40 ziekenhuizen hebben het percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur en onbekende ASA-klasse dat binnen één kalenderdag is geopereerd, ingevuld. Het gemiddelde is 65,8% (mediaan 85,3) en varieert van 0 tot 100% (p10: 0%, p90: 100%). Een deel van deze patiënten is conservatief behandeld, voor deze groep is het operatie-interval irrelevant.

Figuur 1.2.4

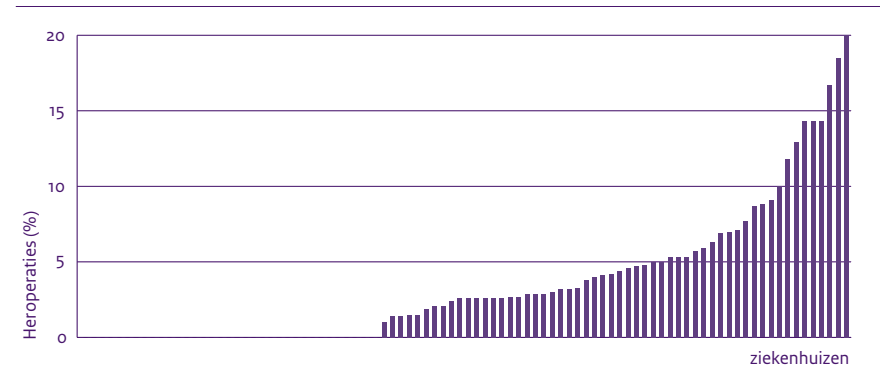
Beschikbaarheid ASA-classificatie van heupfractuurpatiënten (n=96)



De inspectie heeft van 96 ziekenhuizen gegevens gekregen. 87 van deze ziekenhuizen maakten onderscheid in verschillende ASA-classes. 53 van deze ziekenhuizen overlegden gegevens over patiënten met ASA-klasse 1-2 en ASA-klasse hoger dan 2. Daarnaast vulden 34 ziekenhuizen ook gegevens in over een groep patiënten waarvan de ASA-klasse onbekend was. Bij 6 ziekenhuizen werd het onderscheid in ASA-classes niet gemaakt. Ook waren er 2 ziekenhuizen die enkel gegevens over de ASA-klasse 1-2 respectievelijk de ASA-klasse hoger dan 2 aanleverden.

Figuur 1.2.5

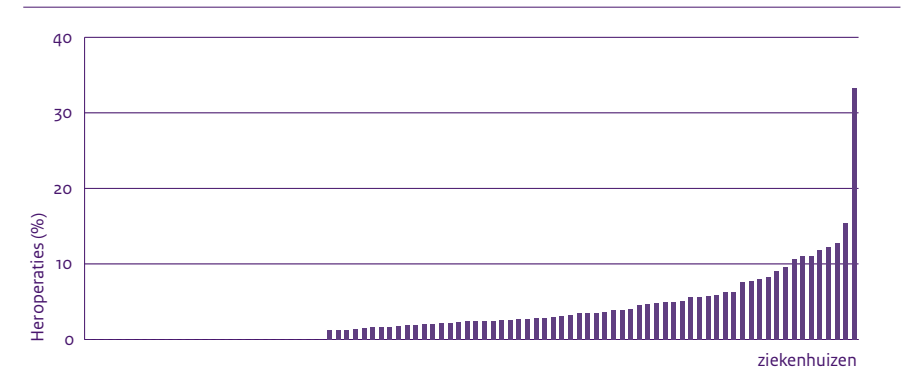
Percentage heroperaties na collumfractuur met interne fixatie (n=92)



92 ziekenhuizen hebben het percentage heroperaties na collumfractuur met interne fixatie ingevuld. Het gemiddelde percentage was 3,5% (mediaan 2,6%). Het percentage varieert van 0 tot 20% (p10: 0%, p90: 9,1%). De ziekenhuizen gaven in totaal 4.431 mediale collumfracturen met interne fixatie op en 130 heroperaties.

Figuur 1.2.6

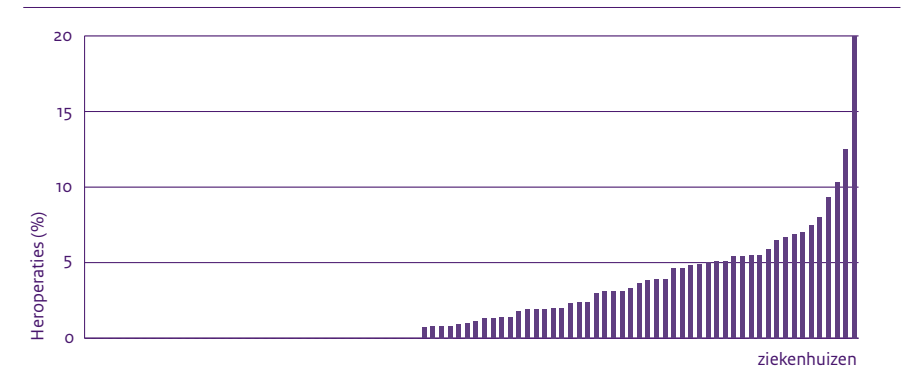
Percentage heroperaties na collumfractuur met endoprothese (n=91)



91 ziekenhuizen hebben het percentage heroperaties na collumfractuur behandeld met endoprothese ingevuld. Het gemiddelde percentage was 3,5% (mediaan 2,4%). Het percentage varieert van 0 tot 33,3% (p10: 0%, p90: 9,1%). De ziekenhuizen gaven in totaal 6.149 mediale collumfracturen behandeld met endoprothese op en 195 heroperaties.

Figuur 1.2.7

Percentage heroperaties na een pertrochantere fractuur (n=90)



90 ziekenhuizen hebben het percentage heroperaties na een pertrochantere fractuur met interne fixatie ingevuld. Het gemiddelde percentage was 2,4% (mediaan 1%). Het percentage varieert van 0 tot 20% (p10: 0%, p90: 6,5%). De ziekenhuizen gaven in totaal 6.016 pertrochantere fracturen met interne fixatie op en 137 heroperaties.

Figuur 1.2.8

Percentage patiënten met een heupfractuur geregistreerd volgens LTR (n=81)



Gemiddeld 93,3% (mediaan 100%) van de 81 ziekenhuizen geeft aan volgens de standaarden van het LTR te registreren. Het percentage varieert van 0 tot 111,4% (p10: 79,8%, p90: 100%). De ziekenhuizen met meer dan 100% hebben ook patiënten opgenomen die jonger waren dan 65 of die zijn verwezen voor behandeling vanuit een ander ziekenhuis.

## Aandachtspunten voor de zorg bij een heupfractuur en de daarbij behorende indicator

### Een risicoprofiel: Opvallend weinig heupoperaties binnen één kalenderdag

In eerste instantie scoort het Diaconessenhuis Meppel opvallend laag in het percentage heupoperaties binnen één kalenderdag (ASA 1-2: 54%, ASA >2: 27%). Opmerkelijk is ook dat er 374 patiënten met een heupfractuur gepresenteerd worden, maar dat het ziekenhuis later in de indicator her-operaties aangeeft (slechts 155 heupoperaties uit te voeren. Dat bijna 60% van de patiënten conservatief behandeld wordt, is onwaarschijnlijk. Bij navraag levert het ziekenhuis aangepaste data. Ook deze data lijken niet te kloppen. Nadere analyse van de nieuwe en eerder ingevulde data wijst uit dat ze de indicator waarschijnlijk verkeerd invullen. In plaats van een uitsplitsing naar ASA 1-2 en ASA >2 in de teller en de noemer, doet het ziekenhuis dit alleen bij de teller (het aantal patiënten binnen één kalenderdag geopereerd). De noemer is steeds het totale aantal patiënten met een heupfractuur (in plaats van het aantal patiënten met een heupfractuur met ASA 1-2 dan wel ASA >2). Dit verklaart het lage percentage heupoperaties binnen één kalenderdag en ook het grote verschil met de aangegeven heupfracturen die geopereerd worden in de indicator heroperaties. Met dit inzicht lijken de uitkomsten van de zorg voor patiënten met een heupfractuur (over 2010) niet problematisch.

Zorgwekkend is wel dat, naast de verkeerd ingevulde indicator, in de nieuw opgestuurde data vanuit het ziekenhuis verschillende incorrecte cijfers en berekeningen stonden. De inspectie kan zich niet voorstellen dat het ziekenhuis zelf de zorg voor patiënten met een heupfractuur probeert te monitoren met behulp van enige vorm van analyse van de eigen prestaties.

### Aantal patiënten met heupfractuur gepresenteerd en geopereerd

Tussen de aantallen patiënten die met een heupfractuur gepresenteerd zijn in een ziekenhuis en de patiënten met een heupfractuur die een operatie ondergaan hebben, zitten grote verschillen. Zo komt het voor dat er bijna meer dan 2,5 keer zoveel patiënten een heupoperatie ondergaan als patiënten die in het ziekenhuis met een heupfractuur gepresenteerd zijn. Ook andersom zou in sommige ziekenhuizen van de patiënten met een heupfractuur slechts 40% een operatie ondergaan. Het blijkt lastig te zijn om goed zicht te hebben op de patiënten met een heupfractuur. Soms betreft het maar één van de twee vakgroepen die de ingreep uitvoeren.

Het feit dat deze groep niet goed in beeld is, roept vragen op over hoe de kwaliteit van de ingreep bij deze groep kwetsbare ouderen bewaakt wordt en hoe verschillende specialismen en ziekenhuisafdelingen samenwerken.

### Waarom vind de IGZ deelname LTR van belang?

Een goede registratie biedt inzicht in de resultaten van het ziekenhuis op een zodanige manier dat het ziekenhuis zijn kwaliteit kan verbeteren en tijdig in kan grijpen indien zich problemen voordoen. Traumapatiënten vormen een bijzondere groep omdat zij qua

samenstelling vrij sterk kunnen verschillen van de rest van de ziekenhuispopulatie. Vaak zijn het jonge patiënten met een lange levensverwachting of oude fragiele patiënten met weinig reserves. Daarnaast beïnvloeden aard en ernst van het trauma het resultaat. De zorg wordt geleverd door een keten van activiteiten (ketenzorg), waarvan een belangrijk deel zich afspeelt buiten het ziekenhuis. De kans dat een ziekenhuis de kwaliteit van de zorg kan beoordelen alleen op eigen, incidentele waarneming is niet groot. Het is dan ook gewenst dat ziekenhuizen deelnemen aan een centraal systeem van kwaliteitsbewaking en bevordering, dat voldoet aan gestandaardiseerde eisen. Doen zij dat niet dan is het risico dat kwaliteitsproblemen worden gemist groot. Het is dan wel gewenst dat zij goede spiegel-informatie ontvangen, bijvoorbeeld vanuit een traumacentrum. De deelname aan de LTR is toegenomen in het afgelopen jaar.

#### **Onderscheid tussen interne fixatie en endoprothese**

Zes ziekenhuizen geven aan dat ze geen onderscheid konden maken tussen interne fixatie en endoprothese. Voorafgaand aan het publiceren van deze indicator is er veel discussie geweest over de vraag of van ziekenhuizen verwacht kan worden dat ze in hun data onderscheid maken tussen deze ingrepen. Dit onderscheid is volgens de ziekenhuizen niet te maken op basis van financiële DBC codes. De keuze voor interne fixatie of endoprothese moet ook niet afhankelijk zijn van de financiële vergoeding. Volgens NVvH en de NOV is er echter wel een belangrijk verschil in het risicoprofiel tussen de beide ingrepen. Voor een risicocorrectie op de uitkomst is dit gegeven dan ook essentieel. Om de kwaliteit van de ingrepen en daarmee de zorg voor deze kwetsbare groep patiënten te monitoren is het maken van onderscheid in de registratie tussen deze twee behandelingen dan ook nodig. Meer in het algemeen: een registratie moet zicht kunnen geven op een belangrijk kwaliteits-onderscheid, ook als er geen financiële reden voor het onderscheid is. Het Noorse model voor een landelijk heupfractuur register heeft dit volgens de Nederlandse Orthopedische Vereniging goed geregeld.

## **1.3 Cataract**

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 1.4, pagina 31. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

#### **Indicatoren**

- Registratie operatieve data.
- Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van het eerste en tweede oog.

#### **Belang van de indicator / Wat zijn de risico's**

Cataractoperaties (grijze of grauwe staar) zijn de meest voorkomende operaties in Nederlandse ziekenhuizen. Verreweg de grootste groep patiënten die deze ingreep ondergaan zijn ouderen. Hoewel het risico per ingreep klein is, maakt het grote aantal operaties het toch een belangrijk onderwerp voor toezicht. De eerste indicator gaat over automatisering van de gegevens betreffende en rondom het operatieve proces. Voor de inspectie levert dit informatie op over de mate waarin een ziekenhuis in staat is om de kwaliteit van de oogheelkunde te bewaken aan de hand van data. De tweede indicator vraagt naar de wachttijd tussen de operaties van het eerste en het tweede oog wanneer beide ogen geopereerd worden. Er is een klein risico dat een operatie gecompliceerd verloopt, met als gevolg kans op sterk verminderd zicht in het geopereerde oog. Als de beide ingrepen te kort na elkaar worden uitgevoerd, bestaat het risico op ernstige slechtziendheid aan beide ogen. Er zijn publicaties die stellen dat een goed operatief proces deze ernstige complicaties kan voorkomen, zelfs wanneer de ingrepen kort na elkaar plaatsvinden. Bij post-operatieve anisometropie (verschil in sterkte tussen beide ogen) kan het voor patiënt wenselijk zijn binnen 28 dagen aan het tweede oog geopereerd te worden omdat het refractieverval te groot is en dit veel visusklachten veroorzaakt. Een oogarts en een patiënt moeten samen de risico's afwegen en komen tot een verantwoord besluit over het interval. Een score van 100% bij deze indicator is onwaarschijnlijk en mogelijk ongewenst.

#### **Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?**

*Het percentage patiënten met minimaal 28 dagen wachttijd is relatief laag (voor 2010: minder dan 90,2%)*

- Op welke wijze garandeert het ziekenhuis de kwaliteit van de peri-operatieve veiligheid van de operaties op een zodanig hoog niveau dat het afwijken van de richtlijn verantwoord is?
- Wat is de reden dat zoveel patiënten met een kort interval of beiderzijds een cataract operatie ondergaan?
  - Welke informatie geeft het ziekenhuis in de informed consent procedure?

- Hebben zich de afgelopen drie jaar ernstige complicaties voorgedaan, leidend tot permanent (eenzijdig) visusverlies (let op: gezien de lage frequentie van incidenten is het ontbreken van incidenten geen rechtvaardiging voor het afwijken van de richtlijn)?

Het percentage patiënten met minimaal 28 dagen wachttijd is relatief hoog (voor 2010: 100%)

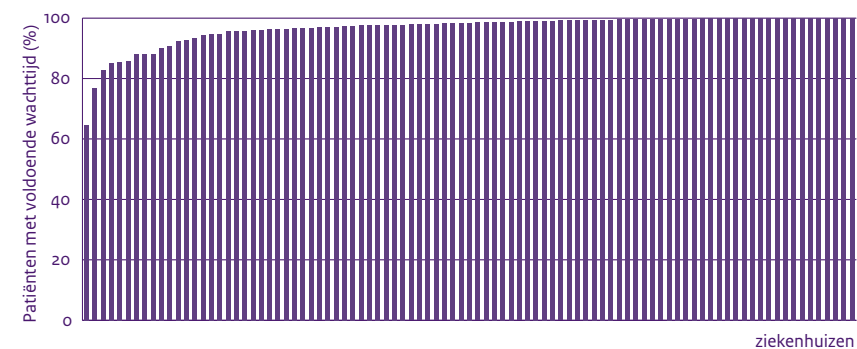
- Op welke wijze houdt het ziekenhuis rekening met indicaties om met een kortere interval te opereren?
- Hebben zich de afgelopen drie jaar ernstige complicaties voorgedaan, leidend tot permanent (eenzijdig) visusverlies?

### Resultaten

Alle ziekenhuizen houden een elektronische dataregistratie bij voor pre-, per- en post-operatieve data. Slechts één ziekenhuis (Westfriesgasthuis Hoorn) gebruikte in 2010 hiervoor niet de specificaties van de beroepsgroep (NOG).

Figuur 1.3.1

Percentage cataractoperaties waarbij ≥28 dagen wachttijd zit tussen het eerste en tweede oog (n=93)



Het percentage patiënten ouder dan vijftig jaar met 28 dagen wachttijd tussen het eerste en tweede oog is bekend in 93 ziekenhuizen.

In totaal hebben 39.109 patiënten een cataractoperatie aan het tweede oog ondergaan. Daarvan zat bij 37.328 patiënten (96,6%) 28 dagen of meer wachttijd tussen de eerste en de tweede operatie. Percentages varieerden van 64,7 tot 100%.

## Aandachtspunten bij cataract en de daarbij horende indicator

### Risico bij hoogvolume ingrepen

Aangezien de cataractoperatie de meest voorkomende ingreep is in Nederland, gaat het ook om de grootste groep patiënten. Een klein percentage complicaties treft dus toch veel patiënten. Systematische kwaliteitsbewaking is bij dergelijk hoogvolume ingrepen erg belangrijk. Percentages van complicaties tijdens of direct na een cataractoperaties die worden gemeld zijn 2,6%<sup>[11]</sup> en 3,7%<sup>[12]</sup>. In 2009 werden ongeveer 145.000 cataractoperaties<sup>[13]</sup> uitgevoerd. Dat betekent dat dus ieder jaar bij meer dan 4000 patiënten complicaties optreden. Uit onderzoek blijkt dat als complicaties weinig voorkomen (minder dan 5%) een goede surveillance (opsporing, registratie en analyse) nodig is om de kwaliteit van de ingreep te bewaken<sup>[14]</sup>.

### Profiel 'cataract' ziekenhuizen

In de toekomst wordt – gezien de grote hoeveelheid nieuwe minimumnormen voor complexe ingrepen – steeds meer van ziekenhuizen verwacht dat ze keuzes gaan maken in de ingrepen die ze uitvoeren. Uit de gegevens is onderscheid te zien tussen ziekenhuizen die veel hoogrisico – laagvolume ingrepen uitvoeren en ziekenhuizen die veel laagrisico – hoogvolume ingrepen (zoals cataract) uitvoeren. Hoogrisico ingrepen worden vooral uitgevoerd door academische ziekenhuizen en grote topklinische ziekenhuizen. Bij ingrepen als cataract- en heupoperaties zijn de academische ziekenhuizen juist vaak de ziekenhuizen die weinig van deze ingrepen uitvoeren. Er zijn enkele topklinische ziekenhuizen die wel een breed pallet aan verrichtingen vaak uitvoeren (een voorbeeld zijn de Isalaklinieken Zwolle en het Amphia ziekenhuis Breda).

Een andere groep ziekenhuizen valt op door het grote aantal heup- en cataractingrepen die worden uitgevoerd. Voorbeelden daarvan zijn het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis en het Meander Medisch Centrum die voor beide ingrepen behoren tot de acht ziekenhuizen die de ingreep het frequentst uitvoerden.

Ziekenhuizen die kiezen voor een profiel met ingrepen die vooral uitgevoerd worden bij kwetsbare ouderen dienen ook specifieke aandacht te besteden aan de risico's die bij dat profiel passen. De IGZ verwacht dan ook dat deze instellingen beter scoren op onderwerpen als delier, ondervoeding en decubitus.

[11] [http://www.oogartsen.nl/oogartsen/ooglens\\_staar/resultaten\\_staaroperaties/](http://www.oogartsen.nl/oogartsen/ooglens_staar/resultaten_staaroperaties/)

[12] Lundström M et al. 1998 *European cataract Outcome Study*. Report from the European Cataract Outcome Study Group. *J Cataract refract surgery* 2001 Aug; 27 (8): 1176-84.

[13] CBS Statline (CvV 5-142 - 5-148)

[14] *American Journal of Epidemiology*, Volume 121, Issue 2 Pp. 182-205.

## 2 Verpleegkundige zorg

De omschrijving van de verpleegkundige zorg en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 3, pagina 36. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

Goede verpleegkundige zorg in een ziekenhuis is voor een patiënt van groot belang. Verpleegkundigen hebben intensief contact met een patiënt en zij zijn vaak als eerste op de hoogte van zijn of haar conditie. In deze basisset gaat het om de indicatoren rond verantwoord eten (ondervoeding), verantwoorde lichaams- en wondverzorging (decubitus), de mentale gezondheid (delirium) en een doeltreffend pijnbeleid (pijn na een operatie).

De kwaliteit van de organisatie van het verpleegkundig proces is een belangrijke graadmeter voor de IGZ. Een belangrijk deel van het werk van verpleegkundigen bestaat uit het verzamelen van gegevens over patiënten, het inzichtelijk maken van de conditie van een patiënt en de zichtbaar geworden risico's beheersen. Bij de genoemde verpleegkundige indicatoren in deze basisset speelt het systeem dat hiervoor nodig is steeds een rol. Het systeem wordt eigenlijk altijd fasegewijs opgebouwd.

Het gaat bij fase 1 van de opbouw van dit systeem eerst om het ontwikkelen van een infrastructuur; protocollen schrijven en personeel aanwijzen. In de tweede fase screenen verpleegkundigen patiënten om te kijken of zij een verhoogd risico lopen op bijvoorbeeld delirium. In de derde fase worden de door de verpleegkundige verzamelde resultaten gebruikt om risicopatiënten beter te bewaken of te behandelen. En in de vierde fase wordt de informatie gebruikt om het screeningsproces bewust te sturen, bijvoorbeeld door adequate preventie of door achterlopende of hoogrisico afdelingen meer te laten screenen. Het ziekenhuis heeft dan beheersing over het risico.

De uitslagen van de ondervoeding, decubitus, delirium en pijn indicatoren laten zien dat ziekenhuizen deze fasen inderdaad doorlopen. Het tempo is per ziekenhuis en per onderwerp echter verschillend. Opvallend is dat patiënten soms een paar jaar op meerdere afdelingen worden gescreend (fase 2) zonder dat de resultaten daadwerkelijk gebruikt worden voor risicobeheersing (fase 3 en 4).

Voor een goede basiszorg van met name de kwetsbare patiënten en om vertraging van het herstel, een slechte kwaliteit van leven en zelfs voortijdig overlijden te voorkomen, is het belangrijk dat een ziekenhuis alle fasen van dit systeem doorloopt en de verzamelde screeningsinformatie van de verpleegkundigen ook daadwerkelijk gebruikt. Ziekenhuizen kunnen daarbij veel leren van andere verpleegkundige processen binnen het ziekenhuis die wel het hele systeem doorlopen hebben.

### Vragen die de inspectie kan stellen als meerdere verpleegkundige zorg indicatoren een opvallende uitslag geven

#### Fase 1

*Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van de infrastructuur (beleid, protocollen, beschikbaarheid personeel)*

- Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?

#### Fase 2

*Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog niet verder dan fase 2 van het beleid (screening)*

- Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
  - Met hoeveel gescreende patiënten is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, delirium, decubitus en pijn?
- Hoe voorkomt het ziekenhuis frustratie van verpleegkundigen omdat de resultaten van hun (screenings)werk niet worden gebruikt?

*Het percentage afdelingen waarbij is gescreend is bij meerdere indicatoren opvallend hoog*

- Hoe verhouden de verschillende noemers zich tot de grootte van het ziekenhuis?
- Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
  - Zo nee: waarop is de uitslag dan gebaseerd?

#### Fase 3

*Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog niet verder dan fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)*

- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens voor een gericht preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de implementatie achterblijft?

## 2.1 Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 3.1, pagina 38.  
([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Puntprevalentie decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie ziekenhuisbreed.
- Incidentie decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie bij een homogene patiëntenpopulatie.

### Belang van de indicator

Decubitus komt in ziekenhuizen regelmatig voor. Vooral kwetsbare, oudere patiënten lopen risico op doorligwonden. Decubitus en huidletsels ontstaan onder andere door incontinentie en worden gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Door een actief preventie en behandelbeleid is decubitus voor een belangrijk deel te voorkomen. Ziekenhuizen hebben het afgelopen decennium veel in betere preventie en behandeling van decubitus geïnvesteerd met als gevolg een afgenomen prevalentie (aantal gevallen per duizend of per honderdduizend).

Met het dalen van de prevalentie is de indicator puntprevalentie (de prevalentie op een specifiek moment) minder geschikt geworden. Dat komt omdat bij een klein aantal gevallen de betrouwbaarheid van de gegevens afneemt. De incidentie van decubitus in een homogene populatie is daarom als indicator voor verpleegkundige zorg geschikt. Bij deze indicator gaat het om een groep patiënten met kenmerken die het hele jaar door worden gemeten en goed vergelijkbaar zijn.

De samenhang met andere indicatoren zoals pijn op de verpleegafdeling en ondervoeding, geeft de inspectie een indicatie op welke wijze de verpleegkundige zorg integraal wordt ingericht en bewaakt.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

1: Het ziekenhuis is nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van een decubitusbeleid (ontwikkelen infrastructuur)

*Het ziekenhuis heeft geen registratiesysteem voor de prevalentie of de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie*

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met decubitus?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?

2: Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (ontwikkelen screening)

*Het aantal patiënten op decubitus onderzochte patiënten (ziekenhuisbreed) is relatief laag (voor 2010: minder dan 96)*

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met decubitus?
  - Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?

- Aan welke risicogroepen wil het ziekenhuis aandacht besteden en waar blijkt dat uit?
- Welk preventiebeleid voert het ziekenhuis?

*Het percentage patiënten (van één van de indicatoren) met decubitus is relatief hoog (voor 2010: meer dan 6% bij de puntprevalentie of meer dan 1,9% decubitus bij de incidentie in een homogene populatie)*

- Welk preventiebeleid voert het ziekenhuis?
- Op welke wijze wordt door de verpleegkundigen inzicht verkregen in het risicoprofiel van de patiënten?

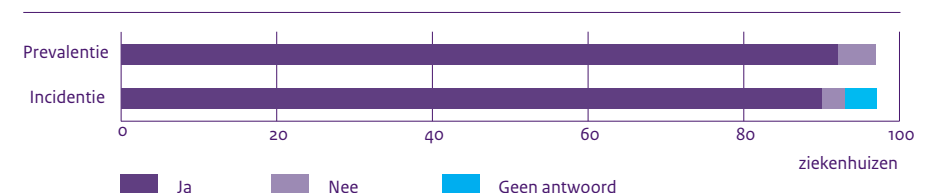
*Het percentage patiënten met een heupvervangende decubitus is relatief laag (voor 2010: minder dan 0,6% bij de puntprevalentie of 0% decubitus bij de incidentie in een homogene populatie)*

- Is er preoperatief sprake van een risicotaxatie op decubitus?
- Hoe regelt het ziekenhuis de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening?
- Wie draagt de verantwoordelijkheid voor het screenen op risico's tijdens de opname?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding?
- Wat is de uitslag van de screening op pijn op een verpleegafdeling?

### Resultaten

Figuur 2.1.1

Systematische registratie (n=97)



Bijna alle ziekenhuizen geven aan zowel de prevalentie als de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie systematisch te registreren. Naast puntprevalentie- en incidentiemetingen, houdt dit ook de aanwezigheid van één of meer decubitus- en wondconsulenten en een commissie of werkgroep die het decubitus- en wondbeleid op basis van de registraties waar nodig bijstelt in.

Drie ziekenhuizen (Antonius Ziekenhuis Sneek, Atrium Medisch Centrum Parkstad en Ommelander Ziekenhuisgroep) geven zowel bij de prevalentie als de incidentie aan geen systematische registratie te hebben.



Figuur 2.1.2

**LPZ-meting (n=97)**



56 van de 97 ziekenhuizen registreren de prevalentie ziekenhuizen volgens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), de overige 41 ziekenhuizen gebruiken een ander / eigen systeem, het meest genoemde systeem (naast eigen systeem) is Hill Rom (zesmaal).

Figuur 2.1.3

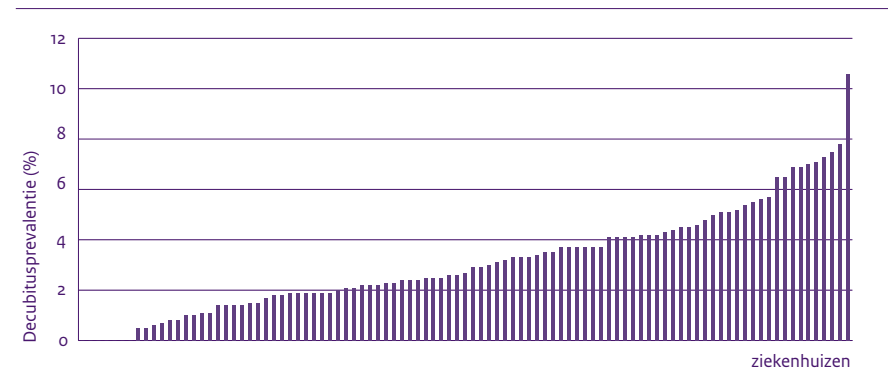
**Onderzoeker decubitus (n=97)**



46 ziekenhuizen gaven aan dat de decubitus- en wondconsulent bij het vaststellen van het aantal gevallen van decubitus betrokken was. In de toelichting bij 'anders namelijk' geven nog eens 15 ziekenhuizen aan dat de decubitus- en wondconsulent in combinatie met iemand anders (vaak de afdelingsverpleegkundige) het onderzoek heeft verricht. De overige ziekenhuizen noemen voornamelijk afdelingsverpleegkundigen en 'aandachtvelders decubitus'.

Figuur 2.1.4

**Decubitusprevalentie (n=97)**



In 97 ziekenhuizen is de decubitusprevalentie in 2010 bekend. De gemiddelde punt-prevalentie lag op 3,1% (mediaan is 2,7%) met een spreiding van 0 tot 10,6%. In totaal zijn er 46.000 patiënten gescreend op decubitus.

In de toelichting bij deze indicator staat dat voor een goed beeld van de gemiddelde prevalentie het beste vier keer per jaar een prevalentieonderzoek uitgevoerd moet worden. De meerderheid van te ziekenhuizen baseert hun prevalentiecijfer op slechts één meting (tabel 2.1.1.).

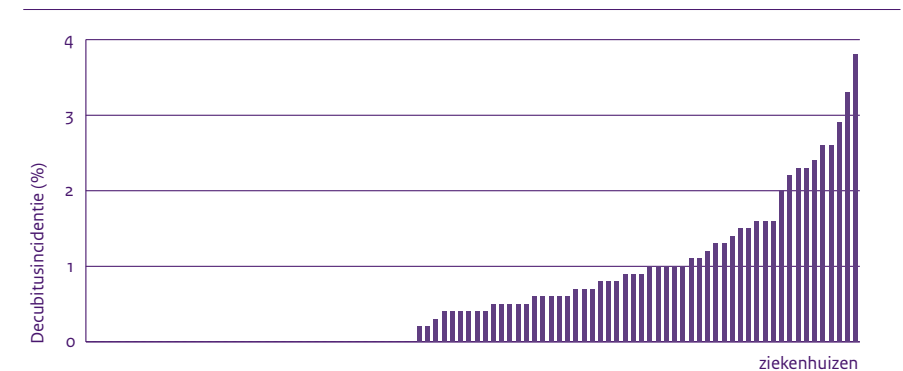
Tabel 2.1.1

**Aantal metingen voor prevalentiecijfer**

Aantal metingen	Aantal ziekenhuizen
1	77
2	7
3	3
4 - 30	6 (waarvan 1 met 2 locaties)
52 ('wekelijks') tot 'gehele jaar'	3 (waarvan 1 met 2 locaties)
onbekend	1

Figuur 2.1.5

**Decubitusincidentie (n=94)**

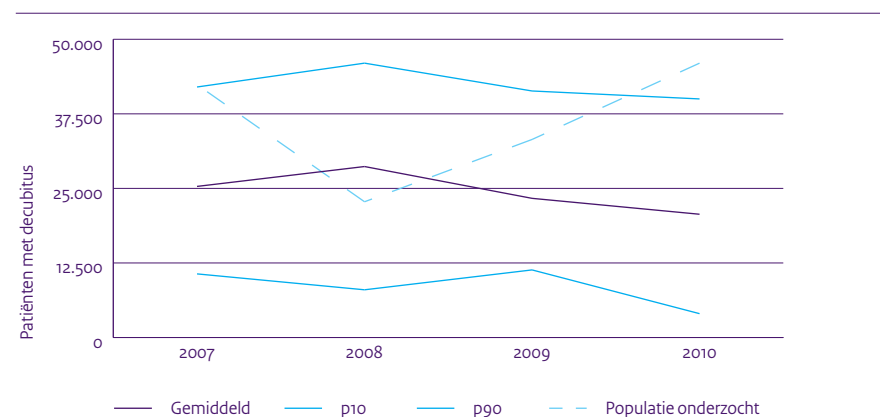


94 ziekenhuizen hebben de gegevens bekendgemaakt over decubitusincidentie bij patiënten waarbij de totale heup is vervangen. In 2010 zijn 24.753 patiënten opgenomen voor een totale heupvervangning en gescreend op decubitus. Gemiddeld was de incidentie bij deze patiëntengroep 0,7% (mediaan 0,4%). De onderzoeksgrens voor de tien hoogste

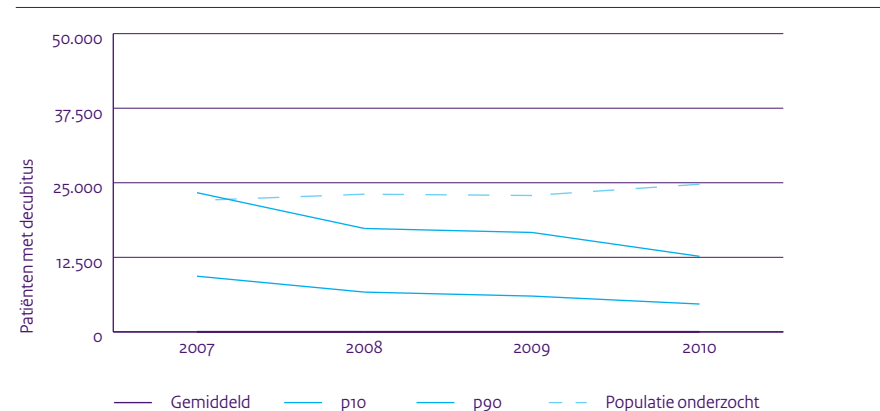
ziekenhuizen (p90) lag op 1,9%. De onderzoeksgrens voor ziekenhuizen met een relatief laag percentage (de laagste 10%; p10) ligt op 0%. 40 ziekenhuizen vallen in deze groep. 7 ziekenhuizen hadden een steekproef nodig om de incidentie te achterhalen.

Figuur 2.1.6

**Meerjaren puntprevalentie**



**Meerjaren incidentie homogene populatie**



Over de afgelopen jaren heen is te zien dat zowel de incidentie als de prevalentie licht dalen.

**Aandachtspunten voor de decubituspreventie en de daarbij horende indicatoren**

**Decubitus als oude indicator**

De indicator decubitus maakt deel uit van de basisset sinds het ontstaan van toezicht-indicatoren. De indicator is ontworpen in een tijd dat de grens voor een inspectiereactie lag op 5% (de p10; ‘te mooi om waar te zijn’) en op 15% (de p90). Ondertussen is de puntprevalentie zo erg gedaald dat de p90 nu bijna ligt op het punt waar 8 jaar geleden de p10 lag. De p90 van 8 jaar geleden komt nu niet meer voor en zou eerder aanleiding zijn voor direct verscherpt toezicht dan voor vragen van de inspecteur. Het gehele veld is systematisch verbeterd en verbetert nog steeds. Omdat de verschillen tussen ziekenhuizen steeds kleiner worden is in deze nieuwe, betere, situatie één dag surveillance onvoldoende. Toch beslisten 77 ziekenhuizen op basis van één prevalentie meting op één dag of zij voldoen aan de standaard voor decubituszorg. Het betrouwbaarheidsinterval van een dergelijke meting is zo groot dat het te weinig zegt om onderscheid te maken tussen de verschillende ziekenhuizen. Dat vraagt om een keuze voor de richting waarin deze indicator zich moet gaan ontwikkelen. Een richting is het overgaan naar een continue registratie van de incidentie van decubitus, desnoods in een specifieke populatie, maar wel van voldoende omvang. Een andere optie is het verminderen van de publieke aandacht voor decubitus, door het laten vervallen van deze indicator. De derde optie zit daartussen, het ontwikkelen van een indicator die zich meer richt op een onderdeel van de decubituspreventie waarbij meer winst is te behalen. In 2011-2012 zal deze keuze moeten worden gemaakt. Drie ziekenhuizen hebben de keuze voor een (bijna) continue registratie al gemaakt, het Vlietland Ziekenhuis te Schiedam, het ZorgSaam Ziekenhuis in Terneuzen en de beide locaties van de Ziekenhuisgroep Twente leveren data van een veel intensievere surveillance, variërend van wekelijks tot continu. Het kan nuttig zijn om hun ervaring te betrekken bij de keuze voor een nieuwe koers.

**Voortgaande discussie leidt tot voortdurende onduidelijkheid**

In 2009 is de indicator decubitus aangepast in overleg met een vertegenwoordiging van V&VN. Doel van de aanpassing was om helderheid te verschaffen in de controverse of vochtletsel nu wel of niet meegeteld moet worden binnen de indicator. De beslissing van de gemandateerde vertegenwoordiging was duidelijk: vochtletsel wordt wel meegenomen bij de berekening van het decubitus en huidletsels percentage. Het besluit is nu enige jaren oud, maar nog steeds zijn er ziekenhuizen die het gevraagde percentage in de toelichting vermelden en een getal zonder vochtletsel als officieel resultaat. Het officieel opgegeven percentage is in dat geval rond de 1,5% lager dan zou moeten gezien de gepubliceerde afspraak. Dit percentage verschilt fors. De beleidslijn van het ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk is daarbij in principe meer valide dan bijvoorbeeld de aanpak van het Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch. Het percentage vochtletsel in het St. Jansdal is kennelijk hoog. Met 7,5% huidletsels hebben zij een indicatie voor een gesprek met de IGZ. Zonder vochtletsels heeft dit ziekenhuis 3,5%, wat niet opmerkelijk is. Waarom dit ziekenhuis 4% vochtletsels heeft is natuurlijk wel interessant. Het Jeroen Bosch meldt in de uitslag 2,3% decubitus te hebben, maar meldt in de toelichting dat dit percentage inclusief vochtletsel

4,45% is. Deze beide uitslagen liggen dus eigenlijk veel dichterbij elkaar. Het is zonder meer onwenselijk dat ziekenhuizen met een vermelding van 'anderen doen het ook' zich onttrekken aan afspraken die gemaakt zijn met hun vertegenwoordigers.

## 2.2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 3.2, pagina 43. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Screening op ondervoeding in de kliniek.
- Behandeling van ondervoeding.

### Belang van de indicator

Veel ziektebeelden gaan gepaard met een slechter wordende voedingstoestand, maar ook bij oudere patiënten en chronisch zieken komt matige of ernstige ondervoeding voor. Het voorkomen of behandelen van ondervoeding draagt bij aan een snel herstel van een patiënt na een operatie, of het doorstaan van een intensieve behandeling, bijvoorbeeld tegen kanker. Het is daarom soms nodig een behandeling uit te stellen wanneer een patiënt een slechte voedingstoestand heeft.

De eerste indicator richt zich op de screening. Ondervoeding valt niet altijd direct op. Het screenen op ondervoeding bij opname is om die reden van belang voor de kwaliteit van de behandeling. Screening is tevens zinnig om snel zeldzame patiënten te vinden die anders gemist zouden worden. Bijvoorbeeld de specifieke groep van patiënten met heupvervanging, waarbij de kans op ondervoeding laag is, maakt het mogelijk inzicht te krijgen in hoe ziekenhuizen omgaan met het opsporen van weinig voorkomende problemen in een homogene groep patiënten.

De tweede indicator gebruikt de inspectie om de kwaliteit van de reactie op screeningsuitkomsten te beoordelen. Het gaat er daarbij meer om dat ziekenhuizen aandacht hebben voor het onderwerp, dan dat iedereen een screening ondergaat. De mate van integratie met andere screenings, zoals die op pijn en decubitus op de verpleegafdeling, geven een indicatie hoe ver het ziekenhuis is met het goed inrichten van werkprocessen. Een hoog percentage patiënten met een onverwacht lange opnameduur kan samenhangen met onvoldoende aandacht voor deze processen.

In de uitkomsten van de indicator is de volgende fasering zichtbaar:

- Fase 1: De infrastructuur voor de opsporing van ondervoeding is aanwezig, patiënten worden niet gescreend. Steekproeven worden gebruikt om de omvang van het probleem te inventariseren.
- Fase 2: Patiënten worden gescreend, de behandeling van ondervoeding wordt niet systematisch aangepakt.
- Fase 3: Gescreende patiënten worden systematisch behandeld.
- Fase 4: Het ziekenhuis gebruikt systematisch verzamelde gegevens over het voorkomen van ondervoeding om het beleid te sturen.

## Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is in fase 1 of 2 (screening)

Het percentage patiënten (volwassen of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (bij volwassenen minder dan 52,5%, bij kinderen minder dan 23,1%) of de screening is afwezig (het ziekenhuis blijft hangen in fase 1)

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

Het percentage patiënten (volwassen of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (volwassenen meer dan 91,2%, kinderen 100%)

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

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

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (volwassenen minder dan 16,8%, kinderen minder dan 33,4%) of onbekend

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

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld is relatief hoog (volwassenen hoger dan 80%, kinderen 100%)

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

Fase 4 (systematisch gebruik van verzamelde gegevens over het voorkomen van ondervoeding om het beleid te sturen).

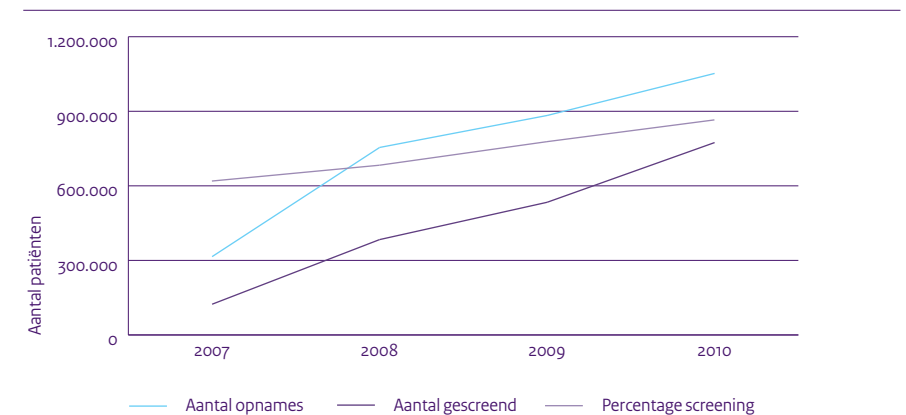
Indien het ziekenhuis de gegevens niet elektronisch vastlegt

- Heeft het ziekenhuis het percentage daadwerkelijk gemeten?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

## Resultaten

Figuur 2.2.1

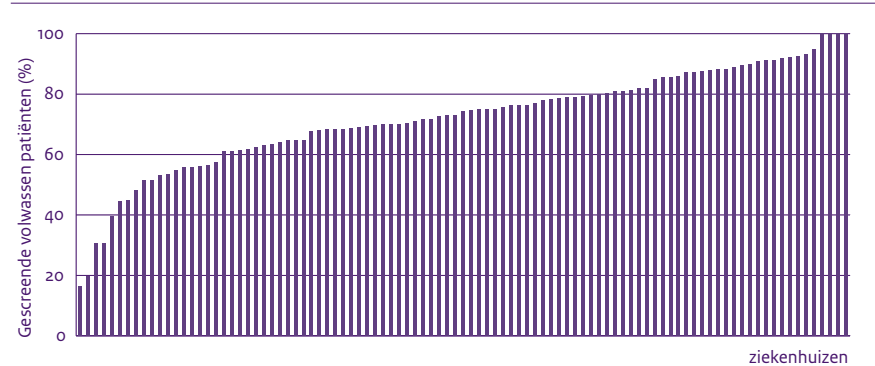
Ondervoeding 2007-2010



De afgelopen vier jaar neemt het totaal opgegeven aantal opgenomen patiënten en het aantal patiënten waarbij gescreend wordt op ondervoeding duidelijk toe. In deze periode (2007-2010) was het totaal aantal opnames waarbij gescreend is op ondervoeding ongeveer 1,8 miljoen.

Figuur 2.2.2

Percentage op ondervoeding gescreende volwassen patiënten (n=97)



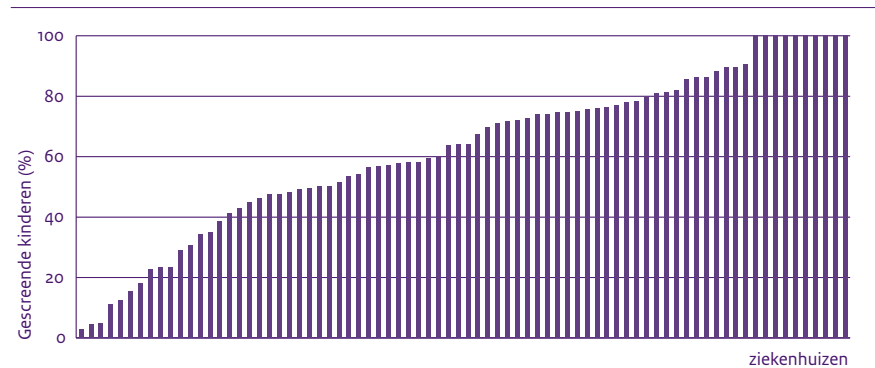
In totaal zijn er in 2010 ruim 1.050.000 patiënten opgenomen in 97 ziekenhuizen. Hiervan zijn bijna 775.000 patiënten gescreend op ondervoeding (72%). Alle ziekenhuizen geven aan SNAQ of MUST te gebruiken, het merendeel gebruikt SNAQ. Gemiddeld was 5,1% van de onderzochte patiënten matig ondervoed (37.368 patiënten) en 15,1% ernstig ondervoed (111.263 patiënten).

De mediaan voor matig ondervoede patiënten was 4,6% (met een spreiding van 0 tot 21,2%) en voor ernstig ondervoede patiënten 13,9% (spreiding van 1,7 tot 37,2%).

Ruim een derde van de ziekenhuizen geeft aan een steekproef (variërend van 81 tot bijna 26.000 patiënten) gebruikt te hebben om het percentage ondervoede volwassen patiënten te berekenen.

Figuur 2.2.3

Percentage op ondervoeding gescreende kinderen (n=78)

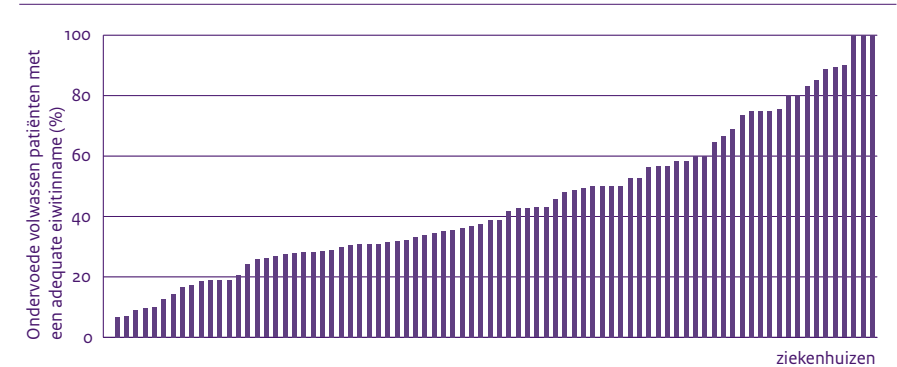


In totaal zijn er in 78 ziekenhuizen in 2010 ruim 94.000 kinderen klinisch opgenomen; ruim 46.000 van hen werden bij opname gescreend op ondervoeding (62%, met een spreiding van 2,8 tot 100%). In totaal bleken 4.422 kinderen klinisch ondervoed te zijn (10,9%, met een spreiding van 0 tot 66,7%).

Ook hier geeft ruim een derde van de ziekenhuizen aan een steekproef (variërend van 5 tot 11.700 patiënten) gebruikt te hebben om het percentage ondervoede kinderen te berekenen.

Figuur 2.2.4

Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname (n=83)



In 83 ziekenhuizen was het percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname op de vierde opnamedag bekend. Gemiddeld 44,2% van de ernstig ondervoede volwassen patiënten had een adequate eiwitname, waarbij de mediaan 38,9% was.

In 42 ziekenhuizen was het aantal kinderen met ondervoeding op dag vijf bekend in combinatie met het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitname, bij 40 van deze ziekenhuizen was ook de energie-inname bekend. Gemiddeld had 71% (met een spreiding van 0 tot 100%, mediaan 72,5%) van de ondervoede kinderen een adequate eiwitopname en 70,4% (met een spreiding van 0 tot 100%, mediaan 75%) een adequate energie-inname.

In 14 ziekenhuizen was het percentage ondervoede kinderen met zowel een adequate eiwitname als adequate energie-inname 100%. Dit betreft echter zeer kleine aantallen patiënten (1-6).

## **Aandachtspunten voor de screening en behandeling van ondervoeding en de daarbij horende indicatoren**

### **Gebruik van screeningsresultaten moet en kan met behoud van de bereikte resultaten**

Binnen de indicator ondervoeding is goed te zien hoe het fasenmodel voor risicobeheersing werkt. Alle ziekenhuizen hebben inmiddels fase 1 afgerond, alle ziekenhuizen gebruiken één van de twee erkende screeningsmodellen, alle ziekenhuizen screenen. Veel van de elementen van fase 2 naderen hun voltooiing. Vrijwel alle ziekenhuizen weten hun screeningspercentage en dit screeningspercentage stijgt snel naar het maximum. Eén op de drie ziekenhuizen is afhankelijk van steekproeven om te achterhalen wat hun screeningspercentage is en zullen dus ook nog afhankelijk zijn van papier en/of mondelinge overdracht om iets met de screeningsresultaten te doen. Veel ziekenhuizen melden wel dat de screening nu structureel in een verpleegkundig elektronisch dossier wordt ingebouwd. Deze indicator zal dan ook vervallen in 2013. Dat betekent niet dat de IGZ minder naar ondervoeding kijkt, integendeel. Nu zoveel ziekenhuizen naar een elektronische vastlegging zijn overgegaan, kan de nadruk veel meer komen te liggen op het gebruik van de data. Ondervoede patiënten vragen bijzondere zorg. Nu vraagt de indicator het aantal adequaat behandelde patiënten op vier meetdagen. Dit is een begin, maar onvoldoende om goed zicht te krijgen in de effectiviteit van het gebruik van screeningsresultaten. Tegelijk met het stoppen van de screeningsindicator wordt de behandelindicator uitgebreid. De oude indicator vroeg om het percentage behandelde patiënten op vier meetdagen, de voorgestelde nieuwe indicator vraagt om het aantal behandelde patiënten in het hele jaar. Alle patiënten die ondervoed zijn en voldoen aan de opnamecriteria moeten worden opgenomen in de indicator. Diëtisten hebben de vrees geuit dat ziekenhuizen daardoor minder gestimuleerd worden om te screenen. Die vrees is onterecht. Het aantal gescreende patiënten moet nog steeds bekend zijn, het was de teller van de indicator voor het percentage gescreende patiënten en het wordt de noemer van de indicator voor het percentage behandelde patiënten. Daarvoor is dus nog steeds een adequate screening noodzakelijk. Aan de andere kant is de indruk dat het screenen op ondervoeding inmiddels volwassen is geworden. Hopelijk is de druk van een indicator dan ook niet meer zo nodig.

### **Uitbreiding naar voor- en nazorg noodzakelijk**

De zorg voor een patiënt met ondervoeding vraagt meer dan het stimuleren van een adequate eiwit en energie-inname na een operatie. In de eerste plaats is het een logistieke operatie. Een patiënt moet tijdig gescreend worden, bij voorkeur tijdens de poliklinische screening voor opname. De richtlijn preoperatief traject noemt de voedingsstatus als één van de onderdelen die bekend moeten zijn bij opname, maar besteedt nu meer aandacht aan het nuchter zijn dan aan de ondervoeding. Screeningsresultaten moeten een voedingsdeskundige bereiken, die er vervolgens actie op onderneemt. Gezien de huidige korte opnameduur kan vervolgens niet volstaan worden met behandeling in het ziekenhuis alleen. Wondgenezing vraagt in ieder geval een voldoende eiwit intake in de thuissituatie. En juist in de thuissituatie is het primaire ondervoedingsprobleem ontstaan en zal dus aanvullende zorg vragen om terugval te voorkomen. Op verschillende momenten heeft de

IGZ aandacht gevraagd voor het probleem van regie in de zorg. In 'Het resultaat telt 2009' werd aandacht gevraagd voor de regie voor fragiele ouderen met een heupfractuur. Het begin van de regie is het goed doorgeven van essentiële informatie. Er zijn twee nieuwe indicatoren voorgesteld door de Stuurgroep Ondervoeding. De één vraagt naar de invoering van screening op poliklinieken voor geriatrie, oncologie en preoperatief. De andere indicator vraagt naar het vermelden van een (onder)voedingsstatus in de medische ontslagbrief, een eerste stap naar waarborgen van continuïteit van voedingszorg in de thuissituatie.

## 2.3 Delirium

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 3.3, pagina 50. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Deliriumbeleid bij klinische patiënten.
- Risico op delirium.
- Screening op en observatie van delirium.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Delier komt in ziekenhuizen bij vooral kwetsbare, oudere patiënten regelmatig voor. Tijdens een (acute) ziekenhuisopname ontstaat bij 10 tot 40% van de oudere chirurgische patiënten delirium. Op een intensive care krijgt tussen de 50 tot 80% van alle opgenomen patiënten een delirium<sup>[15]</sup>.

Delirium wordt gezien als een voorspeller voor een langere opnameduur, een hogere mortaliteit tijdens en na een opname in een ziekenhuis en aanzienlijk hogere financiële kosten<sup>[16,17]</sup>. Deze indicator kan worden gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Een delirium wordt vaak niet tijdig herkend. Door een risicogericht beleid en een vroegtijdige herkenning kunnen de gevolgen van delirium voor de patiënt worden beperkt en de incidentie van met een derde worden verminderd<sup>[18]</sup>.

De samenhang met andere indicatoren zoals pijn op de verpleegafdeling en ondervoeding, geeft de inspectie een indicatie op welke wijze de verpleegkundige zorg integraal wordt ingericht en bewaakt.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces van de aanwezigheid van beleid tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoogrisico op delirium. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van een infrastructuur (protocol ziekenhuisbreed en IC, personeel beschikbaar), vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screenings van patiënten (aantal afdelingen, hoeveel patiënten, etc.). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt. De vierde fase (nog geen vraag in de basisset) is het toepassen van de screening voor adequate preventie van delier. Hierdoor ontstaat inzicht in de mate waarin ziekenhuizen grip hebben op de problematiek rondom delier.

[15] Miller RR, Ely EW. *Delirium and cognitive dysfunction in the intensive care unit*. *Seminars In Respiratory And Critical Care Medicine* 2006;27:210-20.

[16] Rooij de SE, Buurman BM, Korevaar JC, Van Munster BC, Schuurmans MJ, Laqaaj AM, et al. *Co-morbidity in acutely hospitalised older patients as a risk factor for death in hospital or within 3 months after discharge*. *Ned. Tijdschr Geneesk.* 2007 Sep 8;151(36):1987-93.

[17] Inouye SK, *Delirium in older persons*. *N Engl J Med*. 2006 Mar 16;354(11):1157-65. Review. No abstract available. Erratum in: *N Engl J Med*. 2006 Apr 13;354(15):1655.

[18] Young J, Inouye, S. *Delirium in older people* *BMJ*. 2007 April 21; 334(7598): 842-846.

## Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

1: Het ziekenhuis is nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van een delierbeleid (ontwikkelen infrastructuur)

*Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol, geen multidisciplinair deliriumprotocol specifiek voor de IC of geen 24-uursbeschikbaarheid van gespecialiseerd personeel voor het management van delirium (consultatie, behandeling en deskundigheidsbevordering)*

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?

2: Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (ontwikkelen screening)

*Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is laag (voor 2010: minder dan 6,4%)*

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

*Het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is hoog (voor 2010: 100%)*

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

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

*Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de DOSS of de CAM is geobserveerd op de aanwezigheid van delirium of het percentage patiënten dat is geobserveerd op delirium is laag (voor 2010: minder dan 14%)*

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

*Het percentage patiënten dat is geobserveerd op delirium is hoog en daadwerkelijk gemeten (voor 2010: meer dan 96,2%)*

- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium structureel geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium (de uitslag op deze indicator is gebaseerd op 4 metingen)?

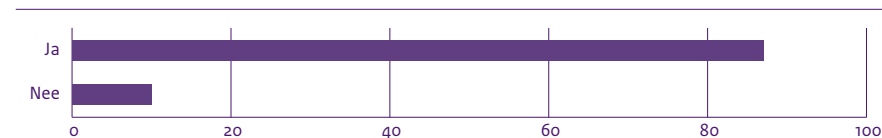


- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium vaker dan éénmaal geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium?
- Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens over het voorkomen van delirium voor het richten van een preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de implementatie achterblijft?

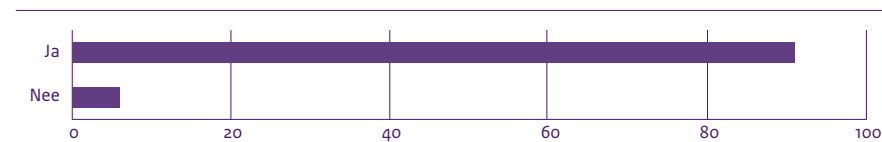
### Resultaten

Figuur 2.3.1

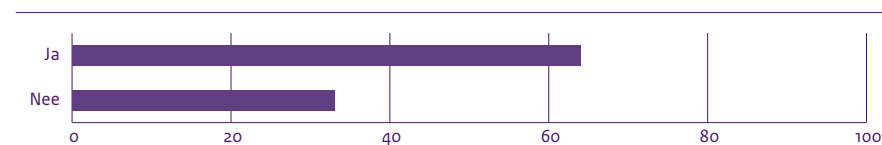
Ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol (n=97)



24-uursbeschikbaarheid gespecialiseerd ziekenhuispersoneel (n=97)



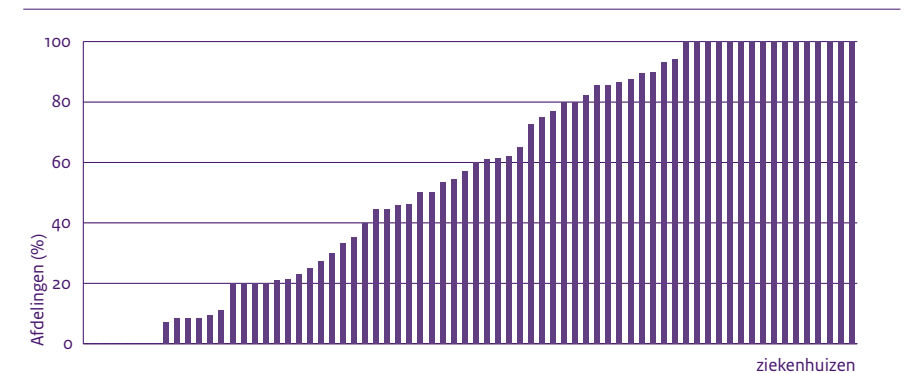
Multidisciplinair deliriumprotocol voor IC (n=97)



87 ziekenhuizen beschikken over een ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol conform de richtlijnen van de beroepsverenigingen en 91 ziekenhuizen geven aan 24 uur per dag gespecialiseerd personeel te hebben voor de consultatie en behandeling bij delirium. Een derde van de ziekenhuizen heeft nog geen protocol op de IC, waarschijnlijk deels een gevolg van de uitgebreide discussie over de wenselijkheid van een protocol voor delir op de IC.

Figuur 2.3.2

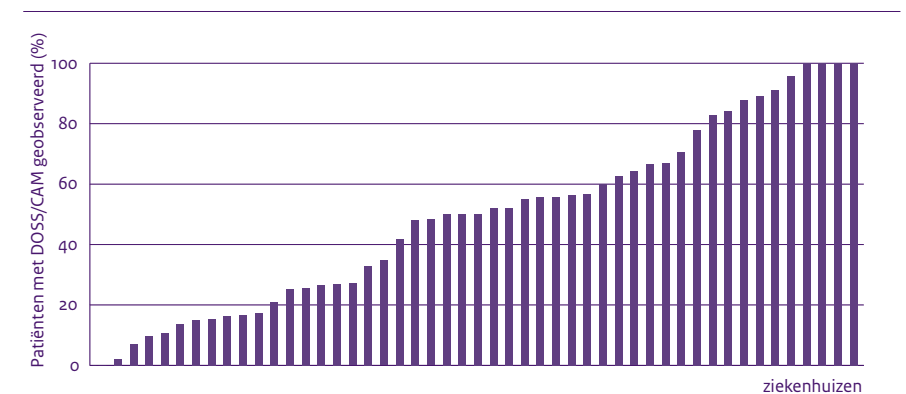
Percentage afdelingen waar risicoscore op delirium is vastgelegd (n=70)



In 70 ziekenhuizen is bekend op hoeveel afdelingen bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium. Gemiddeld wordt op 56,1% van de afdelingen (variërend van 0 tot 100%) bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder bij opname de risicoscore op delirium vastgelegd.

Figuur 2.3.3

Percentage patiënten met de DOSS / CAM geobserveerd op delirium (n=50)



50 ziekenhuizen hebben kunnen aangeven bij hoeveel van de patiënten met een verhoogd risico op delirium zij tenminste eenmaal met de DOSS of CAM hebben geobserveerd op de aanwezigheid van delirium. Gemiddeld is dit bij 50,3% (variërend van 0 tot 100%) van de patiënten met een verhoogd risico geobserveerd.

## Aandachtspunten voor delirium en de daarbij horende indicatoren

### Risicobeheersing

In 2010 is voor het eerst gevraagd naar het beleid en de behandeling rond delirium. In de opbouw van de indicator komen verschillende fases van het zorgproces naar voren (zie belang van de indicator). Uit de antwoorden blijkt dat het observeren van een delirium, meer vraagt dan alleen het hebben van een protocol. Alleen in het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal ontbreken alle elementen van de infrastructuur (geen protocollen, geen 24 uren beschikbaar gespecialiseerd personeel voor het management van delirium). Bij de vraag over de uitvoering van het protocol (fase twee) valt op dat er in 28 ziekenhuizen wel een protocol aanwezig is maar dat op geen enkele afdeling meer dan 80% van de patiënten van 70 jaar en ouder zijn gescreend. Er zijn ook drie ziekenhuizen (Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch, Ommelander Ziekenhuisgroep (locatie Winschoten en Delfzicht en de Sint Maartenskliniek te Nijmegen) die wel screenen, maar geen protocol hebben. Nog minder ziekenhuizen (38; 64% van de ziekenhuizen die protocol hebben én screenen) observeren patiënten met een hoogrisico met de DOSS of CAM op aanwezigheid van delirium. De aanwezigheid van een protocol van het protocol (en andersom) garandeert dus nog geen daadwerkelijk uitvoering een risicogericht beleid ter voorkoming van delier.

In vergelijking met het IGZ-onderzoek uit 2005<sup>[19]</sup> is er een duidelijke verbetering te zien in de beschikbaarheid van multidisciplinaire protocollen en gespecialiseerd personeel. Ziekenhuizen zijn echter nog minder goed in staat risicobeheersing (de hogere fases) daadwerkelijk in de praktijk toe te passen.

De aanwezigheid van een delirium bij een patiënt wordt in de praktijk frequent gemist<sup>[20]</sup>. Er bestaat dus een noodzaak om op gestructureerde wijze het risico op de aanwezigheid en behandeling van delier vast te beoordelen en vast te leggen. Doel is 100% van de patiënten die risico lopen op het optreden van een delirium te observeren met een instrument zoals de DOSS of de CAM zodat een adequate opvang en begeleiding van patiënten met een delirium kan worden gegeven.

### Risicoafdelingen

De inventarisatie van het aantal afdelingen waar structureel risicoscores worden vastgelegd geeft inzicht in de mate van structurele screening (en dus risicobeheersing) op delier op afdelings- en vakgroepniveau.

Delirium komt voornamelijk voor bij oudere patiënten. Het ligt dan ook in de rede dat het screenen op delier dan ook vooral bij deze categorie patiënten wordt uitgevoerd.

Uit de resultaten komt een ander beeld naar voren. Door 61 ziekenhuizen (bij de vragen rond complicatieregistraties) is aangegeven een afdeling geriatrie te hebben. Maar 43%

(26 afdelingen) van deze ziekenhuizen screenen structureel op een delirium. Op de afdeling orthopedie is dit 49% (95 afdelingen, waarvan 47 structureel screenen). Dit percentage ligt op een vergelijkbaar niveau als een afdeling longziekten (95 afdelingen, waarvan 43 structureel screenen). Uit deze resultaten blijkt dat meer dan de helft van de ziekenhuizen ook op de afdelingen met relatief veel ouderen hun risicopatiënten niet goed in beeld heeft. Door het daadwerkelijk vaststellen en uitvoeren van risicobeleid rondom delier valt veel winst te behalen en de kans op schade aan de patiënt te voorkomen.

[19] Inspectie voor de Gezondheidszorg. *De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende erkend*. 2005. IGZ: Den Haag.

[20] van Eck van der Sluijs JF, Oldenbeuving AW, Roks G, Tilanus JJ. *Delirium op de Intensive Care vaak gemist: klinische blik alleen is niet voldoende*. Ned Tijdschr Geneeskd 2010; 154: A1290.

### 3 Intensive care

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 4, pagina 57. (www.igz.nl/onderwerpen)

#### Indicatoren

- Niveau-indeling van de intensive care.
- Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling
- Beademingsuren per patiënt op een afdeling IC.
- NICE deelname en aanlevering.

#### Belang van de inspectie

Patiënten die zijn opgenomen op een intensive care zijn een kwetsbare groep. Zij hebben door de ernst van hun aandoening een duidelijk grotere kans om te overlijden. Deze kwetsbare positie en het type interventies op een IC maken dat de patiënten zelf slecht in staat zijn om te beoordelen of zij verantwoorde zorg ontvangen. Om die reden ligt de focus van de inspectie op afdelingen IC in ziekenhuizen. In 2010 vond er uitgebreid thematisch onderzoek plaats naar de kwaliteit van IC's op niveaus 2 en 3. Hieruit bleek dat de grote IC-afdelingen voldoen, deels na getroffen maatregelen, aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg en dat ze continu werken aan het verbeteren van kwaliteit. Ziekenhuizen monitoren de uitkomsten van de IC-zorg op structurele wijze en gebruiken dit om de kwaliteit van de geleverde zorg te toetsen en bij te sturen. Er is nog kwaliteitswinst te boeken wanneer deze uitkomsten met insturende afdelingen binnen het ziekenhuis worden gedeeld. De IC's zouden op een dergelijke wijze een grotere rol kunnen spelen als aanjager van kwaliteitsverbetering op deze afdelingen. Ook de regionale samenwerking kan en moet beter. Regionale afspraken over terugplaatsing van patiënten naar het insturende ziekenhuis ontbreken. Door de toenemende concentratie in de zorg is het van belang om de juiste patiënt op de juiste plaats te hebben. De IGZ roept het veld op om zo snel mogelijk met een toekomstbestendige IC-richtlijn te komen waarin is omschreven welke deskundigheid en specifieke competenties nodig zijn bij het door het ziekenhuis gekozen zorgaanbod.

#### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis beademt veel kinderen op de volwassen intensive care (voor 2010: meer dan 5 kinderen of meer dan 24 beademingsuren per jaar)*

- Welke indicaties heeft het ziekenhuis voor het uitvoeren van behandelingen waarbij kinderen (tijdelijk) beademd moeten worden?
- Welke andere complexe behandelingen voert het ziekenhuis uit bij kinderen?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de grenzen van de eigen mogelijkheden bij het behandelen van kinderen? Wanneer plaatst een ziekenhuis kinderen over naar een PICU?

*In het ziekenhuis heeft geen visitatie plaatsgevonden, is de visitatie langer dan 5 jaar geleden of is het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd*

- Op welke wijze toetst het ziekenhuis zich aan externe referenties?
- Wat is het beleid ten aanzien het visiteren van (verpleeg)afdelingen?

*Het ziekenhuis kan niet 7x24 uur de beschikbaarheid van een intensivist garanderen*

- Hoe waarborgt het ziekenhuis de zorg als continue intensieve zorg noodzakelijk is?
- Welke grenzen hanteert het ziekenhuis voor electieve behandelingen waarbij te voorzien is dat intensive care noodzakelijk is?

*De gemiddelde beademingsduur of het aantal langdurig beademde patiënten is relatief hoog (boven p90)*

- Welke grenzen hanteert het ziekenhuis voor electieve behandelingen die intensive care nodig hebben?
- Welke procedures hanteert het ziekenhuis voor consultatie van een IC van hoger niveau?
- Hoe maakt het ziekenhuis dit proces toetsbaar?

*Het aantal intensivisten is relatief klein (onder p10 voor type IC: minder dan 1 fte voor niveau 1, minder dan 3,9 fte voor niveau 2 of minder dan 5,6 fte voor niveau 3)*

- Op welke wijze wordt de beschikbaarheid van intensive care kennis gewaarborgd?
- Wat is het beleid voor beschikbaarheid van specialisten in het algemeen en intensivisten in het bijzonder voor afdelingen waarbij 24 uren beschikbaarheid van belang is? (IC, SEH, trombolysen etc.)
- Het percentage patiënten met een beademingsduur langer dan 120 uur is hoog (meer dan 38,1% bij niet postoperatieve patiënten en/of 31% bij postoperatieve patiënten of 6,1% bij cardiochirurgische patiënten). Wat is het beleid t.a.v. de beheersing van de beademingsduur bij beademde patiënten?

#### Resultaten

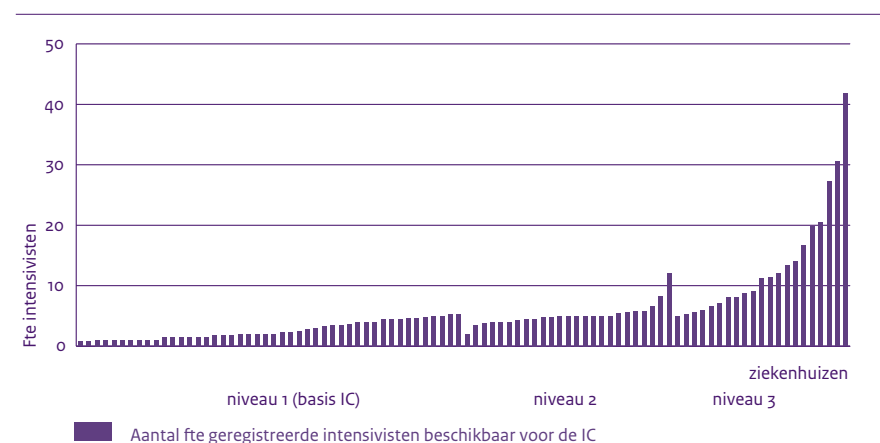
Tabel 3.1  
Visitatie IC

Niveau	aantal	bij laatste visitatie niveau bevestigd	visitatie gepland in 2011/2012	bij laatste visitatie niveau niet bevestigd	visitatie verouderd	geen visitatie
Geen IC	3					
Niveau 1 (basis IC)	46	40	15	6	5	3
Niveau 2	25	21	14	4	0	1
Niveau 3 (toegerust voor complexe patiënten)	21	18	6	3	0	2
<b>Totaal</b>	<b>95</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Van de 95 ziekenhuizen hadden er 46 een IC niveau 3 (complexe patiënten) of niveau 2. Deze zijn alle 46 in het onderzoek van de IGZ naar IC's meegenomen. Op basis van dit onderzoek concludeert de IGZ dat alle IC-afdelingen van niveau 2 en 3, deels na getroffen maatregelen, voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

46 ziekenhuizen hebben een IC niveau 1 (basis). Van deze laatste groep zijn er 14 ziekenhuizen waar geen (vrijwillige) visitatie plaatsgevonden heeft, de visitatie langer dan 5 jaar geleden is of het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd is.

Figuur 3.1  
Beschikbaarheid intensivisten (n=92)

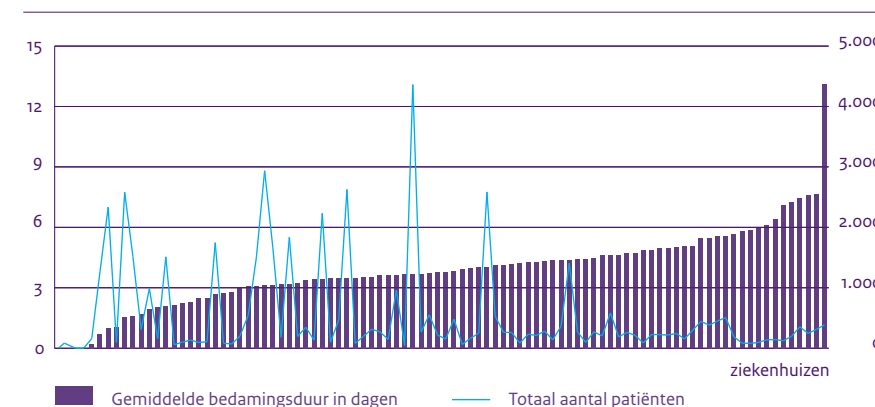


In de 46 ziekenhuizen met een IC niveau 1 was in 2010 het aantal fte geregistreerde intensivisten gemiddeld 2,6 fte (mediaan 2,0 fte). 24 ziekenhuizen gaven aan hiermee geen 7x24 beschikbaarheid van een intensivist te kunnen garanderen. In de ziekenhuizen met een IC niveau 2 of niveau 3 was het gemiddelde aantal fte geregistreerde intensivisten respectievelijk 5,1 (mediaan 5,0) en 13,7 (mediaan 11,2). Van de niveau 2 en 3 IC's gaf alleen het Slotervaart Ziekenhuis Amsterdam aan geen 7x24 beschikbaarheid van een intensivist te kunnen garanderen. Volgens hun toelichting komt dit door verloop van intensivisten, en worden er nieuwe intensivisten gezocht.

De norm (CBO-richtlijn<sup>[21]</sup>) stelt dat op een IC-afdeling van niveau 2 of 3 overdag de intensivist zeven dagen per week aanwezig en exclusief beschikbaar is voor de IC. In avond en nacht is de intensivist exclusief beschikbaar voor de IC en indien nodig binnen 20 minuten aanwezig, op voorwaarde dat een IC-arts binnen 5 minuten aanwezig is en er aantoonbare waarborgen zijn voor de directe behandeling van acute problemen op het gebied van circulatie, respiratie en luchtwegmanagement.

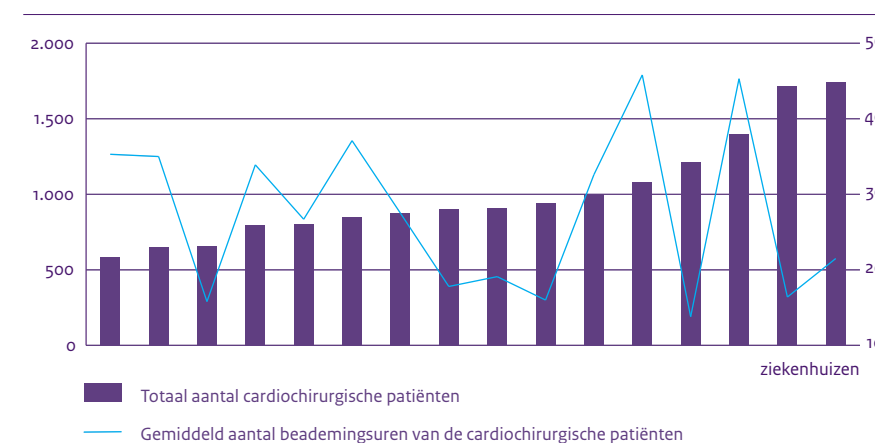
[21] CBO. Richtlijn organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland 2006.

Figuur 3.2  
Bedamingsduur (n=94)



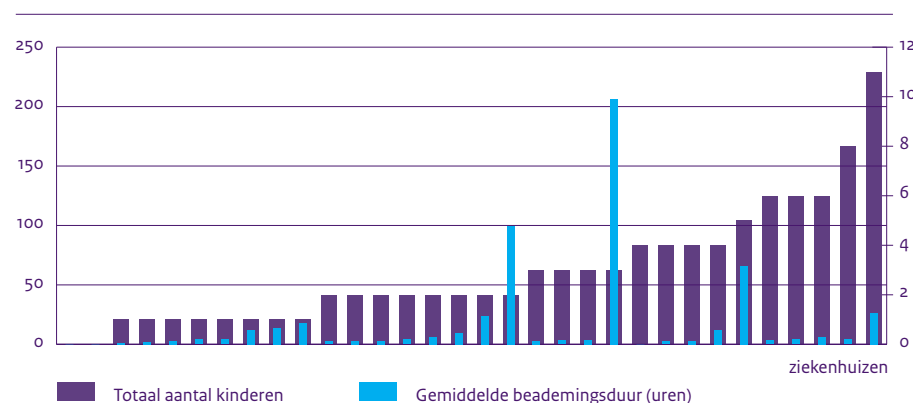
In figuur 3.2 is het totaal aantal beademde volwassen patiënten weergegeven en de gemiddelde beademingsduur in dagen. Het totaal aantal beademde patiënten bedroeg in 2010 47.641. De gemiddelde beademingsduur was 3,9 dagen en varieerde sterk per ziekenhuis (spreiding 0,2 tot 13,1 dagen, mediaan 3,8). De variatie lijkt nauwelijks gerelateerd aan het aantal beademde patiënten, maar was net als over 2009 in ziekenhuizen met een IC niveau 2 gemiddeld het hoogst: niveau 1 gemiddeld 3,7 dagen, niveau 2 gemiddeld 4,3 dagen en niveau 3 gemiddeld 3,8 dagen.

Figuur 3.3  
Intensive care en hartchirurgie (n=16)



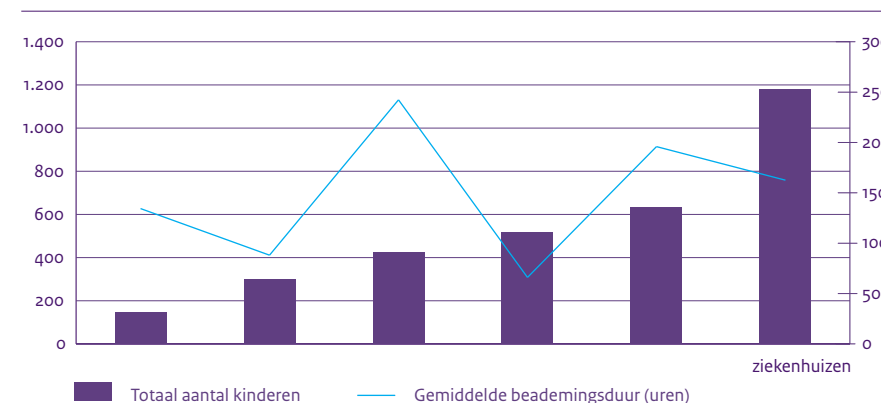
In figuur 3.3 is het totaal aantal beademde hartchirurgische patiënten weergegeven en de gemiddelde beademingsduur in dagen. Het totaal aantal beademde hartchirurgische patiënten bedroeg in 2010 16.125 en varieerde van 584 tot 1745 patiënten per ziekenhuis. De gemiddelde en de mediaan van de beademingsduur was 1,1 dagen en varieerde per ziekenhuis van 0,6 tot 1,9 dagen. Gemiddeld werd 7,2% van de patiënten langer dan 72 uur beademd, in 2 ziekenhuizen (Catharina ziekenhuis Eindhoven en Medisch Spectrum Twente Enschede) was dat meer dan 10%.

Figuur 3.4  
Kinderen op IC voor volwassenen (n=32)



In 88 ziekenhuizen was in 2010 geen Pediatrische Intensive Care Unit (PICU, afdeling IC voor kinderen). In 32 van deze ziekenhuizen werden kinderen beademd op de IC voor volwassenen. In de meeste ziekenhuizen ging dit om een enkel kind dat werd opgevangen en gestabiliseerd tot het kon worden overgeplaatst naar een ziekenhuis met een PICU. Het gemiddeld aantal beademingsuren ligt op 17,3 uur (mediaan 4 uur) bij gemiddeld 2,9 kinderen (mediaan 2). In één ziekenhuis ging het om een groter aantal kinderen (11 in het Medisch Centrum Alkmaar), in 3 ziekenhuizen om langduriger beademing (Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk, Alysis Zorggroep, Ziekenhuis St. Jansdal Harderwijk).

Figuur 3.5  
Kinderen op PICU (n=6)



Van de 8 ziekenhuizen met een PICU hebben 6 ziekenhuizen aangegeven hoeveel kinderen zij hebben beademd en hoe lang. Het aantal beademingsuren in deze ziekenhuizen varieert van 19.756 tot 191.501 uur. Gemiddeld worden kinderen op deze PICU's 6,2 dagen beademd, variërend van 2,8 tot 10,1 dagen.

## Aandachtspunten voor de intensive care en de daarbij horende indicatoren

### IC's als belangrijke randvoorwaarde bij profielkeuze

Ziekenhuizen maken in toenemende mate keuzes in het pakket verrichtingen dat zij aanbieden. Veel van de keuzes worden bepaald door de normen die direct van toepassing zijn voor de verrichting die een ziekenhuis uit wil voeren. Maar ook als er geen specifieke vermelding wordt gemaakt in de normen van de overige randvoorwaarden is het algemene voorzieningen niveau van het ziekenhuis wel van belang. Beleidsmatig kan daar op twee manieren mee worden omgegaan.

Een alternatief is het risiconiveau van een ingreep te koppelen aan een niveau van intensive care. Een hoogrisico verrichting kan dan alleen uitgevoerd worden in een ziekenhuis met een niveau 3 IC, los van de vraag of een electief uitgevoerde ingreep deze IC functie gebruikt. De andere optie is uit te gaan van de ingreep leidend te maken voor de keuze en het niveau van voorzieningen hierop aan te passen. In essentie is dat de route die indertijd is toegepast voor de cardio IC, die specifiek is toegerust op de risico's van een hartoperatie, of de IC van het AvL, waar hoogrisico verrichtingen worden gedaan in een ziekenhuis met een niveau I IC. Deze laatste optie geeft meer mogelijkheden voor profielkeuzes, maar vraagt meer aanpassingen in IC-voorzieningen. Voor een toezichthouder is het moeilijker te beoordelen of het voorzieningenniveau past bij de gemaakte keuzes. Het rapport dat de IGZ in 2011 uitbracht kiest voor de optie van het aanpassen van de IC-voorzieningen aan het profiel van het ziekenhuis. Dat vraagt van ziekenhuizen dat zij in het komende jaar duidelijk aangeven op welke wijze zij hun IC en andere voorzieningen geschikt maken voor het profiel dat zij gekozen hebben.

### Niveau-indeling (Uit IGZ-rapport Grote intensive-care afdelingen werken continu aan kwaliteit (2011))

De competenties en eisen horend bij de keuzes die ziekenhuizen maken voor het soort en de complexiteit van de verrichtingen die zij aanbieden. Door de huidige ontwikkelingen bij de concentratie van complexe ingrepen is de niveau-indeling als onderscheid niet meer functioneel.

De IGZ ziet graag dat getoetst wordt of de IC-voorzieningen passen bij de functies die het ziekenhuis vervult.

### Kinderen op de IC voor volwassenen

In Het Resultaat Telt over 2009 is aandacht besteed aan de gegevens van ziekenhuizen die tijdelijk kinderen opvangen op IC's voor volwassenen, voordat zij overgeplaatst worden naar een Pediatrische Intensive Care Unit, of voor andere - kortdurende- indicaties. Het viel op dat het in enkele ziekenhuizen ging om een relatief groot aantal kinderen, en soms ook

langduriger beademing. Ten opzichte van 2009 is het aantal kinderen op een IC voor volwassenen sterk verminderd. In 2009 waren de Isala klinieken een uitschieter die 68 kinderen beademden. In 2010 is dat aantal gedaald tot 0. Hetzelfde geldt voor de Ziekenhuisgroep Twente, locatie Almelo die in 2009 480 beademingsuren had. In 2010 heeft geen enkel ziekenhuis meer dan 11 kinderen opgenomen op de IC. Het aantal beademingsuren daarentegen is veel minder gedaald. Koploper is nu het St Jansdal in Harderwijk met 619 beademingsuren bij 3 kinderen, waarvan 2 meer dan 120 uur. Hoewel de mogelijkheid bestaat dat deze opgave op een fout berust gaat de IGZ er toch van uit dat dit ziekenhuis bij opgave had moeten realiseren dat een dergelijke opgave vraagt om toelichting, bij voorkeur voordat deze door de IGZ gevraagd wordt.

## 4 Oncologisch proces

De omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 5, pagina 64. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

Oncologische patiënten lijden aan een ziekte met veel vormen die mede daarom zorg vragen van vele verschillende typen hooggespecialiseerd personeel. De behandeling is vaak complex, met een resultaat variërend van volledig herstel tot een pijnlijk overlijden. De meeste indicatoren gaan uit van de specifieke situatie van een patiënt met één type ziekte. Toch geeft de veelvormigheid van oncologie juist ook veel overeenkomsten in processen en randvoorwaarden.

De inzet van veel verschillende professionals met vaak een verschillend referentiekader maakt gestructureerde afstemming noodzakelijk. Regie is essentieel, gesteund door een goed multidisciplinair overleg, met heldere afspraken vastgelegd in een voor alle uitvoerders beschikbaar behandelplan wat aangepast wordt aan het soms grillige verloop van de ziekte. Bij dat multidisciplinaire overleg moet de inbreng gewaarborgd zijn van alle bij de ziekte horende specialisten. In toenemende mate is vastgelegd in normen en richtlijnen hoe dat multidisciplinaire overleg er uit moet zien. De soms uiteenlopende plaatsen waar een patiënt behandeld wordt, stellen altijd hoge eisen aan informatieoverdracht en feedback. Eisen waar nog lang niet altijd aan voldaan kan worden.

Bij de behandeling spelen drie vormen van behandeling een hoofdrol, het chirurgisch behandelen van de tumor, medicamenteuze behandeling (o.a. cytostatica) en bestraling. Alle drie de behandelingen moeten van goede kwaliteit zijn.

De complexe behandeling stelt ook hoge eisen aan de kwaliteitsbewaking. Problemen moeten snel herkend worden, net als voorbeelden voor verbetering. Kwaliteitsbewaking is zo belangrijk dat de noodzaak voor voldoende aantallen ingrepen om kwaliteitsbewaking mogelijk te maken één van de overtuigende argumenten is voor zorgverleners die niet kunnen voldoen aan minimaal aantallen. Bij kleine aantallen patiënten worden patronen bij bijvoorbeeld complicaties snel gemist.

### Tot slot nog enkele vragen die de inspectie kan stellen als meerdere oncologie indicatoren een opvallende uitslag geven

*Het afwezig zijn van een multidisciplinair overleg bij meerdere tumorsoorten:*

- Behandelt het ziekenhuis deze groepen patiënten? (Zo nee, dan vervallen verdere vragen)
- Wat zijn de minimeisen die het ziekenhuis stelt aan de samenwerking tussen medisch specialisten bij complexe patiënten?
- Welk percentage van de patiënten wordt multidisciplinair besproken (per tumorsoort)?
  - Als dit percentage niet bekend is:
- Hoe wordt het functioneren van de MDO's bewaakt?
- Wordt het inbrengen van patiënten geëvalueerd?

- Welke eisen stelt het ziekenhuis aan de aanwezigheid van specifieke kennis bij een MDO?
  - Wanneer wordt besloten om een bespreking uit te stellen?
  - Kan een patiënt besproken worden als een hoofdbehandelaar afwezig is?
- Hoe is de regiefunctie geregeld voor oncologische patiënten voor in dit ziekenhuis behandelde patiënten?
- Welke regeling waarborgt continuïteit als een deel van de behandeling buiten het ziekenhuis plaats vindt?

*Een van de heroperatie, cytostatica of radiotherapie indicatoren heeft een opvallende uitslag:*

- Worden systematische problemen in de keten besproken met de oncologiecommissie?
- Worden systematische problemen in de keten besproken met andere zorgverleners in de keten?
- Wanneer worden problemen in de oncologische keten besproken met de Raad van Bestuur?

*Het ziekenhuis neemt niet deel aan een of meer kwaliteitsregistraties voor de oncologie en behandelt de betrokken patiënten wel:*

- Voldoet het ziekenhuis aan de minimumvoorwaarden van de betrokken wetenschappelijke verenigingen?
- Wat zijn de criteria van het ziekenhuis voor het deelnemen aan een kwaliteitsregistratie?
- Welke andere kwaliteitsregistraties heeft het ziekenhuis?
- Welke rol speelt een oncologiecommissie bij het gebruik van gegevens?
- Krijgen specialisten uit andere delen van de keten inzage in resultaten van registraties?



## 4.1 Multidisciplinair overleg (MDO)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 5.1, pagina 66. (www.igz.nl/onderwerpen)

### Indicatoren

- Beschikbaarheid MDO mammacarcinoom.
- Beschikbaarheid MDO rectumcarcinoom.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Oncologische zorg is complex en er zijn verschillende specialismen en beroepsgroepen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, regie tussen de verschillende behandelaars en bijblijven in het eigen vakgebied en dat van de collega-specialismen van groot belang. Een goed MDO draagt bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling van de ziekte. Het is zeker dat slechte samenwerking een bedreiging vormt voor de kwaliteit van zorg. Het hebben van een overleg is geen garantie voor het goed functioneren van de samenwerking, het is niet meer dan een belangrijke eerste fase. Voor de IGZ zijn er meerdere redenen voor het opnemen van een indicator over het MDO. In de eerste plaats is een MDO zelf wenselijk. In de tweede plaats is het kunnen organiseren van een specifiek MDO met voldoende betrokken specialismen een teken dat de infrastructuur van het ziekenhuis voldoende ontwikkeld is. Ten derde is het een teken dat er voldoende patiënten zijn om een specifiek MDO voldoende diepgang te geven. Een algemeen MDO waar alle patiënten met allemaal verschillende typen tumoren besproken worden is zeldzamer aan het worden. In de eerste plaats is een algemeen MDO ongewenst omdat de kans bestaat dat patiënten als 'hamerstukken' worden besproken en dus niet echt worden gepresenteerd en overgedragen. In de tweede plaats bestaat het risico dat specialisten met een ander aandachtsgebied gaan waarnemen voor collega's met meer kennis en zo onvoldoende diepgang kunnen geven aan de bespreking. Het niet bij het MDO kunnen betrekken van een specialist is een teken van onvoldoende deskundigheid of van een slechte samenwerking.

Het ontbreken van een goede multidisciplinaire samenwerking bij oncologie is aanleiding om aandacht te besteden aan de samenwerking tussen verschillende specialismen in de breedste zin van het woord.

Tijdens het onderzoek naar het oncologisch proces viel het op dat geen enkel ziekenhuis inzicht had in de mate waarin de adviezen van het MDO werden opgevolgd<sup>[22]</sup>. Het ontbreken van een duidelijk behandelplan, multidisciplinair opgesteld en gecoördineerd uitgevoerd, dat beschikbaar is voor alle betrokkenen is een van de risicofactoren voor slechte kwaliteit van zorg waar de IGZ aandacht aan besteedt.

[22] Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die worden behandeld met radiotherapie*. Den Haag, maart 2009.

## Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis beschikt niet over een specifiek MDO voor mammacarcinoom en/of rectumcarcinoom (voor start behandeling dan wel postoperatief)*

- Hoe wordt gezorgd dat op het MDO alle relevante disciplines op essentiële momenten (wanneer 'hun groep patiënten' besproken wordt) aanwezig zijn?
  - Hoe vaak kunnen patiënten niet besproken worden omdat de essentiële specialismen ontbreken?
- Van hoeveel patiënten is een daadwerkelijk verslag te vinden van een MDO?

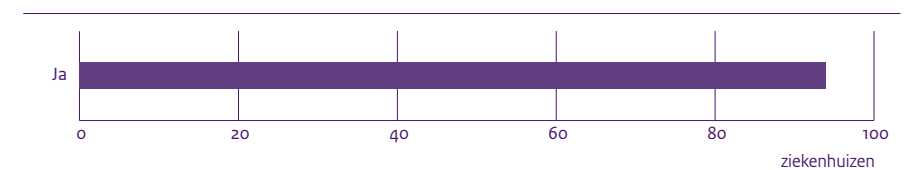
*Het ziekenhuis beschikt wel over een specifiek MDO, maar geeft in de toelichting een voorbehoud aan*

- Is er een groep oncologische patiënten die nooit in een MDO besproken wordt?
- Worden specialisten die weinig of geen patiënten inbrengen in een MDO daar op aangesproken? Zo ja: Door wie worden zij aangesproken?
- Wat is de status van de afspraken van een MDO in het ziekenhuis? Is het MDO de hoofdbehandelaar, volgt uit het MDO het behandelplan, of heeft het MDO puur een adviserende (vrijblijvende) functie?
- Wordt geëvalueerd of adviezen van het MDO ook daadwerkelijk worden uitgevoerd?
- Wat gebeurt er als specialisten systematisch adviezen van het MDO naast zich neerleggen?

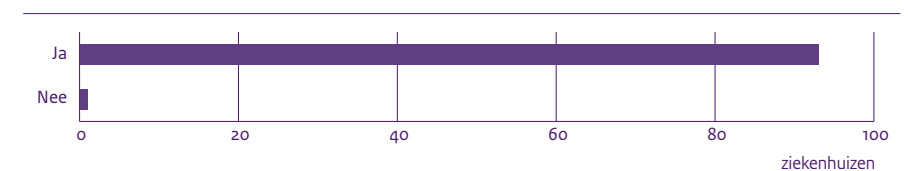
## Resultaten

Figuur 4.1.1

MDO voor start mammacarcinoombehandeling (n=94)

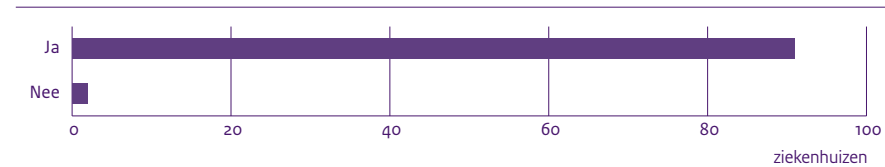


MDO voor mammacarcinoom postoperatief (n=94)

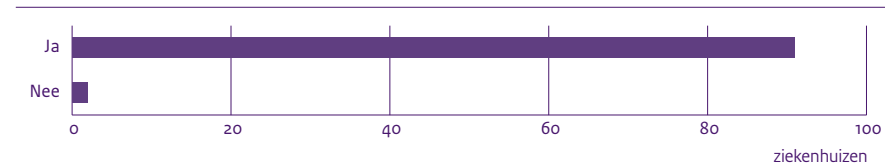


Figuur 4.1.2

MDO voor start rectumcarcinoombehandeling (n=93)



MDO voor rectumcarcinoombehandeling postoperatief (n=93)



Bijna alle ziekenhuizen geven aan te beschikken over een MDO specifiek voor mammacarcinoom en een specifiek voor rectumcarcinoom. Maasziekenhuis Pantein Boxmeer geeft zowel bij mammacarcinoom postoperatief als rectumcarcinoom voor de start van de behandeling en postoperatief aan geen specifiek MDO te hebben (alleen algemeen). ZorgSaam Ziekenhuis Terneuzen vermeldt bij MDO rond rectumcarcinoom dat aan de criteria voor vastlegging en dossiervorming nog niet wordt voldaan.

## Aandachtspunten bij multidisciplinair overleg en de daarbij horende indicator

### Vershil in gedetailleerdheid richtlijnen

Het valt op dat de richtlijn voor rectumcarcinoom in tegenstelling tot die voor het mammacarcinoom niet erg specifiek is uitgewerkt wat betreft bijvoorbeeld de vorm van het MDO, aanwezigheid van diagnostische middelen, mate van specialisatie van de maatschap en welke specialismen aanwezig moeten zijn in het ziekenhuis. In de richtlijn mammacarcinoom worden naast volume eisen dit soort zaken wel gespecificeerd. Zo staat er onder andere dat er minstens één keer per week een MDO moet plaatsvinden, dat het besprokene schriftelijk moet worden vastgelegd, dat meer dan 90% van de patiënten besproken moet worden en er worden eisen gesteld aan de specialismen die aanwezig moeten zijn in het mammateam.

In Het resultaat telt 2009 is aangegeven dat wanneer er in een ziekenhuis een soortgelijke groep patiënten is bij wie het zorgproces in belangrijke mate overlapt maar waar geen richtlijn voor is, de IGZ dit overlappende deel toetst aan de beschikbare norm. De IGZ gebruikt dan ook de verder uitgewerkte eisen uit de richtlijn mammacarcinoom voor het toetsen van onderwerpen die in de andere richtlijn tumorrictlijnen niet zijn uitgewerkt.

Desondanks zou het wenselijk zijn dat de rectumcarcinoom richtlijn specifiekere uitgewerkt wordt of dat er een richtlijn voor 'tumorspecifiek MDO' ontwikkeld wordt.

### Een specifiek MDO en aanwezigheid MDL-arts

Deze redelijk eenduidig beschreven structuurindicator die vraagt naar de beschikbaarheid van een specifiek MDO behoeft toch nader onderzoek naar de daadwerkelijke situatie. Hoewel bijna alle ziekenhuizen hebben aangegeven over een specifiek MDO te beschikken, blijkt uit de toelichting en uit het aantal rectum- of mammacarcinoom behandelingen namelijk dat dit niet bij alle ziekenhuizen het geval kan zijn.

Zo is bij de indicator aangegeven dat een algemene oncologiebespreking niet geldt als een 'specifiek MDO'. Het St. Jans Gasthuis Weert, het Zaans Medisch Centrum Zaandam, VieCuri (locaties Venlo en Venray) en de Tergooiziekenhuizen (locaties Blaricum en Hilversum) geven in tegenstelling tot hun antwoord op de indicator in de toelichting aan dat het om een vorm van algemeen oncologie-MDO gaat. Ook lijkt de MDL-arts (in de indicator genoemd als vereiste aanwezige) niet in ieder ziekenhuis aanwezig bij het MDO. Verder zijn er soms zulke lage aantallen patiënten met een mamma- of rectumcarcinoom dat het de vraag is of er een zinnig MDO overleg gevoerd kan worden.

Het risico van een slecht MDO is dat in een ziekenhuis de patiënt besproken wordt zonder dat de relevante kennis bij de discussie betrokken wordt; te weinig aanwezige specialisten of juist te veel verschillende soorten oncologie-onderwerpen waardoor niet goed gefocust kan worden op specifieke kennis. Een ander risico, van vooral een algemeen MDO, is dat niet alle patiënten besproken kunnen worden. Een belangrijke eis in richtlijn voor het mammacarcinoom is dat meer dan 90% van de patiënten besproken moet worden. Het is de vraag of patiënten gedetailleerd besproken kunnen worden als een groot deel van de aanwezige specialisten niet bij de behandeling van borstkanker betrokken zijn. Tijdens het IGZ-onderzoek over de oncologische keten werd in ieder geval door de urologen gemeld dat

zij vaak niet bij de bespreking aanwezig waren omdat zij het bespreken van patiënten van andere specialismen niet nuttig vonden. Ook werd toen gemeld dat algemene overleggen een bespreking van een groot deel van de patiënten onmogelijk maakten. Veel van de minimumnormen die de NVvH in 2011 bekend maakte bevatten eisen over de bespreking van patiënten<sup>[23]</sup>. Deze maken het in ieder geval onmogelijk om alleen een selectie van patiënten te bespreken.

#### **Beschikbaarheid elektronisch verslag**

In het continuüm van multidisciplinaire kankerzorg is goede verslaglegging en communicatie tussen betrokkenen essentieel, zeker rond carcinomen waarbij een groot aantal disciplines betrokken is.

Rond het mammacarcinoom wordt hier specifiek naar gevraagd (zie het hoofdstuk over mammacarcinoom) maar natuurlijk geldt ook rond het MDO van bijvoorbeeld rectumcarcinoom dat elektronisch verslaglegging essentieel is bij de goede zorg binnen de intramurale oncologische keten. Hier geldt dat bij het ontbreken van specifieke eisen getoetst zal worden aan de meest ‘gelijkende’ richtlijn.

#### **Uitkomsten van het MDO**

Zoals eerder besproken zijn er verschillende fases in het grip hebben op en inzicht hebben in een bepaalde problematiek (in dit geval de complexe en multidisciplinaire behandeling van een carcinoom). Het hebben van een specifiek MDO geeft aan dat er aan de eerste fase (het hebben van een infrastructuur) wordt voldaan. Nog onbekend is dan echter of de uitkomsten of adviezen van dit overleg ook gebruikt worden, of er inzicht is in specialisten die weinig of geen patiënten inbrengen in het MDO, etc. De IGZ geeft er op de lange termijn de voorkeur aan te komen tot een set indicatoren waarin ook aandacht wordt besteed aan deze latere fasen. De huidige indicatoren zijn alleen te gebruiken door de uitslagen te beschouwen samen met andere informatie.

[23] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 2.0. NVvH: september 2011.

## **4.2 Borstkanker**

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 5.2 en 5.4, pagina 68. (www.igz.nl/onderwerpen)

#### **Indicatoren**

- Differentiatiebeleid mammacarcinoom
- Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven
- Beschikbaarheid verslag van pre- en postoperatieve mammabespreking

#### **Belang van de indicator / Wat zijn de risico's**

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland (incidentie en prevalentie)<sup>[24]</sup> en een belangrijke doodsoorzaak. Omdat borstkanker een grote groep patiënten treft en de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de geleverde kwaliteit. De ingrijpende behandeling is complex en er zijn verschillende specialismen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, een goede regie van het zorgproces en blijven in het eigen vakgebied en dat van de collega-specialismen van groot belang. Een duidelijk en toegankelijk behandelplan en een goede verslaglegging van de uitgevoerde handelingen zijn cruciaal. Gekoppeld aan een tijdige en adequate behandeling draagt dit alles in belangrijke mate bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling van de ziekte<sup>[25]</sup>. De indicatoren voor borstkanker geven een indicatie voor onderzoek van het gehele proces van de borstkankerzorg, ook al bevatten de huidige indicatoren alleen maten ontleend aan de eerste chirurgische fase van de behandeling. De IGZ geeft er op de lange termijn de voorkeur aan te komen tot een set indicatoren waarin ook aandacht wordt besteed aan de latere fasen van de behandeling na de chirurgie. De organisatie van de diagnostiek en behandeling van het mammacarcinoom is over het algemeen het best georganiseerd van alle vormen van kanker. De borstkankerzorg kent ook goed uitgewerkte richtlijnen waarin getalsmatige normen zijn opgenomen. De betreffende indicatoren geven dan ook vooral een indicatie van de bovengrens van de kwaliteit van (de organisatie van) de kankerzorg in een ziekenhuis. De inspectie vraagt ook naar het beleid bij de behandeling van borstkanker om zicht te krijgen op de geleverde zorg bij andere veel voorkomende vormen van kanker.

[24] NKR. Nederlandse Kanker Registratie (VIKC).

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

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

1: Het ziekenhuis is nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van een beleid (ontwikkelen infrastructuur)

*Er is geen differentiatiebeleid of het beleid is niet conform de richtlijn (meer dan de helft of minder dan twee van de chirurgen doet mammachirurgie)*

- Geeft het ziekenhuis in de toelichting een verklaring voor het afwijken van de richtlijn?
- Wat betekent differentiëren of specialiseren volgens het ziekenhuis?
- Wat is het differentiatiebeleid in de vakgroep heelkunde?
- Wat is het differentiatiebeleid van andere vakgroepen?

*In het ziekenhuis is het verslag van het preoperatieve of het postoperatieve MDO niet elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem*

- Hoe kunnen de behandelaars van alle betrokken specialismen op ieder gewenst moment beschikken over de verslaglegging van het MDO?
- Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het elektronisch beschikbaar stellen van een MDO-verslag? Bij welke andere tumorsoorten is wel een elektronisch verslag beschikbaar?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis rond het toegankelijk maken van essentiële informatie voor andere zorgverleners?
- Voor dit MDO en MDO's van andere tumorsoorten waarvoor geen elektronisch verslag beschikbaar is:
  - Hoe waarborgt het ziekenhuis de beschikbaarheid van een MDO verslag?
  - Hoe zien de afspraken in het MDO eruit?
  - Wat is de status van de afspraken in een MDO in het ziekenhuis? Is het een advies of een behandelplan?
  - Indien een advies:
    - Wie stelt het behandelplan op?
    - Hoe waarborgt het ziekenhuis de beschikbaarheid van het behandelplan voor andere zorgverleners?
  - Hoe wordt de kwaliteit van het behandelplan bewaakt?
  - Wat is de functie van een oncologiecommissie hierbij?

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

*Bij meer dan één patiënt is niet bekend of er tumorweefsel is achtergebleven*

- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak?
- Zijn de pathologieverslagen compleet, leesbaar en gestructureerd en wordt de landelijk gebruikelijke classificatie toegepast?
- Wat is het beleid bij patiënten bij wie geen duidelijke uitslag aanwezig is en bespreekt het ziekenhuis dat met de patiënten?

3: Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van meetgegevens)

*Het percentage geopereerde patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief hoog (voor 2010: meer dan 12,1%)*

- Welke analyse heeft het ziekenhuis zelf toegepast?
- Hoe is het differentiatiebeleid van het ziekenhuis?
- Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de chirurgen?
- Is volledige preoperatieve diagnostiek mogelijk?
- Hoe zijn de mammapoli en het multidisciplinair overleg (MDO) geregeld?

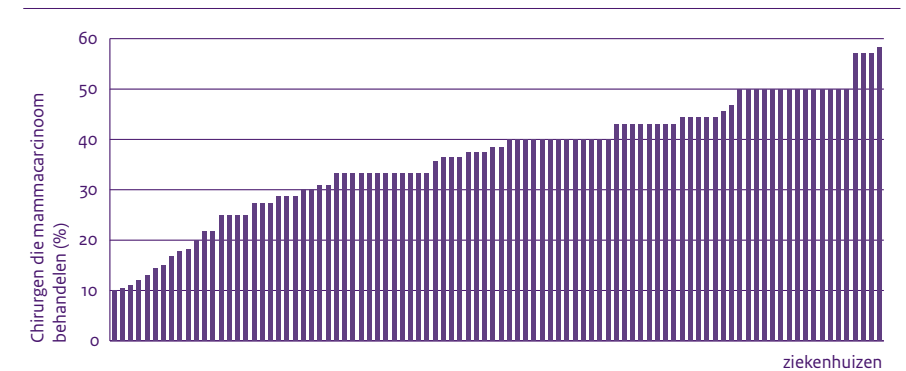
*Het percentage geopereerde patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief laag (voor 2010: minder dan 2,9%)*

- Doet het ziekenhuis onderzoek naar de tevredenheid van vrouwen over het cosmetisch resultaat?
- Wat is daar de uitslag van?
- Welke onderwerpen komen aan de orde bij het informed consent?
- Hoe verhoudt het aantal borstsparende operaties zich tot het aantal borstamputaties?
- Hoe is de trend over de laatste 4 jaar in de verhouding borstsparende ingrepen/ borstamputatie?

### Resultaten

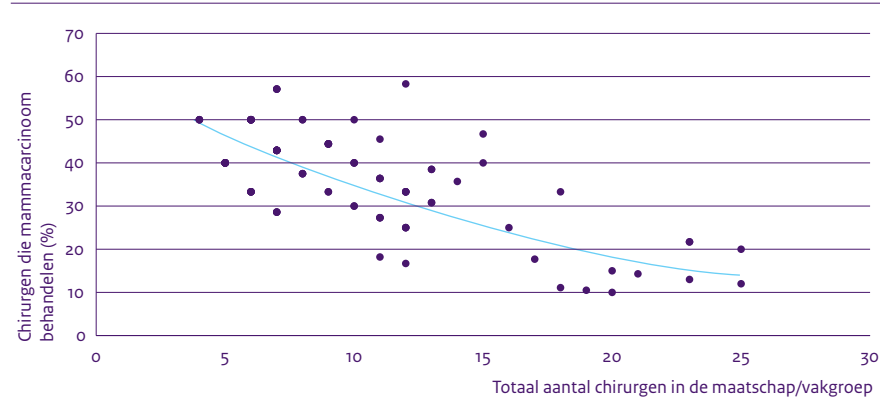
Figuur 4.2.1

Percentage chirurgen dat mammacarcinoom behandelt (n=94)



Figuur 4.2.2

Differentiatiebeleid en aantal chirurgen (n=94)

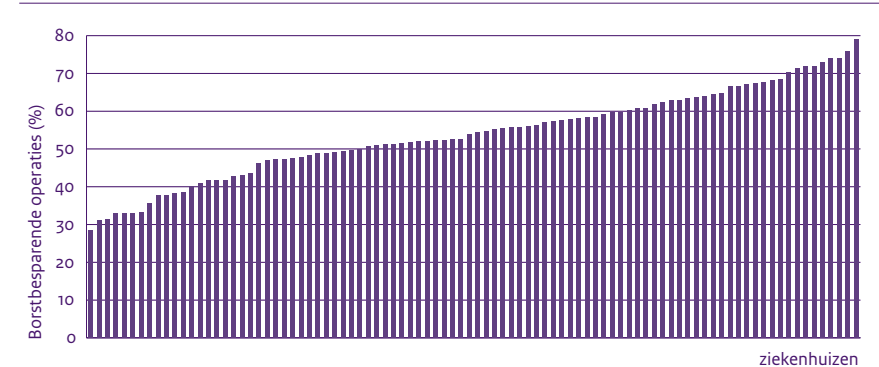


Van 94 ziekenhuizen is bekend hoeveel chirurgen mammaoperaties verrichtten. In totaal verrichtten 310 van de 956 chirurgen in de maatschap/vakgroep chirurgische operaties bij patiënten met mammacarcinoom (32,4%). Het percentage per ziekenhuis varieert van 10 tot 58,3%.

In de normen van het differentiatiebeleid rond de borstkankerzorg staat dat de chirurgische behandeling geconcentreerd moet worden bij twee of meer vaste chirurgen in de maatschap/ vakgroep met een maximum van 50%. In 3 ziekenhuizen (Kennemer Gasthuis Haarlem, Ommelander Ziekenhuisgroep en Franciscus Ziekenhuis Roosendaal) is meer dan de helft van de chirurgen betrokken bij de behandeling van borstkanker, in 14 ziekenhuizen is dit precies de helft. Zoals in het spreidingsdiagram te zien is hadden alle ziekenhuizen met een percentage boven de 50% meer dan 4 chirurgen in dienst. Binnen grotere maatschappen zijn de ingrepen geconcentreerd bij een kleiner deel van de chirurgen. (zie de trendlijn in figuur 4.2.2).

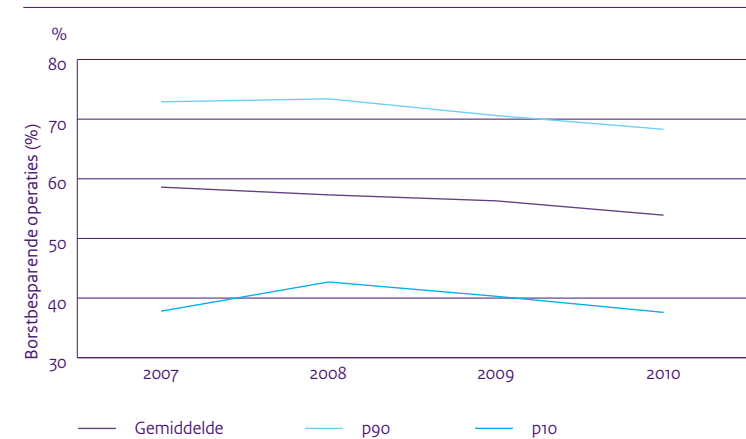
Figuur 4.2.3

Percentage borstsparende operaties (n=92)



Figuur 4.2.4

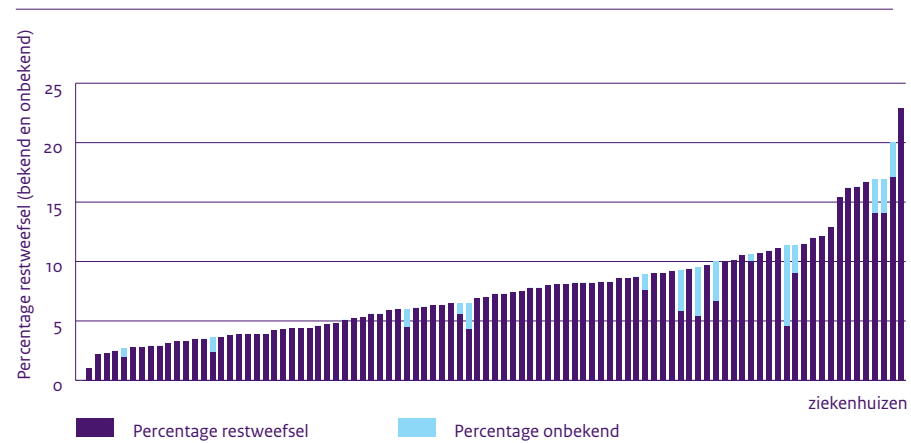
Verloop percentage borstsparende operaties



In 2010 werden in totaal 16.306 patiënten chirurgisch behandeld voor borstkanker. Bij gemiddeld 53,9% van deze patiënten was dat met een borstsparende operatie. Het percentage borstsparende operaties varieerde van 37,6 tot 68,3%. Over de jaren heen daalt het percentage borstsparende operaties licht, in 2007 werd gemiddeld bij 58,6% van het aantal patiënten dat chirurgisch behandeld werd voor borstkanker een borstsparende operatie uitgevoerd. Dat is 8% meer dan in 2010.

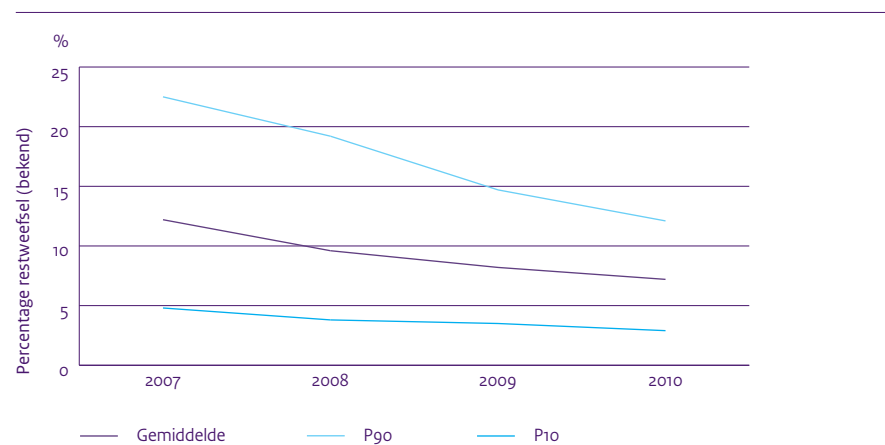
Figuur 4.2.5

Percentage restweefsel na borstsparende operaties (n=94)



Figuur 4.2.6

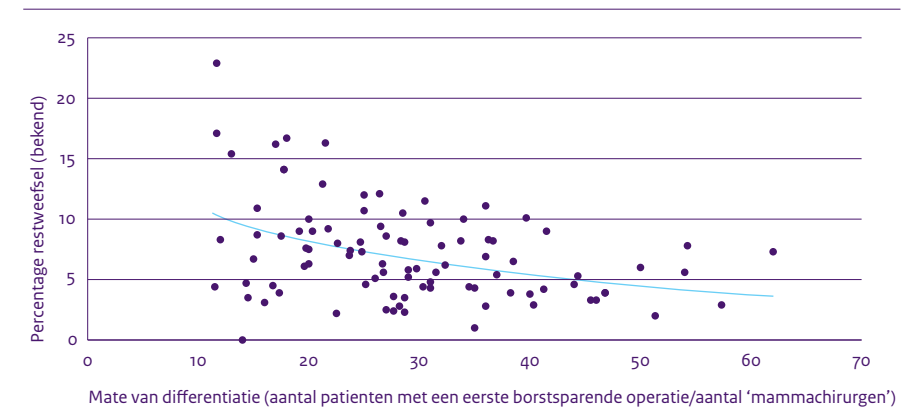
Verloop percentage tumorresten



Bij 7,2% van de 8.999 patiënten met een borstsparende operatie bleef restweefsel achter. Bij 33 patiënten (0,4%) was niet bekend of restweefsel was achtergebleven. In enkele ziekenhuizen is bij een substantieel deel (maximaal 6,8%) van de patiënten niet bekend of tumorrest is achtergebleven. Over de jaren heen daalt het percentage patiënten waarbij restweefsel achterblijft, in 2007 bleef gemiddeld bij 12,2% van de patiënten restweefsel achter. Dat is 41% meer dan in 2010. Het percentage patiënten waarbij niet bekend is of restweefsel was achtergebleven is nagenoeg hetzelfde gebleven en is nooit meer dan 5% van het percentage patiënten waarbij restweefsel achterblijft.

Figuur 4.2.7

Aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (n=94)

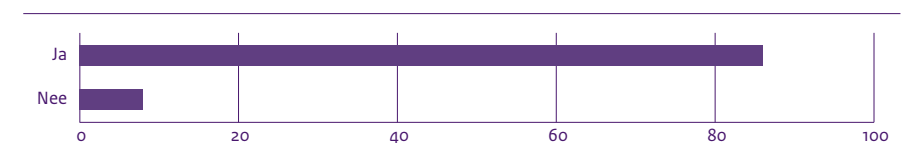


In figuur 4.2.7 over 2010 de spreiding van het percentage restweefsel gerelateerd aan de mate van differentiatie binnen een ziekenhuis (aantal patiënten of ingrepen gedeeld door aantal chirurgen dat één of meer chirurgische behandelingen van mammacarcinoom patiënten verricht) de trendlijnen laten zien dat hoe verder er gedifferentieerd is hoe lager het percentage restweefsel is.

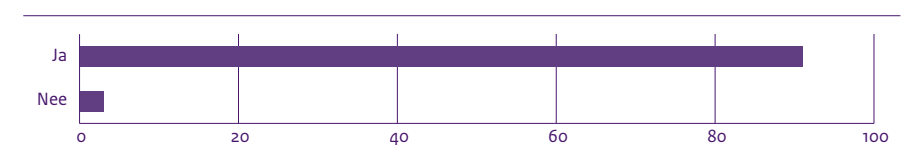
Verder is in 86 ziekenhuizen zowel het verslag van het preoperatieve MDO als van het postoperatieve MDO elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem. Dit betekent dat de behandelaars van alle betrokken specialismen direct over deze verslaglegging kunnen beschikken. Drie ziekenhuizen (Diaconessenhuis Meppel Zorgcombinatie Noorderboog, Ruwaard van Putten Ziekenhuis Spijkernisse en het Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede) hebben het preoperatieve en het postoperatieve MDO niet elektronisch beschikbaar. Alle drie de ziekenhuizen gaven vorig jaar wel aan deze gegevens elektronisch beschikbaar te hebben.

Figuur 4.2.8

Preoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in ZIS/ EPD (n=94)



Postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in ZIS/ EPD (n=94)



## **Aandachtspunten voor de borstkankercare en de daarbij horende indicatoren**

### **Volume-effecten**

Er is in 2010 en 2011 veel discussie geweest over de concentratie van laagvolume hoogrisico verrichtingen. Nadat een verzekeraar openbaar maakte niet alle ziekenhuizen te contracteren die borstkankercare leverden, werd de discussie uitgebreid met hoogvolume ingrepen. In februari 2011 kwam de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) met de eerste volume normen voor hoogvolume ingrepen (onder andere borstkankercare). Het is duidelijk dat de verdeling van oncologische care over Nederlandse ziekenhuizen volop in beweging is. Het is nog te vroeg om de uitkomst van deze beweging in de uitslagen van de ziekenhuizen te zien.

Een uitkomst is dat (buiten de academische ziekenhuizen) grotere maatschappen verdere differentiatie toelaten en dat mamma-chirurgen in zo'n grote maatschap/ vakgroep gemiddeld duidelijk meer mamma-operaties uitvoeren. De stelling dat in kleine maatschappen een kleiner aantal chirurgen meer borstoperaties uitvoeren kan daarmee weerlegd worden. De SONCOS (het samenwerkingsverband van oncologisch chirurgen, medisch oncologen en radiotherapeuten) heeft aan het begin van dit jaar gemeld dat een concentratie van borstkankercare in een beperkt aantal ziekenhuizen wenselijk is. De beschikbare cijfers zijn niet voldoende om deze stelling te bewijzen, maar ontkrachten doen ze die uitspraak in ieder geval niet.

Echter, winst op het ene domein van kwaliteit kan verlies op een ander domein betekenen. Het is daarom belangrijk om aandacht te hebben voor meer en ook organisatorische aspecten. Het blijft opvallend dat de hoeveelheid informatie die beschikbaar is over de andere delen van de borstkankercare erg mager is. Er is vrijwel alleen data over het chirurgische deel van de behandeling. Het is de wens van de IGZ – en andere partijen – om meer onderdelen van de behandeling zoals cytostatica behandeling en bestraling, inzichtelijk te krijgen. Zo ontstaat een evenwichtiger beeld van de behandeling van borstkanker in een ziekenhuis.

### **Trend in aantal tumorresten en aantal borstsparende operaties**

In figuur 4.2.6 is over de afgelopen vier jaar (2007-2010) een daling zichtbaar van 41% van het aantal patiënten bij wie restweefsel is achtergebleven. Dit is een daling die de NVvH gehoopt had te zien bij het voorstellen van deze indicatoren in 2006. In 2009 ging deze daling nog samen met een verandering van de definitie van restweefsel waardoor deze daling mogelijk hieraan toegeschreven kon worden. In 2010 zet de daling zich echter in een zelfde lijn door, zonder verdere aanpassing van de definitie. De norm voor het percentage achtergebleven tumorresten is in 2008 van 10% naar 20% bijgesteld, 10% leek op dat moment niet haalbaar en werd alleen gezien als streefnorm. De inspectie houdt de hoogste 10% uitslagen (p90) aan als signaal dat nader onderzoek wenselijk is. Bij een doorgaande dalende trend zal deze grens in 2012 op 10% tumorresten liggen en zal daarmee meer dan gehalveerd zijn. Op basis van de huidige trend heeft het 5-6 jaar geduurd om die norm ook te bereiken. Als deze cijfers kloppen is dat een opmerkelijk resultaat.

De angst was dat deze indicator zou leiden tot minder borstsparende ingrepen of ruimere resecties (met minder kans op restweefsels). Over de dezelfde jaren is inderdaad een daling van 8% van het aantal borstsparende operaties te zien. Een minder grote daling dan die bij het aantal achtergebleven tumorresten. Deze daling kan een ongewenst effect van de indicator zijn, maar het kan ook een positief effect zijn: omdat ziekenhuizen over de jaren via een betere preoperatieve diagnostiek beter kunnen inschatten of een borstsparende operatie haalbaar is. Het risico van een borstsparende operatie is dat er een heroperatie moet worden uitgevoerd om een onvolledige resectie alsnog te corrigeren. De door de ziekenhuizen aangeleverde data laten zien dat het aantal vrouwen dat in één keer goed behandeld wordt duidelijk is toegenomen. Ook dat is risicoreductie. Tegelijkertijd vraagt deze trend ook waakzaamheid en analyse. Het is wenselijk dat goed rekening gehouden wordt met de wens van patiënten over de wijze van opereren. Als een vrouw er voor kiest om een borstsparende ingreep uit te ondergaan, ook al denkt de operateur dat de kans op een tumorrest groot is, dan is dat haar keuze. Shared decision is hier hét instrument voor risicobeoordeling.



## 4.3 Gastro-intestinaal

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 5.5 t/m 5.7 pagina 74 e.v. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD).
- Ongeplande heroperaties na een colorectale operatie.
- Deelname aan het DSCA.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Een carcinoom van de pancreas (kanker van de alveesklier) is relatief zeldzaam, de ziekte heeft een slechte prognose en de resectie (uitsnijding) van de pancreas is een complexe ingreep. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goed samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Dit zorgt voor minder complicaties en lagere postoperatieve sterfte. Een goed concentratiebeleid is voor de IGZ een indicator voor de kwaliteit van zorg voor oncologische patiënten.

In tegenstelling tot kanker van de alveesklier maakt dikke darmkanker samen met borst-, long- en prostaatkanker deel uit van de groep veelvoorkomende kwaadaardige aandoeningen. Omdat het een grote groep patiënten treft, de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is en duidelijke risico's kent, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de kwaliteit van die behandeling.

De IGZ heeft specifiek belangstelling voor de kwaliteit van colorectale operaties omdat het een veel voorkomende ingreep is waarna relatief vaak een hersteloperatie nodig is.

De patiënt heeft opnieuw klachten gekregen, meestal omdat naadlekkage is ontstaan. Hoewel een deel van deze hersteloperaties niet is te voorkomen, kan goed beleid het aantal heroperaties wel beperken. Daarvoor is van belang dat een ziekenhuis informatie heeft over de omvang van het probleem. Een laag percentage heroperaties is ook een indicatie voor onderzoek. Zo is het mogelijk het risico op een heroperatie te verminderen door het aantal stoma's te verhogen. Hoewel dit altijd mogelijk is in overleg met de patiënt, is deze optie als systematische keuze niet wenselijk. De IGZ is dan ook geïnteresseerd of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de DSCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een dergelijke indicator leidt tot het versnellen van deelname aan dergelijke registraties. Daarbij komt dat deelname aan een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren te formuleren. Dat is van belang omdat naast de eerder genoemde ingrepen, aandoeningen van de dikke darm veel voorkomen.

Gezien de hoge mortaliteit bij een colorectale heroperatie gaat de IGZ er van uit dat het ziekenhuis een analyse uitvoert indien het registratiesysteem opvallende uitslagen aangeeft.

## Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Het aantal resecties van de pancreas (Whipples of PPPD) is minder dan 20*

- Wat is het concentratiebeleid van de vakgroep/maatschap?
  - Is er een plan om het aantal verrichtingen te verhogen en zo ja, op welke wijze?
  - Of is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisicoverrichtingen.

*Het ziekenhuis geeft aan geen resecties van de pancreas (Whipples of PPPD) te verrichten en patiënten door te verwijzen*

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

*Het aantal colorectale heroperaties was relatief hoog (voor 2010: meer dan 12,7% heroperaties)*

- Wat was in 2010 de ziekenhuismortaliteit na een colorectale heroperatie?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?

*Het aantal colorectale heroperaties was relatief laag (voor 2010: minder dan 3,1% heroperaties)*

- Hoe spoort het ziekenhuis heroperaties op?
- Wat is het percentage patiënten dat een stoma heeft gekregen in 2009-2010?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?

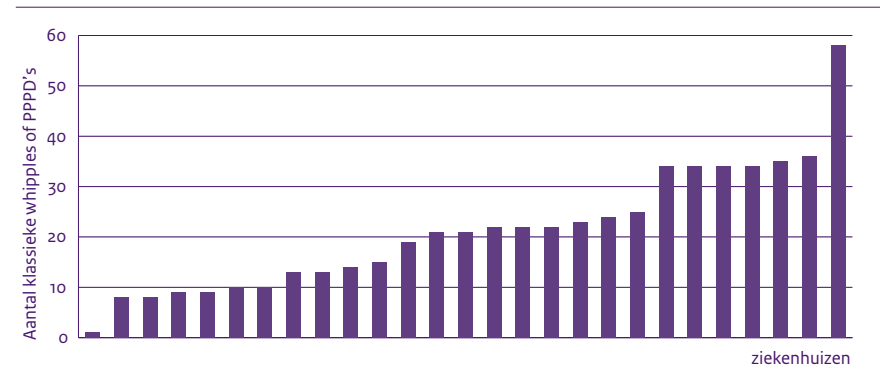
*Het ziekenhuis neemt geen deel aan de DSCA, heeft geen gegevens geregistreerd, of het percentage opgenomen patiënten is relatief laag (voor 2010: minder dan 88,5%)*

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij colorectale ingrepen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

## Resultaten

Figuur 4.3.1

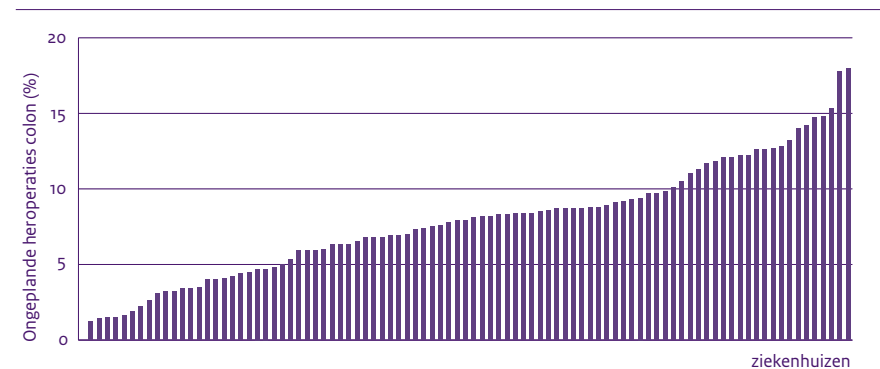
Aantal klassieke whipples of PPPD's (n=27)



In totaal voerden 27 ziekenhuizen 574 resecties van de pancreas uit. Het aantal operaties per ziekenhuis varieerde van 1 tot 58 (met een gemiddelde van 21,2 en een mediaan van 21). 12 ziekenhuizen voerden minder dan 20 pancreasresecties uit. 67 ziekenhuizen gaven aan geen resecties van de pancreas uitgevoerd te hebben in 2010. Deze ziekenhuizen hebben totaal ongeveer (niet ieder ziekenhuis weet exact hoeveel) 510 patiënten doorverwezen voor verder onderzoek en/of behandeling. Er worden meer patiënten doorverwezen voor een resectie dan er uiteindelijk worden uitgevoerd. Dit wordt veroorzaakt doordat het ontvangende ziekenhuis ook moet beoordelen of een resectie zin heeft en mogelijk is, in overleg met de betrokken patiënt.

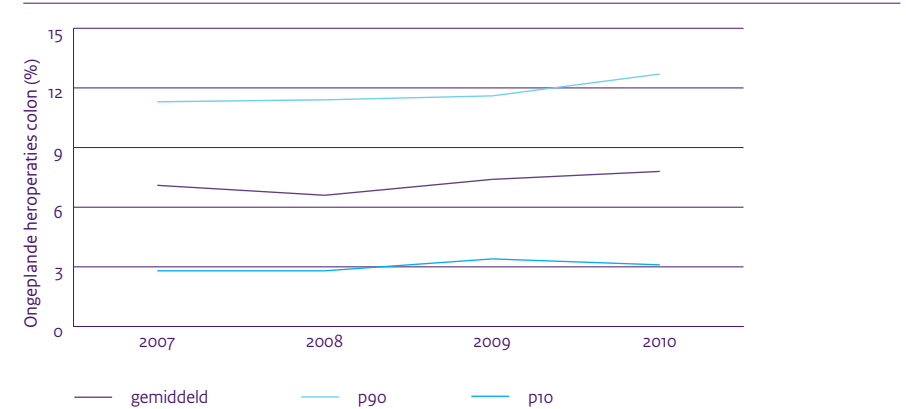
Figuur 4.3.2

Percentage ongeplande heroperaties binnen 30 dagen na colonchirurgie (n=93)



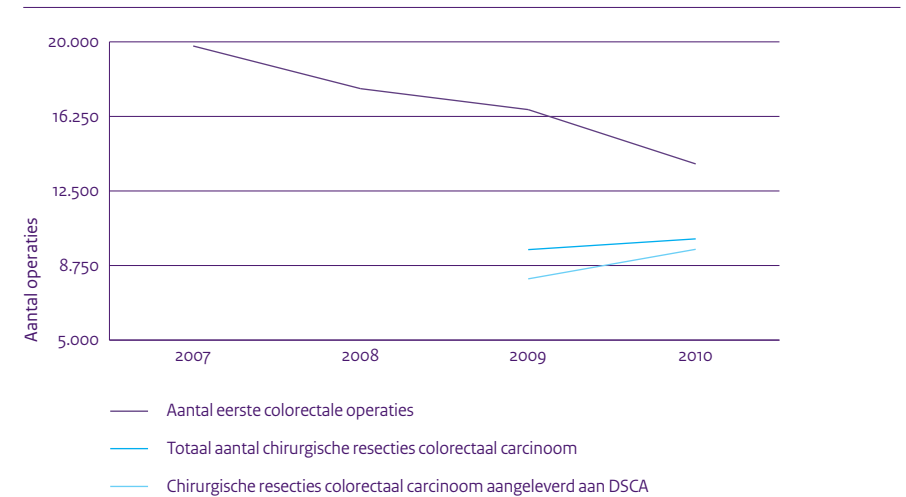
Figuur 4.3.3

Percentage ongeplande heroperaties na een colorectale operatie 2007-2010



Figuur 4.3.4

Aantal colorectale operaties (2007-2010)

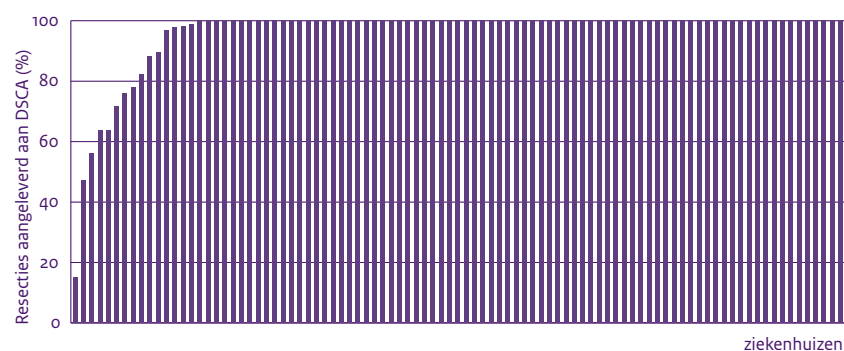


Het gemiddelde percentage ongeplande heroperaties na colonchirurgie van de 93 ziekenhuizen was 7,8% (mediaan 7,9%). Het percentage varieerde van 0 tot 18%. De 93 ziekenhuizen gaven in totaal 13.861 colorectale operaties op en 1.086 ongeplande colorectale heroperaties. Over de afgelopen 4 jaar is een lichte stijging (ongeveer 10%) van het percentage ongeplande heroperaties waarneembaar en een grotere daling (30%) van het totaal aantal eerste colorectale operaties. De daling wordt veroorzaakt doordat in de loop van de vier jaar de populatie is

beperkt tot ingrepen met als indicatie de aanwezigheid van een carcinoom. Voorbeelden van indicaties die niet langer zijn opgenomen zijn de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa.

Figuur 4.3-5

Aanlevering resecties van een colorectaal carcinoom aan DSCA (n=93)



Er werden 10.091 chirurgische resecties door 93 ziekenhuizen uitgevoerd, van 9.566 resectie van een colorectaal carcinoom werden gegevens aangeleverd aan het DSCA. 78 ziekenhuizen (84%) leverden van alle chirurgische resecties gegevens aan. Het gemiddelde percentage van aanlevering was 95,9 (mediaan 100%) en de spreiding liep van 15,1 tot 100%.

## Aandachtspunten voor gastro-intestinale ingrepen en de daarbij horende indicatoren

### Deelname aan de DSCA en het controleren van gegevens door de DSCA

Zoals vorig jaar toegelicht is vanaf het begin van het gebruik van indicatoren duidelijk geworden dat het opnemen van structurelementen (infrastructuur zoals registraties, afdelingen of personeel) gelijk staat aan het binnen korte tijd stimuleren van 100% deelname. Voor deelname aan de DSCA blijkt een indicator ook een krachtige stimulator te zijn. In 2009 leverden 60% van de ziekenhuizen gegevens aan de DSCA, over 2010 is dat al 84%. In figuur 4.3.3 met het aantal colorectale operaties is tevens te zien dat het gemiddelde percentage van aanlevering van deze ziekenhuizen is gestegen van 85% in 2009 naar 96% in 2010. Hiermee zijn de eerste fases (1-beleid/infrastructuur en 2-het daadwerkelijk screenen) dus voor groot deel van de ziekenhuizen doorlopen. De indicator is opgenomen in de sets van 2011 en 2012. De kans dat deze indicator in 2013 nog een functie heeft is klein. Rechtvaardiging voor deze opname is het positieve effect op kwaliteit van zorg dat verwacht wordt van deelname. Een logische volgende stap voor deze indicator is dan ook of een indicator die dit effect zichtbaar maakt (fase 4), of een indicator die de activiteiten zichtbaar maakt die een ziekenhuis onderneemt op basis van de registratie. Te denken valt dan aan het aantal audits of analyses (fase 3).

### Ongeplande heroperaties na een colorectale operatie

Bij het aantal ongeplande heroperaties na een colorectale operatie valt op (figuur 4.3.4) dat er over de afgelopen vier jaar een systematisch stijgende trend is. Bij veel indicatoren wordt een systematische verbetering gezien van het resultaat (decubitus, tumorresten bij borstkanker, percentage tijdige trombolysen bij CVA etc.). Op het eerste gezicht treedt dit hier niet op. Een mogelijke verklaring is de andere patiëntselectie, gezien de systematische daling van het aantal operaties. In principe is de vraagstelling voor de indicator heroperaties niet veranderd. De DSCA is echter ontstaan in de laatste twee jaar van deze indicator. De populatie van de DSCA is beperkt tot de patiënten met een carcinoom. De andere grote indicatie voor een colorectale ingreep is een chronische ontsteking. Veel ziekenhuizen hebben (volgens hun toelichting) in de loop van de jaren de populatie beperkt tot de DSCA groep. Dit verlaagt de administratieve belasting van de indicator. Het maakt ook duidelijk dat gevraagde specificaties van indicatoren niet altijd de groep weergeven waarover daadwerkelijk gegevens beschikbaar zijn.

Het is overigens ook de vraag of daling van het percentage heroperaties altijd wenselijk is. Er zijn vele manieren om het percentage te verlagen. De IGZ heeft voorbeelden ontvangen van ziekenhuizen die hun OK-proces hebben geanalyseerd en verbeterd, ziekenhuizen die de techniek van het leggen van darmnaden optimaliseerden en ziekenhuizen die de populatie die zij includeerden beter formuleerden. Hoewel in het laatste geval de kwaliteit van zorg niet verbeterde, zijn al deze methoden valide. Uit de literatuur zijn gevallen bekend waarbij operatierisico's werden teruggebracht door operaties uit te voeren die minder risico's hadden, maar ook een functioneel minder resultaat, zoals het aanleggen van een stoma, in plaats van het herstellen van de continuïteit van de darm. Ook zijn er gelukkig incidentele voorbeelden van patiënten die overlijden voordat zij opnieuw geopereerd

konden worden. Daarnaast vinden ziekenhuizen soms een tweede operaties niet terug in hun administratie. In deze gevallen daalt het aantal heroperaties, maar is er duidelijk reden voor zorg. Een daling van heroperaties is dan ook geen doel op zich. Toch is het wenselijk dat een ziekenhuis met een relatief hoog aantal heroperaties de goede acties onderneemt om dit aantal terug te brengen. Ook hier kunnen audits vanuit de Dutch Surgical Colorectal Audit tot meer inzicht en verbeteringen leiden.

### Pancreas

De resectie van de pancreas is een complexe en risicovolle ingreep. Het concentreren van deze ingreep zorgt voor verminderde mortaliteit<sup>[26]</sup>. Dit heeft er toe geleid dat door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) in februari 2011 een norm bekend is gemaakt van minimaal 20 pancreasresecties per ziekenhuis. Bijna 45% van de ziekenhuizen (129 ingrepen) die pancreasresecties uitvoerden voldoet in 2010 niet aan deze norm. Niet al deze ziekenhuizen hoeven per direct te stoppen met het uitvoeren van pancreasresecties, door herschikking van de 129 pancreasresecties kunnen enkele van deze ziekenhuizen deze ingreep uit blijven voeren. Alle ziekenhuizen die pancreasresecties willen uitvoeren zullen op 1 januari 2013 aan de complete set normen van de NVvH moeten voldoen<sup>[27]</sup>.

Ziekenhuizen die niet over een haalbaar plan beschikken om aan de normen te gaan voldoen kunnen eerder gevraagd worden om hun patiënten door te verwijzen. In alle gevallen staat het waarborgen van de continuïteit van zorg voorop. Ziekenhuizen die voorzien dat zij niet aan de normen kunnen voldoen moeten zo snel mogelijk afspraken maken over alternatieve behandellocaties.

Overigens heeft al een deel van de herschikking in de afgelopen jaren plaatsgevonden. De Integrale Kankercentra Nederland (IKNL) verzamelen al langer data over het aantal pancreasresecties<sup>[28]</sup>. Op basis van hun data blijkt dat in 2008 34 ziekenhuizen klassieke Whipples of PPPD's uitvoerden en allen minder dan 20 per jaar. In 2009 waren dat al minder ziekenhuizen: 30, waarvan 28 ziekenhuizen minder dan 20 resecties uitvoerden. In de cijfers van de IGZ over 2010 zijn het nog maar 27 ziekenhuizen, waarvan 12 ziekenhuizen minder dan 20 resecties uitvoerden.

[26] Nienhuijs SW, Rutten HJ, Luiten EJ, Repelaer van Driel OJ, Reemst PH, Lemmens VE, de Hingh IH: *Reduction of in-hospital mortality following regionalisation of pancreatic surgery in the south-east of The Netherlands*. EJSO 36 (2010) 652e656.

[27] Voor de chirurgisch behandeling hiervan stelt de NVvH dat de zorginstelling moet beschikken over/en voldoen aan de volgende voorwaarden: Er is multidisciplinair overleg voorafgaand aan de behandeling

c.q. operatie. Er is multidisciplinair overleg na de behandeling c.q. operatie. Er is toegang tot eventuele (neo)adjuvante behandeling. Er worden minimaal 20 pancreaticoduodenectomien per jaar verricht. Specifieke, weinig voorkomende aandoeningen (zoals hilus tumoren en galwegletsels) worden binnen enkele centra geconcentreerd.

[28] [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl).

## 4.4 Blaascarcinoom

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 5.8 pagina 80. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicator

- Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Een invasief blaascarcinoom is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt, langdurige ziekenhuisopname en een sterftcijfer rondom de operatie variërend tussen de 2,5 en 8 procent<sup>[29]</sup>. De ingreep valt in de categorie ingrepen die én complex én zeldzaam zijn. Het uitvoeren van deze operaties stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het team dat de ingreep uitvoert. Het is belangrijk dat een ziekenhuis een beleid heeft voor het uitvoeren of doorverwijzen van riskante zeldzame ingrepen. In 2011 heeft de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) bekendgemaakt, dat er voor deze ingreep een minimumnorm geldt van 10 blaasresecties per jaar.

De IGZ besteedt aandacht aan alle ziekenhuizen die de ingreep uitvoeren, of zij nu wel of niet aan de norm voldoen.

Bij patiënten bij wie de blaas is verwijderd moet de urineafvoer hersteld worden. Dit is een grote complexe ingreep die ervaring vraagt en waarbij de patiënt goed begeleid moet worden.

Het ziekenhuis moet de zorg zo organiseren dat de herstelgreep van voldoende kwaliteit is. Deelname aan de database voor invasief blaascarcinoom levert zowel op landelijk niveau als voor individuele ziekenhuizen kwaliteitsinformatie op met als doel de zorg te verbeteren.

De IGZ is dan ook geïnteresseerd of het ziekenhuis deelneemt aan de registraties van invasief blaascarcinoom. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een dergelijke indicator leidt tot het versnellen van deelname aan dergelijke registraties. Daarbij komt dat deelname aan een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren te formuleren. Gezien de hoge mortaliteit bij deze ingreep gaat de IGZ er van uit dat het ziekenhuis een analyse uitvoert indien het registratiesysteem opvallende uitslagen aangeeft. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de IGZ. Zij verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de IGZ bereiken.

[29] Birkmeyer 2002, Finlayson 2003, Konety 2005, McCabe 2005, Elting 2005.

## Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan blaascarcinomen te behandelen.

*In 2011 is bekend gemaakt dat er voor blaasresecties een minimumnorm geldt van 10 ingrepen per jaar per team en o.a. deelname aan de registratie.*

- Wil het ziekenhuis blaasresecties uit (blijven) voeren?
- Voldoet het ziekenhuis nu aan deze en andere onderdelen van de norm?

*Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen:*

- Wat is het concentratiebeleid van de vakgroep/maatschap?
  - Is er een plan om het aantal verrichtingen te verhogen?
  - Hoe gaat het ziekenhuis voldoen aan de andere delen van de norm?
  - Of is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisicoverrichtingen.

*Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de norm:*

- Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een blaasresectie bewaakt?
- Hoeveel hersteloperaties/urinedeviaties van welke typen voert het ziekenhuis na een blaasresectie uit?
- Ontvangt het ziekenhuis verwijzingen uit andere ziekenhuizen?
- Wat zijn de criteria om verwezen patiënt na herstel terug te verwijzen?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?
- Zijn er typen reconstructies waar het ziekenhuis voor doorverwijst naar een andere instelling?
  - Naar wie verwijst het ziekenhuis door?
  - Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?
- Wordt het percentage heroperaties bijgehouden?
  - Zo ja, was er aanleiding om het operatieproces te analyseren en te verbeteren?

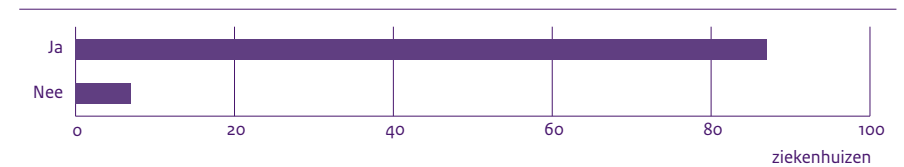
*Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom en heeft géén patiënt ingebracht in de landelijke database voor een invasief blaascarcinoom*

- Voert het ziekenhuis blaasresecties uit voor een (invasief) blaascarcinoom?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de behandeling van een invasief blaascarcinoom?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Aan welke andere kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg (incl. indicatiestelling) heeft het ziekenhuis?

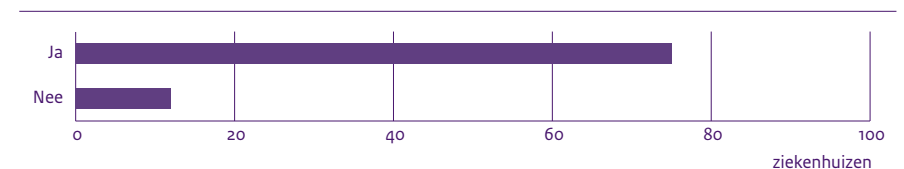
## Resultaten

Figuur 4.4.1

Behandeling blaascarcinoom (n=94)



Landelijke database voor invasief blaascarcinoom (n=87)



87 ziekenhuizen geven aan blaascarcinomen te behandelen. Van deze 87 ziekenhuizen hebben 75 ziekenhuizen ten minste één patiënt ingebracht in de landelijke database voor een invasief blaascarcinoom.

## Aandachtspunten voor registratie van invasief blaascarcinoom en de daarbij horende indicator

### Invasief

Er is een groot verschil tussen het voorkomen van en de risico's rond de ingreep bij een invasief blaascarcinoom en die van een oppervlakkig groeiend blaascarcinoom. Bij de huidige indicator is de eerste (foutieve) vraag geweest of ziekenhuizen een 'blaascarcinoom' behandelen. Het overgrote deel van de ziekenhuizen behandelen patiënten met een blaascarcinoom; een relatief veelvoorkomende vorm van kanker, in Nederland de vierde meest voorkomende tumor bij mannen en de achtste bij vrouwen<sup>[30]</sup>. Dat 12 van deze ziekenhuizen niet deelnemen aan de registratie van het veel minder vaak voorkomende invasief blaascarcinoom is dan ook nog niet zorgwekkend. Veel van deze ziekenhuizen geven namelijk aan geen patiënten met een *invasief* blaascarcinoom te behandelen.

Drie ziekenhuizen die niet deelnemen behandelen met zekerheid wel een invasief blaascarcinoom (het AZM Maastricht en het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis/ Nederlands Kanker Instituut Amsterdam (NKI-AVL) en het Medisch centrum Leeuwarden). Het NKI-AVL geeft aan dat hun urologen al jaren een eigen database beheren, maar dat er een koppeling gemaakt zal gaan worden met de bedoelde database.

Het deelnemen aan een kwaliteitsregistratie is onderdeel van de kwaliteitsnormen van de Nederlandse Vereniging voor Urologie. Na 1 januari 2012 zullen dan ook alle ziekenhuizen die deze ingreep uitvoeren deel moeten nemen aan een landelijk registratiesysteem.

Het risico van het niet deelnemen aan de registratie is dat het ziekenhuis niet tijdig opmerkt dat de resultaten achterblijven. Bij kleine aantallen ingrepen duurt het niet alleen lang voordat het team voldoende ervaring heeft, maar net zo belangrijk is dat het ook veel langer duurt om patronen te ontdekken. Dat is een van de redenen waarom de IGZ geen gesprek aangaat over de resultaten van ziekenhuizen die niet aan de minimumnormen voldoen. Het betrouwbaarheidsinterval van dergelijke gegevens is zo groot dat zij of niet te interpreteren zijn of over een zo lange periode zijn verzameld dat de situatie al lang veranderd kan zijn.

### Concentratie en opleiding

2010 en 2011 waren belangrijke jaren voor het ontwikkelen, het opstellen en gebruiken van minimumnormen voor complexe ingrepen. De NVU stelde normen vast, de inspectie maakte bekend het toezicht er op te baseren vanaf 2012 en zorgverzekeraars pasten hun inkoopbeleid aan aan de normen. Concentratie stopt alleen niet bij het wel of niet voldoen aan het minimum aantal ingrepen. Naast goed doorverwijsbeleid, het waarborgen van de continuïteit van zorg en afstemming met belendende functies (IC, laboratorium, etc.) heeft specialisatie ook gevolgen voor onder andere de opleidingen. Assistenten zullen in meer ziekenhuizen moeten meelopen om bepaalde specialistische ingrepen te leren. Dit maakt aanpassing van onder andere de huidige structuur van de opleiding, de regelgeving en het opleidingsfonds noodzakelijk. Hiervoor zijn verschillende scenario's mogelijk. Een van de vragen die daarvoor beantwoord moet worden, is of het noodzakelijk is om artsen op te leiden voor

ingrepen die zij niet zullen uitvoeren. Een overweging om dat wel te doen is bijvoorbeeld dat die ervaring wenselijk is om patiënten goed voor te lichten die doorverwezen worden naar een ander ziekenhuis. Dit is maar een van de overwegingen die het wenselijk maken om volume normen weloverwogen in te voeren. Ziekenhuizen en specialisten moeten een redelijke overgangperiode krijgen. Dat is de reden waarom ook de handhaving van minimumnormen niet onmiddellijk plaats kan vinden, ook al vraagt het patiëntenbelang ook om een zo kort mogelijke deadline.

[30] Landelijke richtlijn Blaascarcinoom Versie 1.0.  
Vereniging van Integrale Kankercentra: 2009.

## 4.5 Medicatieveiligheid

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 5.9, pagina 82. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag.
- Vrijgifte van cytostatica.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Medicatiefouten zijn van grote invloed op de patiëntveiligheid. Binnen het hele proces van voorschrijven, gereed maken, ter hand stellen en toedienen van medicijnen zijn veel momenten waarop een fout kan optreden. Door een goed medicatieveiligheidsbeleid te ontwikkelen met daarin aandacht voor de patiënt, het geneesmiddel én het proces kunnen ziekenhuizen risico's tijdig onderkennen en vermijden.

Bij het opstellen van de prestatie-indicator medicatieveiligheid is gekozen voor cytostatica (ter behandeling van kanker) als groep van risicogeneesmiddelen. Bij dit medicament is bij foutief handelen het risico op schade voor de patiënt groot.

In het verleden werd de inspectie bij herhaling geconfronteerd met calamiteiten door fouten met cytostatica. Eind 2008 publiceerde zij daarom een circulaire<sup>[31]</sup> met maatregelen om deze doseringsfouten te voorkomen. Door de keuze voor cytostatica kan de indicator worden betrokken bij het oordeel over de veiligheid van de behandeling van de héle groep kankerpatiënten. Vrijgifte van een bereiding door een apotheker is daarbij een minimumnorm. Technisch gesproken houdt dat in dat, wanneer dit niet gebeurt, het ziekenhuis geen verantwoorde zorg levert.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*De vrijgifte van cytostaticakuren gebeurt niet of niet altijd door de apotheker*

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan eisen rond verantwoorde zorg bij het vrijgeven van bereidingen (ook van niet-cytostatica)?

*Het totaal aantal bereidingen is relatief hoog (in 2009: meer dan 14.000 bereidingen)*

- Op welke wijze is het aantal kuren bepaald?
- Welke reguliere toetsen voert het ziekenhuis uit op binnenkomende aanvragen?

*Het totaal aantal bereidingen is relatief laag (voor 2009: minder dan 2.500 bereidingen)*

- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de kwaliteit van zeldzame bereidingen?

*Het ziekenhuis neemt geen steekproef ter controle op volledigheid van de aanvragen en vermeldt in de toelichting dat alle formulieren altijd volledig ingevuld zijn*

- Kan het ziekenhuis de map met cytostatica-aanvragen ter inzage geven?
- Op welk moment in het proces wordt de volledigheid van de aanvragen beoordeeld?
- Welke procedure volgt het ziekenhuis bij het insturen/ontvangen van een onvolledige aanvraag?
  - Wanneer vindt toetsing plaats van een aanvraag voor de indicator?

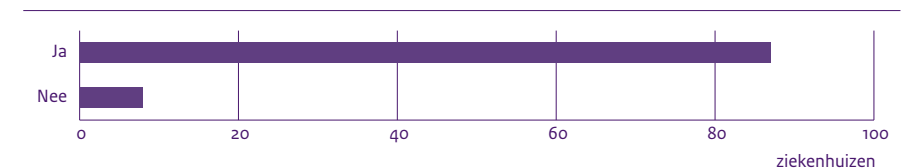
*Aanvraagformulieren voor cytostaticakuren zijn niet volledig ingevuld*

- Op welk moment worden de gegevens voor de cytostaticabereiding verzameld?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om te garanderen dat essentiële gegevens voor het bereiden van cytostatica aanwezig zijn? Essentiële gegevens zijn bijvoorbeeld de indicatie, het protocol waaronder de cytostatica worden voorgeschreven, de nier- en leverfuncties, de toegang tot het protocol zelf en gegevens over allergieën en contra-indicaties.
  - In de apotheek?
    - Welke waarborgen zijn er dat:
      - aanvragen met onvoldoende gegevens niet worden uitgevoerd?
      - de juiste (geldige) gegevens worden gebruikt voor de berekening?
  - Ter beïnvloeding van de aanvragers?
    - Op welke wijze wordt gestimuleerd dat gegevens in één keer goed worden aangeleverd?
  - Welke maatregelen neemt het ziekenhuis bij herhaaldelijk ontbreken van essentiële gegevens?

### Resultaten

Figuur 4.5.1

Vrijgifte cytostaticabereidingen door apotheker (n=95)



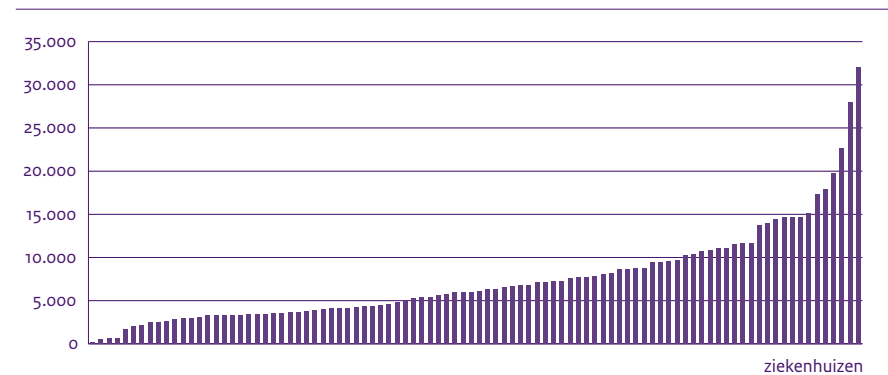
In 87 van de 95 ziekenhuizen worden cytostaticakuren formeel vrijgegeven door de apotheker. In 7 ziekenhuizen is dit anders geregeld. Uit de toelichtingen van deze ziekenhuizen blijkt dat de meeste afwijkingen bestaan bij de controle van cytostaticabereidingen voordat zij de apotheek verlaten. Meestal is de controle gedelegeerd naar een assistente die later weer gecontroleerd wordt door een apotheker. Het is onduidelijk of dit een sluitend systeem is.

[31] Circulaire Cytostatica ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)).



Figuur 4.5.2

Aantal cytostaticabereidingen (n=94)



In 94 ziekenhuizen vonden in totaal 700.858 cytostaticabereidingen plaats in 2010. Het aantal cytostaticabereidingen liep uiteen van 218 tot 32.000 (gemiddeld 7.456, mediaan 6.037).

Ten aanzien van de genoemde kenmerken (lichaamskenmerken, dosering en datum) worden aanvraagformulieren voor cytostatica het best ingevuld voor de dosering. Slechts 7 ziekenhuizen scoorden hier geen 100% volledigheid, gemiddeld was de volledigheid op dit kenmerk 99,7% (87,4 - 100%). 14 ziekenhuizen misten informatie over de lichaamskenmerken, gemiddeld was 99,2% volledig ingevuld wat betreft de lichaamskenmerken (88,8-100%). De datum ontbrak wel eens bij 9 ziekenhuizen. Bij de steekproef van een van deze ziekenhuizen bleek dit zelfs slechts bij 25% van de aanvraagformulieren ingevuld te zijn. Gemiddeld is de datum bij 98,9% ingevuld (25 - 100%).

44 ziekenhuizen hebben de volledige populatie onderzocht. Zij hebben dus geen steekproef genomen. Bij 3 van de 44 ziekenhuizen waren tussen de 67 en 99% van de formulieren niet volledig ingevuld. De andere ziekenhuizen geven vaak in de toelichting aan dat formulieren altijd volledig ingevuld zijn, omdat de apotheek (of het registratiesysteem) geen onvolledige formulieren in behandeling neemt of niet vrijgeeft voor het formulier volledig is.

Van de 50 ziekenhuizen die wél een steekproef namen, geven 32 aan dat 100% van de onderzochte formulieren volledig ingevuld was. In de overige 18 ziekenhuizen was tussen de 25 en 99,3% van de formulieren compleet ingevuld.

## Aandachtspunten voor de cytostaticabereiding en de daarbij horende indicatoren

### Veiligheid vraagt een heldere procedure en een prospectieve risicoanalyse

Op 30 november 2011 werd een congres gehouden door de Nederlandse Vereniging van Urologie voor hun patiënten. Daarop werden patiënten voorgelicht over nieuwe behandel-mogelijkheden. Gemeld werd dat er een veelbelovend chemotherapeuticum aankwam voor prostaat-kankerpatiënten. In juni 2011 meldde Het Westfriesgasthuis te Hoorn dat alle urologie patiënten werden uitgesloten van de steekproef voor kwaliteitsbewaking op lichaamsgewicht en lengte. Dit gebeurde waarschijnlijk omdat deze groep patiënten nu alleen blaaspoelingen kregen. Vier andere ziekenhuizen specificerden in ieder geval dat zij blaaspoelingen uitsloten. Op zich is dit prima. Volgens de kennis van 2010 krijgen urologiepatiënten zelden cytostatica. Toch laten deze ontwikkelingen ook zien dat de invoering van nieuwe mogelijkheden vraagt om een goede prospectieve risicoanalyse. Welke gevolgen heeft het invoeren van een nieuwe behandelmethode voor een groep patiënten? Ook controlemechanismen die normaal problemen ondervangen, moeten dan onderzocht worden op dit soort uitzonderingssituaties. In dit voorbeeld, als het ziekenhuis automatisch urologische patiënten uitsluit van de controles kan dat tot problemen leiden als deze groep patiënten nieuwe cytostatica gaan gebruiken. Het documenteren (en publiek maken) van de procedure is beter dan via gewoonte gegroeide uitzonderingssituaties laten bestaan die niet zijn gedocumenteerd.

### Profielkeuze nog niet te zien in medicatieveiligheid, normen zijn wel aangekondigd

In veel onderdelen van de oncologie zijn grote verschuivingen te zien. Het aantal ziekenhuizen dat hoogcomplexere oncologie uitvoert is duidelijk afgenomen (zie hoofdstuk Gastro-intestinaal). Die verschuivingen ontbreken in de aantallen uitgevoerde cytostatica-behandelingen. In het jaar 2010 bestonden er (nog) geen minimumnormen voor het aantal patiënten dat met cytostatica werd behandeld. De meeste normen voor specifieke behandelingen gingen of alleen over chirurgische behandelingen, of over combinaties. Een voorbeeld daarvan is de norm voor de behandeling van patiënten met een hoofd-hals-tumor. Deze norm specificiert dat de instelling minimaal 200 behandelplannen voor 200 patiënten multidisciplinair opgesteld moet hebben. Behandelingen met cytostatica maken daar deel van uit. Het is voor medisch oncologen ook minder eenvoudig om volume-normen op te stellen. De meeste onderzoeken zijn gepubliceerd over de rol van volume bij operatieve ingrepen. Ingrepen zijn ook eenvoudiger te omschrijven dan de complexe diagnostiek en behandeling die deel uit maken van het medisch oncologische vak. Het samenwerkingsverband van de verenigingen voor chirurgie, de radiotherapie en de verenigingen voor medische oncologie, de SONCOS heeft de verwachting uitgesproken dat in 2012 volumennormen opgesteld worden.

### Wat is het risico van cytostaticabereiding?

Cytostaticabereidingen geven enig inzicht in de complexiteit van risicobepaling. Op het eerste gezicht is hier een eenvoudige inschatting voldoende. Er zijn drie elementen die aanwezig moeten zijn. De minst volledig van de drie is voor 98,7% ingevuld. Dat is extreem betrouwbaar. De norm is dat alle drie de eigenschappen (lichaamsgewicht, dosis en datum) aanwezig moeten zijn. De kans daarop is kleiner, maar nog steeds indrukwekkend, 97,7%<sup>[32]</sup>. Als we vervolgens kijken naar het totale aantal van 700.858 bereidingen komt het aantal patiënten waarbij een onvoldoende veilige aanvraag is ingediend op 15.317 (namelijk 2,3% van het totaal). Voor hoogrisico medicatie kan dat te veel risico zijn. Om dat oordeel daadwerkelijk te vellen is het wel de vraag wat het gevolg is van die ontbrekende informatie. Het is duidelijk dat dit geen 16.704 foute toedieningen zijn. Wat het wel is kan alleen beantwoord worden door een onderzoek van het ziekenhuis ter plaatse. Dat vraagt weer direct contact met het veld. Ook bij ogenschijnlijk eenvoudig te berekenen risico's vraagt risicobeheersing teamwork, ook voor een toezichthouder.

[32] Het product van de drie kansen op volledigheid.

## 4.6 Radiotherapie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 5.10, pagina 84. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicator

- Positioneringscontrole bij prostaatbehandeling.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Jaarlijks worden in Nederland 91.400 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld, hiervan wordt bij ongeveer 79.500 personen het eerst kanker geconstateerd<sup>[33]</sup>. Bij ongeveer een derde van deze patiënten vormt radiotherapie onderdeel van de eerste op genezing gerichte behandeling (curatie)<sup>[34]</sup>. De radiotherapie is in Nederland geconcentreerd in 21 organisaties. Deels zijn deze gevestigd binnen ziekenhuizen en vallen dus binnen het reguliere gefaseerde toezicht in ziekenhuizen, deels zijn zij gevestigd in vrijstaande instituten. Over hen werden tot dusverre alleen gegevens verzameld in het kader van thematisch toezicht of meldingen. Gezien het risicoprofiel van radiotherapie is het van belang deze instellingen in het gefaseerd toezicht op te nemen. Tevens geeft een indicator binnen dit snel veranderend vakgebied inzicht in de snelheid waarmee nieuwe technologie wordt ingevoerd in een complexe omgeving.

Radiotherapie kan een onderdeel zijn van de behandeling van kankerpatiënten. Kanker is gezien de mogelijke gevolgen van de aandoening, de intensiteit van de behandeling en de frequentie van voorkomen een natuurlijk onderwerp van risico gestuurd toezicht.

### Wat kan de inspectie vragen bij een opvallende uitslag?

*Het percentage patiënten waarbij voor minimaal één fractie de positie van de prostaat wordt gecontroleerd is relatief hoog (in 2010: 100%)*

- Hoe is de patiëntselectie gemaakt voor inclusie in de indicator?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis veilige invoering van medische technologie?
- Welke afstemming bestaat er in de keten over de indicatie voor radiotherapie?

*Het percentage patiënten waarbij voor minimaal één fractie de positie van de prostaat wordt gecontroleerd is relatief laag (in 2010: 80%)*

- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de kwaliteit van complexe behandelingen?
- Welke afstemming is er in de keten op het moment dat de instelling bepaalde radiotherapeutische technieken niet in huis heeft? Worden patiënten om die reden wel eens naar andere klinieken verwezen?

[33] Cijfers over 2009: [www.cijfersoverkanker.nl](http://www.cijfersoverkanker.nl) (IKNL).

[34] Lybeert MLM, Louwman WJ, Poortmans PMP, Vulto JCM, Coebergh JWW. Trends in verwijzingen van patiënten voor radiotherapie na de initiële diagnose van kanker in Zuid-Nederland sinds 1988. Ned Tijdschr Oncol 2005; 2(6): 206-211.

- Wat is de procedure voor invoering van complexe technologie?
- Zijn er andere gebieden waarbinnen medische technologie gebruikt wordt waarbij het ziekenhuis achterblijft en waarom is dat?

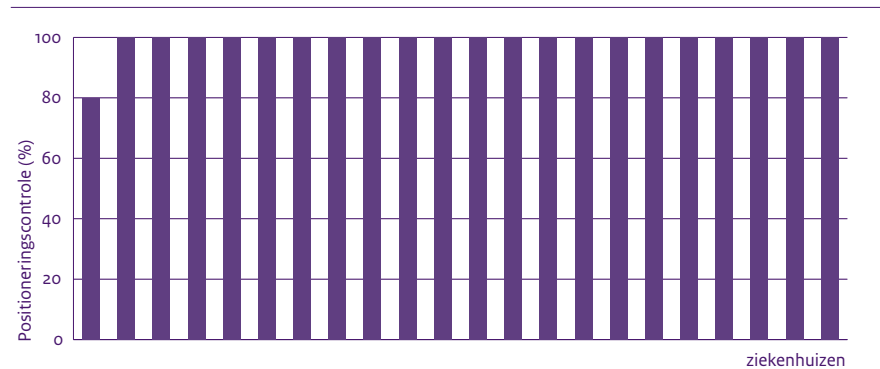
Het absolute aantal bestraalde patiënten is relatief hoog (voor 2010 meer dan 240) of relatief laag (voor 2010 minder dan 90)

- Hoe groot is de incidentie van prostaatcarcinoom in het verzorgingsgebied?
- Is bekend hoe de verdeling is tussen therapiekeuzes in het verzorgingsgebied van de radiotherapeutische functie?
- Welk deel van de patiënten worden multidisciplinair besproken?
- Is het multidisciplinair afgesproken behandelplan beschikbaar voor alle betrokken behandelaren?

### Resultaten

Figuur 4.6.1

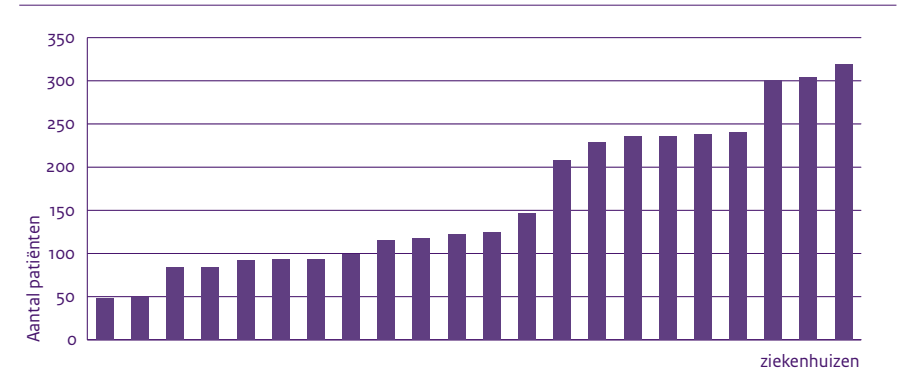
Positioneringscontrole bij prostaatbehandeling (n=22)



22 locaties (zowel de radiotherapeutische centra als de ziekenhuizen zelf konden deze indicator invullen) geven aan patiënten met een prostaatcarcinoom te behandelen met radiotherapie. Op 1 instelling na geven al deze locaties aan bij 100% van de patiënten voor minimaal één fractie de positie van de prostaat te bepalen volgens de inclusiecriteria. Het Medisch Spectrum Twente geeft aan dit bij 80% te doen.

Figuur 4.6.2

Aantal patiënten op prostaat bestraald (n=22)



In de 22 locaties zijn totaal 3.579 patiënten op hun prostaat bestraald. Gemiddeld worden 163 patiënten bestraald, variërend van 48 tot 319.

## **Aandachtspunten voor radiotherapie en de daarbij horende indicator**

### **Snelheid van invoering**

Een indicator heeft meestal ten minste twee doelen; het is goed als goede ontwikkelingen in het veld gestimuleerd worden en de uitslag moet een onderscheid mogelijk maken tussen instellingen waar de IGZ aandacht aan moet besteden en instellingen waarbij dit niet direct nodig is. Het was al snel duidelijk geworden (de casus transfusiëreacties in HRT 2003) dat structuurindicatoren leiden tot vlotte invoering van gewenst gedrag. Na jaren stabiele deelname aan een stichting voor het bestrijden van transfusiëreacties steeg dit in enkele maanden van 50 naar bijna 100%, nadat deze deelname een indicator was geworden. Een zelfde soort fenomeen doet zich hier voor. De indicator was door de NVRO voorgedragen, omdat de verwachting was dat publicatie de invoering zou stimuleren van een methode die de bestraling van de prostaat veiliger zou maken en de IGZ in staat zou stellen die instellingen te selecteren waaraan zij aandacht zou moeten besteden, omdat zij achterbleven bij de invoering van nieuwe, veilige technieken. De eerste doelstelling lijkt glansrijk gehaald, de tweede (onderscheidend) bijna even totaal niet. Op 1 ziekenhuis na scoren alle ziekenhuizen 100%. Alleen het Medisch Spectrum Twente is met 'slechts' 80% een relatieve achterblijver.

### **Aantallen opgenomen in de registratie**

Eén van de interessante onderdelen van een indicator is de populatie waarbinnen een bepaald aspect wordt gemeten. Vaak is selectie van patiënten een bekend middel om een gewenste uitslag te bereiken, als dat niet mogelijk is door directe verbetering van het resultaat. Nu is het voor de IGZ vaak moeilijk om de populatie direct vast te stellen. Tot de komst van de volume-indicatoren was het aantal patiënten dat behandeld werd door een ziekenhuis vaak onbekend. Een manier om een indicatie te verkrijgen van het aantal patiënten dat niet opgenomen is, is om het aantal patiënten te relateren aan de omvang van de te verzorgen populatie.

Een voorbeeld: het radiotherapeutisch centrum in Zeeland bestraalt 236 patiënten. Dat is evenveel als het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis/Nederlands Kanker Instituut Amsterdam (AvL) dat 229 patiënten bestraalde volgens de indicator. Dat is niet volgens de verwachting, het potentiële verzorgingsgebied in Zeeland is met ongeveer 200.000 patiënten kleiner dan de ruim één miljoen patiënten in het verzorgingsgebied van AvL, Academisch Medisch Centrum en VUmc, die in totaal 509 patiënten bestralen. Het Universitair Medisch Centrum Groningen levert data over 115 patiënten, als het verzorgingsgebied beperkt blijft tot de provincie Groningen betreft dat 570.000 inwoners. In totaal zijn er cijfers beschikbaar over 2.330 patiënten. De incidentie van prostaatkarcinoom is 10.166 nieuwe patiënten per jaar<sup>[35]</sup>. Slechts een deel van deze patiënten wordt bestraald. Op basis van de gegevens zou ongeveer 23% van de nieuwe patiënten bestraald worden. Er zijn dus óf grote lokale verschillen in de therapiekeuzes óf er zijn grote verschillen in de patiënt-

selectie. Daarbij komt dat het Zeeuws Radiotherapeutisch instituut aangeeft dat de 236 patiënten een steekproef uit de totale populatie zijn. Het nader in kaart brengen over welke populatie gegevens zijn aangeleverd is dan ook noodzakelijk.

[35] Cijfers over 2009: <http://www.cijfersoverkanker.nl/meest-voorkomende-kankersoorten-43.html> (IKNL).

## 5 Hart en vaten

De omschrijving van het hart en vaten gebied en de indicatoren die daarbij een rol spelen vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 6, pagina 86. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

Ziekten van hart en vaten zijn een zeer belangrijke doodsoorzaak. Het betreft een groep ziekten die door de aard van het orgaansysteem vele delen van het lichaam kan raken. Slechte vaten in het onderbeen bedreigen het lopen, slechte vaten in het hoofd bedreigen de hersenfuncties. Beide kunnen er toe leiden dat patiënten zich niet zelfstandig kunnen voortbewegen.

In het afgelopen jaar zijn ziekenhuizen geconfronteerd met minimumeisen op belangrijke onderdelen van dit gebied. Volumennormen voor de aneurysma chirurgie, witte lijsten voor de cardiologie. Dit zou er toe kunnen leiden dat instellingen hun beleid erop richten om aan de individuele eisen te voldoen, zonder een complete visie over de samenhang tussen de specialismen en tussen de verschillende problemen van patiënten. Arteriosclerose van de hersenvaten, leidend tot een herseninfarct en behandeling met trombolysen door de neuroloog en arteriosclerose van de beenvaten leidend tot behandeling door de vaatchirurg hebben naast de specialistische component ook grote gemeenschappelijke aspecten. In beide gevallen spelen leefstijl (zoals voeding, roken, lichaamsbeweging), stofwisselingsafwijkingen (zoals lipidenstofwisseling) en kennis over stollingsafwijkingen een rol. Aspecten als preventie en revalidatie zijn misschien niet identiek, maar wel vergelijkbaar. Er ontstaan dan ook risico's als het besluit om te concentreren binnen één specialisme, of erger nog voor één interventie wordt genomen. Het uitgangspunt is daarbij niet dat het ziekenhuis alleen maar verantwoorde zorg levert als het alles aanbiedt. De vraag is wat is gedaan om een eventueel risico adequaat te beheersen. Het moet voor de begeleiding niet uitmaken of een arteriosclerosepatiënt die baat kan hebben bij leefstijlbegeleiding binnenkomt als hartpatiënt of als (electieve) aneurysmapatiënt, ook niet als de bijbehorende ingreep in een ander ziekenhuis wordt uitgevoerd.

De hoofdstukken Hart en vaten en Oncologie gaan beide over ziekten met een hoog patiëntennisico. In die zin zijn er overeenkomsten in de eisen die gesteld kunnen worden aan de zorgvuldigheid van de kwaliteitsbewaking. Aan de andere kant zijn er ook grote verschillen. Een van de opvallende verschillen is de rol die spoedbehandelingen spelen bij de hart- en vaatproblemen. Het hoofdstuk Oncologie gaat uitsluitend over electieve diagnostiek en behandeling. Het hoofdstuk Hart en vaten gaat vooral over spoedinterventies, of interventies waarbij spoed een grote rol kan spelen. Snelheid van trombolysen en PCI hebben een grote invloed op het succes. Bij aneurysma's wordt vanaf 2011 alleen het aantal electieve AAA-operaties gevraagd, maar bij de discussie over de concentratie van deze ingrepen speelt het deel van de ingrepen wat in grote spoed moet worden uitgevoerd wel een grote rol. Een van de indicatoren over uit het maag-darm-lever hoofdstuk kan ook in dit licht bezien worden: welk deel van de patiënten met een bloeding uit een vat in het bovenste deel van het maag-darmkanaal krijgt binnen 24 uur een scopie. Deze groep indicatoren kan dus goed gebruikt worden om inzicht te krijgen in het spoedproces voor hart en vaatpatiënten van een instelling.

### Enkele vragen die de inspectie kan stellen bij het ziekenhuizen met opvallende uitslagen bij de indicatoren voor hart en vaten

*Het ziekenhuis voert minder dan 20 AAA-ingrepen uit en heeft geen PCI functie en/of voert geen trombolysen uit*

– Worden hart- en vaatpatiënten in dit ziekenhuis behandeld?

Zo ja:

- Is er (integraal)beleid op het gebied van de zorg voor patiënten met hart- en vaatproblemen?
- Op welke wijze wordt een integrale aanpak van een patiënt met hart- en vaatziekten gewaarborgd?
- Hoe wordt de kwaliteit van de samenwerking met de andere ziekenhuislocaties gewaarborgd?

*Het ziekenhuis geeft ten minste twee van de volgende antwoorden:*

- 1 Het ziekenhuis voert geen PCI's uit.
- 2 Het ziekenhuis voert AAA-operaties uit.
- 3 Het ziekenhuis voert geen trombolysen uit of het aantal patiënten waarbij trombolysen wordt uitgevoerd ligt onder de p10.
- 4 Het ziekenhuis heeft geen 24uursopvang voor MDL scopiepatiënten.

*Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de adequate opvang van spoedpatiënten?*

- Met hart- en vaatindicaties.
- Met spoedeisende vragen op andere gebieden.

## 5.1 Volume van risicovolle interventies in de vaatchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 6.1, pagina 87. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicator

- Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Sommige patiënten ondergaan complexe ingrepen. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een groter risico om te overlijden of op tijdelijke of permanente schade. Het uitvoeren van deze operaties stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het OK-team. Deze ingrepen vragen om ervaring en routine en het is dan ook belangrijk dat deze kennis op peil blijft. Bij operaties die vaak voorkomen, is dit eenvoudig. Er zijn echter ook ingrepen die én complex én relatief zeldzaam zijn. Deze ingrepen (waaronder ook scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor. De inspectie vindt het daarom belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van riskante, zeldzame ingrepen.

Concentratie speelt daarbij een belangrijke rol: door weinig voorkomende ingrepen voor de behandeling op een plek te concentreren blijft de ervaring op het gewenste, hoge niveau. Om de kwaliteit van het concentratiebeleid van een ziekenhuis te beoordelen, vroeg de inspectie tot 2009 naar twee zeldzame ingrepen: de resectie van het aneurysma aortae abdominalis (operatie aan verwijding van de grote buikslagader, AAA) en de oesophagus-cardiaresectie (operatie van slokdarmkanker, OCR). In 2010 is de OCR vervangen door de operatie aan kanker van de alveesklier (Pancreasresectie, Whipple). Het programma Zichtbare Zorg verzamelt onder andere gegevens over het aantal uitgevoerde blaasresecties.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

In 2010 was de norm waar ziekenhuizen aan moesten voldoen 15 AAA-operaties. In 2011 is deze norm 20 electieve (geplande) AAA-operaties geworden. De IGZ hanteert deze 20 als haar signaleringsgrens.

*Het aantal AAA-operaties is minder dan 20*

- Wat is verdeling tussen electieve (geplande) en acute ingrepen over de laatste 3 jaar?
- Hoeveel vaatchirurgen in het ziekenhuis beschikken over de juiste certificaten?
- Wat is het concentratiebeleid van betrokken maatschap?
- Klopt het opgegeven aantal; hoe groot is het aantal operatieverslagen (voor onderzoek ontdaan van naam en geboortedatum)?
- Is het aantal operaties in de laatste 3 jaar ten minste 30?
- Heeft het ziekenhuis een 24uursdienst voor de vaatchirurgie?

- Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle spoedeisende ingrepen?
- Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en ambulancezorg?
- Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA of long resectie patiënten met spoedindicatie<sup>[36]</sup>?

*Het aantal AAA-operaties is meer dan 20*

- Klopt het opgegeven aantal; hoe groot is het aantal operatieverslagen (voor onderzoek ontdaan van naam en geboortedatum)?
- Heeft het ziekenhuis een 24-uursdienst voor de vaatchirurgie?

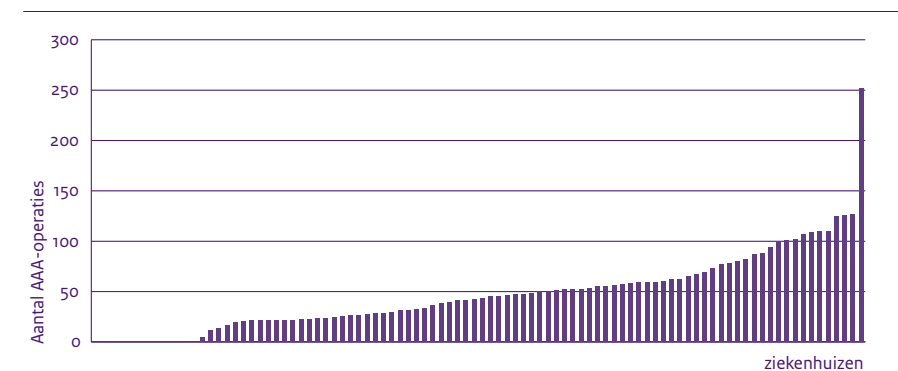
*Het ziekenhuis geeft aan geen AAA-operaties te verrichten en patiënten door te verwijzen*

- Hoe ziet het verwijzbeleid van het ziekenhuis eruit?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen (indien dit niet is besproken in de afgelopen twee jaar)?
- Hoe is de opvang van spoedpatiënten georganiseerd?
- Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA of long resectie patiënten met spoedindicatie, inclusief afspraken met de regionale ambulancevoorziening<sup>[36]</sup>?

## Resultaten

Figuur 5.1.1

Aantal AAA-operaties (n=94)



In 2010 zijn in totaal 4.427 AAA-operaties uitgevoerd in 81 ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen varieerde het aantal operaties van 4 tot 252 (met een gemiddelde van 54,7 en een mediaan van 48). 13 ziekenhuizen gaven aan in 2010 geen AAA-operaties uitgevoerd te

[36] Spoedchirurgen in spagaat, J. Seegers T van Engelenburg, MC 39, 30 september 2011, 2377-79.

hebben. 5 ziekenhuizen hebben minder dan 20 AAA-operaties uitgevoerd. De norm vanuit de NVvH<sup>[37]</sup> geeft aan dat er per zorginstelling (naast andere voorwaarden) minimaal 20 AAA-operaties per jaar verricht worden. Het aantal acute operaties opgenomen in deze aantallen is niet bekend. Naar schatting betreft dit 30% van deze ingrepen.

## Aandachtspunten bij het volume van risicovolle vaatchirurgische ingrepen en de daarbij horende indicator

### Norm heelkunde, meer dan volume alleen

De behandeling van een aneurysma van de abdominale aorta (AAA) valt onder categorie II. Voor de chirurgische behandeling van een AAA stelt de NVvH dat de zorginstelling moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- De kliniek voldoet aan de criteria voor een vaatchirurgische kliniek conform het Vaatkeurmerk van De Hart & Vaatgroep (2010).
- De afdeling radiologie kan spoeddiagnostiek verrichten en beschikt over CT, angiografie en echografie.
- De operatiekamer is toegerust met moderne apparatuur en instrumentarium.
- Te allen tijde is er de mogelijkheid tot het verrichten van een spoedinterventie.
- Er is een ICU met de mogelijkheid tot beademen.
- Er is 24 x 7 uur aanwezigheid van een arts in het ziekenhuis voor de ICU.
- Het personeel van de ICU is als zodanig gekwalificeerd.
- Er is een laboratorium met mogelijkheid tot bloedanalyses 24 uur per dag.
- Er is de mogelijkheid tot analyse van EVAR (CT met expertise).
- Er is de mogelijkheid tot het verrichten van EVAR of er is een samenwerkingsverband, c.q. verwijsmogelijkheid.
- Er wordt geparticipeerd in de AAA-registratie.
- Er worden minimaal 20 electieve AAA-operaties per jaar verricht.

Het beleid rond hoogrisicoverrichtingen beoogt ziekenhuizen te stimuleren zich te richten op ingrepen waarbij zij kunnen excelleren. Dat excelleren gebeurt deels door meer ervaring op te bouwen. Dat deel van de doelstelling wordt gestimuleerd door de volume-eis in de norm. Ziekenhuizen die onder de norm zitten stoppen spontaan of omdat zij dat moeten. De reden om de hele norm voor AAA een keer af te drukken is te benadrukken dat er een serie andere voorwaarden zijn voor dat succes. Volume zonder goede infrastructuur werkt niet. Concentreren in een ziekenhuis dat toevallig groot is, maar waar de uitvoerenden niet over de juiste kwalificaties beschikken evenmin. Daar zijn nog criteria aan toe te voegen die zich moeilijker laten omschrijven:

er moet een goede samenwerking zijn binnen de groep (gedefinieerd als alle direct betrokken zorgverleners, inclusief SEH personeel als het om de acute opvang gaat). Concentratie werkt vooral als mensen de extra ervaring ook gebruiken om het zorgproces daadwerkelijk te verbeteren. De Boston Consulting Group gebruikt het ontbreken van een resultaatsverbetering bij volumevergroting ook als signaal (indicator) dat er systematische problemen zijn in de organisatie. Als er conflicten zijn binnen een groep verbetert het resultaat niet. Zo bezien kunnen berichten dat binnen een bepaald vakgebied het resultaat niet verbetert, of zelfs achteruit gaat ook gezien worden als een indicatie voor extra aandacht, van de eigen collega's, maar ook van de IGZ.

[37] [http://www.heelkunde.nl/uploads/YA/pM/YApMiL\\_74OckuTzehvRtg/NORMEN-2.o.pdf](http://www.heelkunde.nl/uploads/YA/pM/YApMiL_74OckuTzehvRtg/NORMEN-2.o.pdf).



### Acuut versus electief problemen voor zijn bij volumenormen

Bij de AAA is in de normen opgenomen dat acute ingrepen alleen worden uitgevoerd door ziekenhuizen die voldoen aan de normen voor electieve ingrepen. In september 2011 werd in een artikel in Medisch Contact aandacht gevraagd voor de gevolgen van het concentreren van electieve verrichtingen die ook als acuut probleem voorkomen<sup>[38]</sup>. De AAA werd daarbij als voorbeeld gebruikt. Daarnaast krijgt de IGZ incidenteel meldingen van ziekenhuizen bij wie problemen zijn ontstaan bij acute ingrepen. De ondertoon daarbij is toch vaak dat de casus wellicht beter was afgelopen als een ingreep in het eigen ziekenhuis mogelijk was geweest. Nu is dit een typisch voorbeeld van een gevolg van concentratie dat uitgebreid besproken is binnen de NVvH en met de IGZ voordat de betrokken norm is gepubliceerd. Als de zorg goed is georganiseerd is de winst van concentratie volgens de NVvH veel groter dan het risico van transport. De verwachting van de samenleving is ook dat dit soort eenvoudig te voorziene gevolgen van een norm meegenomen worden bij de besluitvorming rond de norm. De IGZ is niet verantwoordelijk voor de inhoud van de norm, maar zal voordat zij tot handhaving overgaat wel de zekerheid willen hebben dat dergelijke simpel te voorziene effecten zijn meegenomen.

Het effect dat te voorzien is, is dan ook dat een ziekenhuis dat deze taak op zich neemt de beschikking heeft over goede spoedfaciliteiten, zoals in de norm vermeld.

In het voorbereidingstraject van indicatoren verricht de IGZ bezoeken om na te gaan hoe ziekenhuisuitslagen geïntegreerd kunnen worden. Soms zijn die controles complex via statusonderzoek door deskundigen, soms zijn ze eenvoudig. Spoedfaciliteiten zijn vooral van belang tijdens de avond en in het weekend, omdat dan het risico bestaat dat deskundig personeel niet aanwezig is. Daarom moet een nachtdienst aanwezig zijn. Het beoordelen of er sprake was van een nachtdienst bleek zeer eenvoudig. Langslopen bij de portier en vragen naar de dienstlijst volstond. Zo simpel kan valideren zijn.

[38] Spoedchirurgen in spagaat, J. Seegers T van Engelenburg, MC 39, 30 september 2011, 2377-79.

## 5.2 Cardiologie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 6, vanaf pagina 86. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie.
- Ziekenhuissterfte na opname voor een AMI.
- Sterfte na percutane coronaire interventie (PCI; vroeger ook wel dotterbehandeling genoemd).
- Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens.
- Implanteren en/of wisselen van pacemakers.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en invaliditeit in Nederland. Eén op de drie mensen overlijdt als gevolg van hart en vaatziekten. Per dag zijn dat gemiddeld 52 mannen en 60 vrouwen<sup>[39]</sup>. Het sterftecijfer is door medisch-technologische toepassingen de afgelopen decennia aanzienlijk gedaald, maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe.

Gezien het belang voor de volksgezondheid en de grote verschillen binnen de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten staan alle indicatoren vanaf 2010 in één hoofdstuk. Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen en krijgen dus te maken met meerdere specialisten. Bij het beoordelen van de kwaliteit is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties, de deskundigheid van het team bij (complexe) hart- en vaatoperaties, de nazorg na een hartoperatie en de zorg voor patiënten met chronische problemen. De IGZ bekijkt de cardiologie-indicatoren in samenhang met andere indicatoren die betrekking hebben op hart- en vaatziekten, zoals het volume van de aneurysma operaties (hoofdstuk 5.1), de beademingsduur na hartoperaties (hoofdstuk 3) en de 'door-to-needle time' bij het CVA (hoofdstuk 5.3).

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*De sterfte van patiënten in het eerste jaar na het EAC is relatief hoog (voor 2010: meer dan 10,7%)*

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak en wat was daar de uitkomst van?
- Hoe is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?

[39] Cijfers over 2008: Hart- en vaatziekten bij vrouwen en mannen, cijfers en feiten. Nederlandse hartstichting, september 2010.

- Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die de hoge sterfte kunnen verklaren en zijn deze rectificeerbaar?

*De sterfte van patiënten in het eerste jaar na het EAC is relatief laag (voor 2010: minder dan 3,3%)*

- Welk onderzoek is er gedaan naar de oorzaak van de lage sterfte en wat was daar de uitkomst van?
- Hoe is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
- Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die de lage sterfte kunnen verklaren en zijn deze overdraagbaar?

*Het sterftecijfer is niet bepaald met behulp van het BSN/GBA*

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van deze cijfers en wat was daar het resultaat van?
- Staat het ziekenhuis garant voor de volledigheid van het onderzoek?
  - Zo ja: Hoe weet het ziekenhuis dat alle of ten minste een groot deel van de sterfgevallen zijn opgespoord?
  - Zo nee: Waarom krijgt het ziekenhuis, terwijl dat wel mogelijk is, geen sluitende registratie rond?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft (DIPR, DSCA, Blaascarcinoom, Ziekenhuisinfecties, Complicatieregistratie, Decubitus, Ondervoeding)?
- Welke maatregelen zijn genomen om de zorg betreffende cardiologie intern te kunnen evalueren?
- Kan het ziekenhuis het resultaat hiervan laten zien?

*De ziekenhuissterfte bij patiënten met een AMI is hoog (voor 2010: meer dan 2,5% voor patiënten jonger dan 65 of meer dan 9,3% voor patiënten van 65 jaar en ouder)*

- Is onderzoek gedaan naar een mogelijke oorzaak?
- Zo ja: Wat was daar het resultaat van en welke maatregelen zijn genomen?
- Zo nee: Wat is de aanleiding om een preventieve analyse – wanneer er nog geen calamiteiten zijn opgetreden – van zorgproblemen uit te voeren?

*Twee of alle van de drie sterfte-indicatoren (AMI onder de 65 jaar, AMI boven de 65 jaar en sterfte op de polikliniek) zijn hoog (of één resultaat hoog en voor een van de andere twee indicatoren geen gegevens)*

- Is onderzoek gedaan naar een mogelijke oorzaak?
- Wat is het resultaat van deze uitgevoerde analyse?

*Het ziekenhuis is geen hartchirurgisch centrum en verricht minder dan 600 PCI's per jaar*

- Hoe lang voert het ziekenhuis PCI's uit<sup>[40]</sup>?
- Indien korter dan drie jaar: Hoe gaat het ziekenhuis deze norm halen?
- Indien langer dan drie jaar: Voert het ziekenhuis deze ingreep nog steeds uit?<sup>[41]</sup>

[40] De norm is 400 PCI's na twee jaar en minimaal 600 na 3 jaar.

- Voldoet het ziekenhuis aan de andere delen van de norm<sup>[42]</sup>?
- Participeert het ziekenhuis in de CIDR (Cardiovascular Interventional Data Registry)? In deze database worden de PTCA (dotter) verrichtingen en THVI (percutane klep implantaties) geregistreerd.

*Het gemiddelde aantal PCI's per cardioloog is minder dan 200*

- Verricht elke PCI uitvoerende cardioloog minimaal 150 PCI's per jaar (de norm)?
- Zo nee: Wat zijn de maatregelen die het ziekenhuis hier op neemt?
- Wat is het differentiatiebeleid?
- Wat is het concentratie- en differentiatiebeleid van andere maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisicoverrichtingen zoals urologie, oncologische chirurgie, gynaecologie, vaatchirurgie of radiologie?

*De ziekenhuissterfte na een PCI is hoog (voor 2010 hoger dan 2,3%)*

- Welke analyse heeft het ziekenhuis zelf toegepast?
- Is er een vergelijking gemaakt binnen de landelijke database (CIDR)?
- Hoe worden complicaties geanalyseerd?

*De ziekenhuissterfte na een PCI is relatief laag (voor 2010 lager dan 1%)*

- Is de sterfteregistratie volledig?
  - Hoe volgt het ziekenhuis de patiënten die na een PCI zijn overgeplaatst naar een ander ziekenhuis?
- Hoe gaat het ziekenhuis in deze telling om met patiënten die in een reanimatiesetting worden binnen gebracht?
- Voert het ziekenhuis 7 x 24 uur PCI's uit?

*Het ziekenhuis verricht geen PCI's*

- Hoe zijn de regionale afspraken met de ambulancedienst over patiënten met een AMI?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?

*Het ziekenhuis implanteert relatief veel (voor 2010 meer dan 227) of relatief weinig (voor 2010 minder dan 65) pacemakers*

- Hoeveel cardiologen zijn betrokken bij het implanteren van pacemakers?
- Hoeveel pacemakers implanteert ieder cardioloog?
- Vallen onder pacemakers ook implanteerbare looprecorders?

[41] Op dit moment valt geen enkel ziekenhuis in deze groep.

[42] Binnen 2 jaar na de start moeten 4 interventiecardiologen verbonden zijn aan de instelling waar de ingrepen plaatsvinden en moet het centrum 7 x 24 uur operationeel zijn.

Het ziekenhuis implanteert minder dan 120 CIED's (Cardiovascular Implantable Electronic Devices i.e. ICD ofwel pacemaker), waarvan minimaal 60 ICD's, waarvan minimaal 20 biventriculaire ICD's

- Voert het ziekenhuis deze verrichting nog steeds uit?
  - Zo ja: hoe gaat het ziekenhuis voldoen aan de norm?
  - Zo nee: op welke wijze is/wordt de functie afgebouwd?
- Staat het ziekenhuis op de witte lijst van de NVvC?

Het totaal aantal ICD's is relatief hoog (voor 2010 hoger dan 370)

- Welk deel van de totale populatie is afkomstig buiten het eigen ziekenhuis (bijvoorbeeld te beantwoorden via bovenregionale functies)?
- Hoe zijn de afspraken voor controle? Is het controlerende ziekenhuis bevoegd (witte lijst)?
- Op welke wijze wordt de indicatiestelling bewaakt?

Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD's niet systematisch via DIPR of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg

- Op welke wijze wordt voldaan aan de landelijke normen op het gebied van registratie en analyse?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers of ICD's?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt aan de landelijke registratie? (DSCA, Blaascarcinoom, Ziekenhuisinfecties, Complicatieregistratie, Decubitus, Ondervoeding)?

Het percentage interventies na een pacemaker of ICD is relatief hoog (voor 2010: meer dan 8%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daar de uitkomst van?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (gegevens DIPR)?
- Wanneer wordt de Raad van Bestuur op de hoogte gesteld van een complicatiepercentage? Zijn daar afspraken over?
- Welke maatregelen zijn genomen om de resultaten te verbeteren?

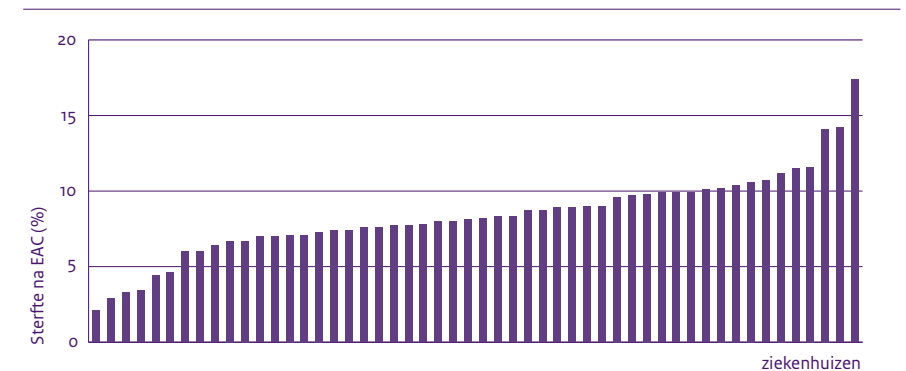
Het percentage interventies na een pacemaker of ICD is relatief laag (voor 2010: minder dan 1,3%)

- Welke analyse is uitgevoerd op de gegevens?
  - Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (gegevens DIPR)?
- Hoe (systematisch) is de follow-up georganiseerd?
  - Welke groepen worden wel/niet in de follow-up betrokken?
  - Wie verzorgt de nazorg voor groepen die niet in de follow-up zijn betrokken?
- Worden complicaties tijdens de follow-up ook goed bijgehouden?

## Resultaten

Figuur 5.2.1

Sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder in het jaar na EAC (n=88)

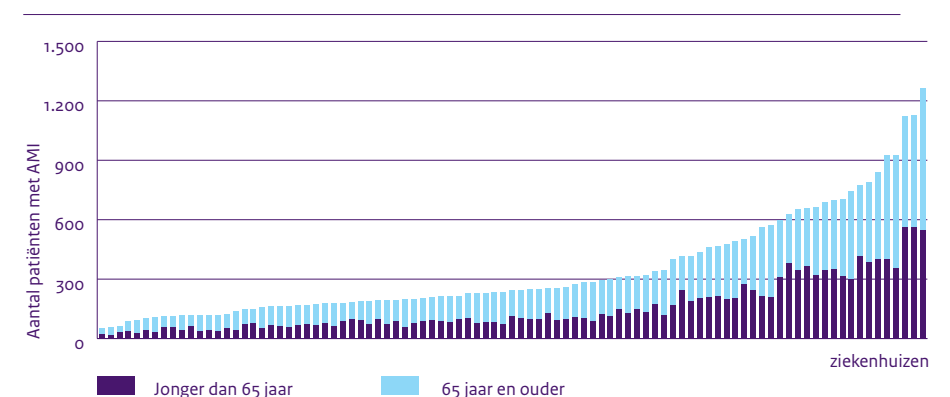


In 92 ziekenhuizen brachten ruim 245.000 patiënten een eerste polibezoek. Het aantal patiënten varieerde van 337 tot 8.756. Alleen het Vlietland Ziekenhuis en de Tergooi-ziekenhuizen geven het aantal patiënten met een EAC niet op.

Van 88 ziekenhuizen is de sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder in het jaar na EAC op de polikliniek bekend. Gemiddeld is 7,7% (mediaan 8,1%) van deze patiënten overleden voor 31 december van het jaar ná het bezoek. Het percentage varieerde van 0,5 tot 17,4%.

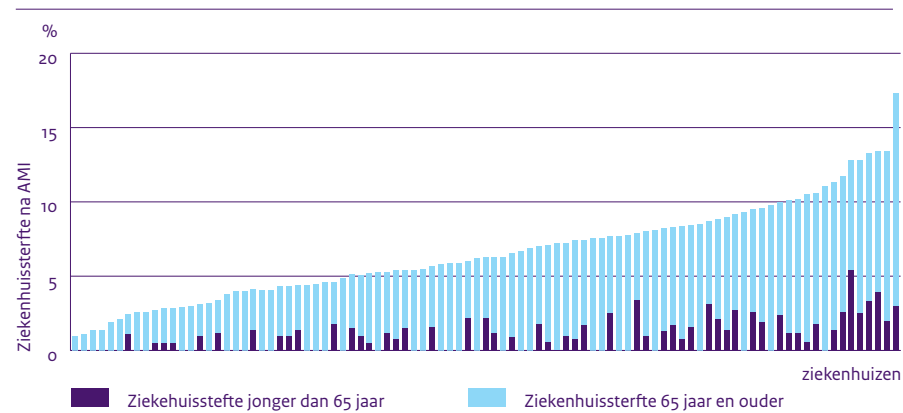
Figuur 5.2.2

Aantal patiënten met een AMI (n=93)



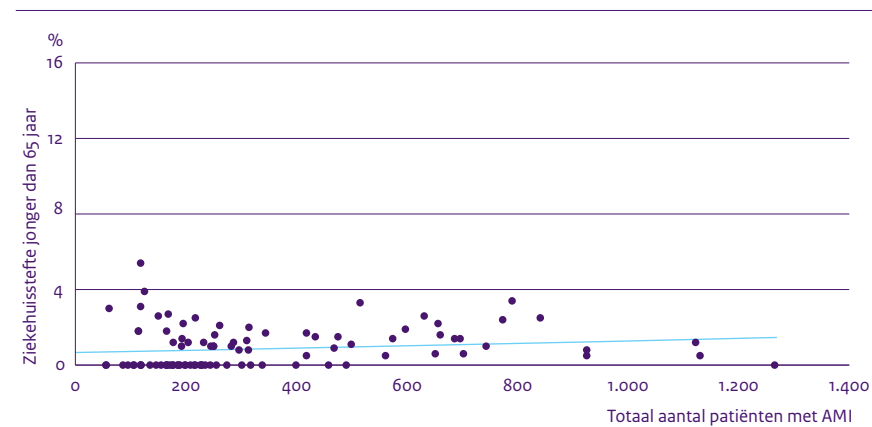
In alle 93 ziekenhuizen zijn in totaal 32.007 patiënten met een acuut hartinfarct opgenomen; 45% van deze patiënten was jonger dan 65 jaar. Het aantal opnames per ziekenhuis varieerde van 55 tot 1265 (gemiddeld 340).

Figuur 5.2.3  
Ziekenhuissterfte na AMI (n=93)

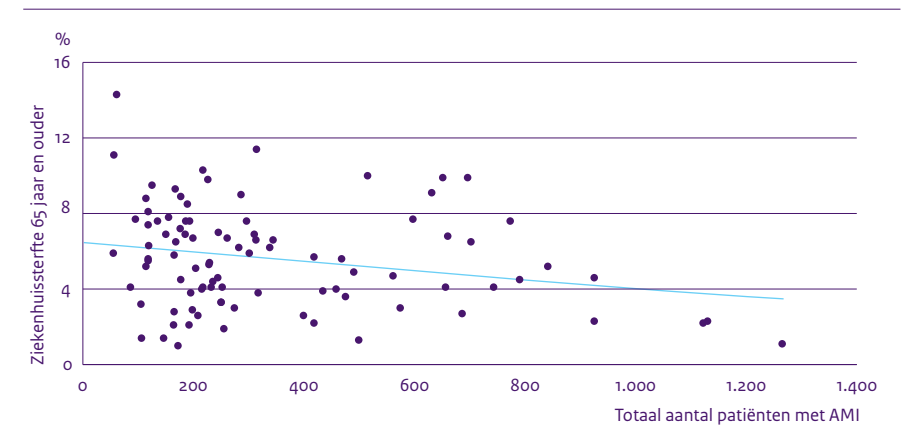


De gemiddelde sterfte aan een acuut hartinfarct bij patiënten jonger dan 65 jaar was 1,0% (mediaan 0,8%). Bij patiënten van 65 jaar en ouder was dat 5,6% (mediaan 5,5%).

Figuur 5.2.4a  
Totaal aantal patiënten opgenomen met AMI jonger dan 65 jaar

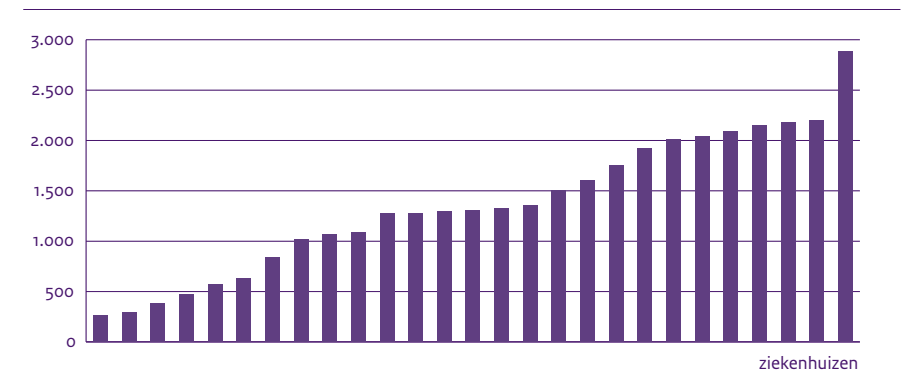


Figuur 5.2.4b  
Totaal aantal patiënten opgenomen met AMI 65 jaar en ouder



In tegenstelling tot de patiënten onder de 65 jaar was voor de oudere patiënten met een acuut hartinfarct de kans op overlijden gerelateerd aan de omvang van de totale patiëntengroep met AMI.

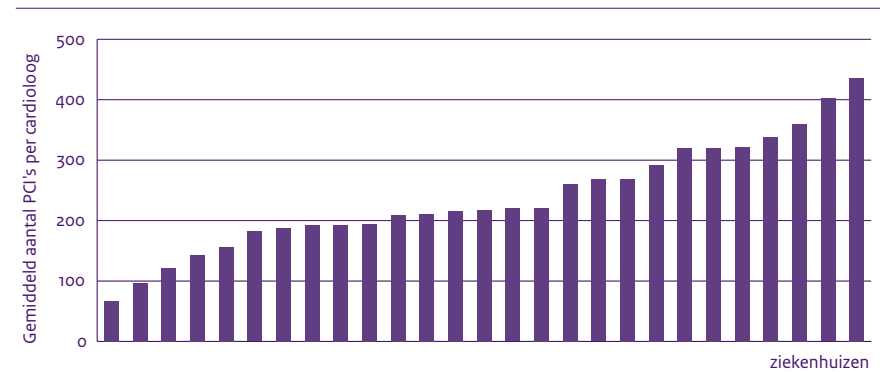
Figuur 5.2.5  
Aantal PCI's (n=27)



Er zijn 27 centra in Nederland die PCI's verrichten: 16 hartchirurgische centra en 11 'off site PCI centra'. In totaal werden 36.783 PCI's verricht in 2010 variërend van 268 tot 2.883 per centrum. Voor hartchirurgische centra is de norm 800 PCI's per jaar. Het aantal PCI's van de hartchirurgische centra is ruim boven deze norm. Voor de 'off site PCI centra' is de norm respectievelijk 400 PCI's na twee jaar en minimaal 600 PCI's na 3 jaar. Er zijn drie instellingen die nog niet de norm van 400 PCI's hebben

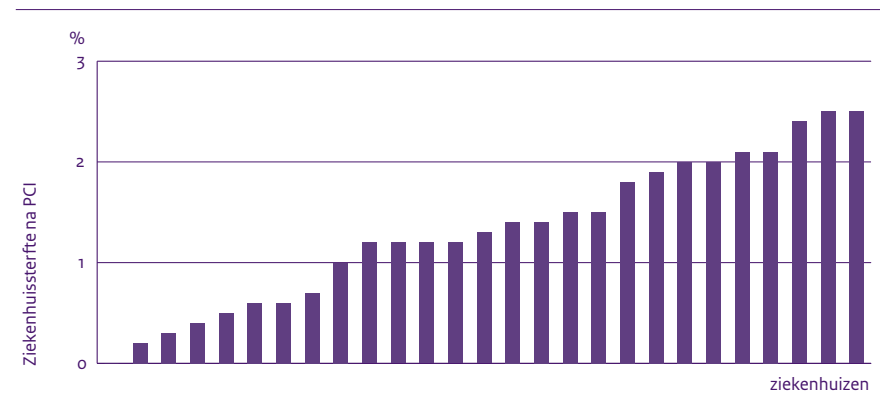
gehaald, dit zijn instellingen in de opstartfase welke in 2010 nog geen 2 jaar PCI verrichten (Meander Medisch Centrum, ZorgSaam ziekenhuis Terneuzen en het TweeSteden ziekenhuis Tilburg).

Figuur 5.2.6  
Gemiddeld aantal PCI's per cardioloog (n=27)



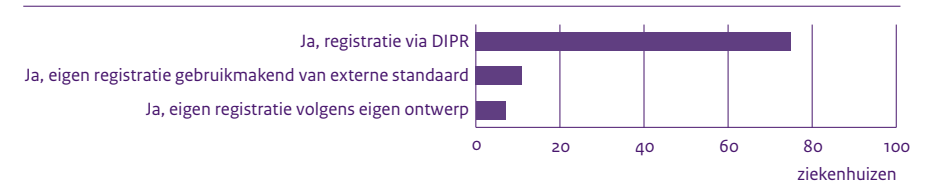
Het aantal interventiecardiologen per centrum varieert van 2 tot 10. Zij voeren ieder gemiddeld 238 PCI's uit (mediaan 217) variërend van 67 tot 436 per interventiecardioloog. Per interventiecardioloog moeten er volgens de norm minimaal 150 PCI's uitgevoerd worden. In vier ziekenhuizen (TweeSteden ziekenhuis Tilburg, Meander Medisch Centrum, UMC St Radboud Nijmegen en het Medisch Centrum Haaglanden) worden er gemiddeld minder dan 150 PCI's per interventiecardioloog uitgevoerd.

Figuur 5.2.7  
Ziekenhuissterfte na PCI (n=27)



De mortaliteit bij PCI varieert van 0 tot 2,8%, gemiddeld 1,3%. Uit de gegevens blijkt geen verband tussen het aantal uitgevoerde PCI's en de mortaliteit.

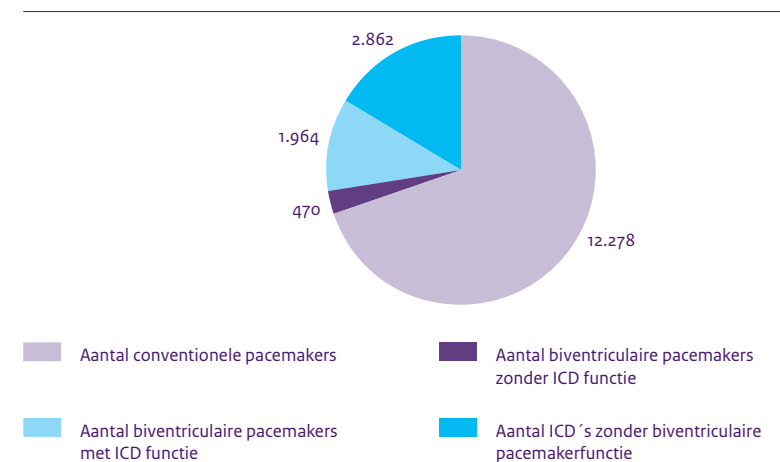
Figuur 5.2.8  
Pacemakerregistratie (n=93)



Van de 93 ziekenhuizen registreerden 75 (81%) het aantal plaatsingen via de landelijke database DIPR, 11 ziekenhuizen (12%) gebruikten een eigen registratiesysteem die voldoet aan een externe standaard (genoemd wordt GRIT, NCDR, DIPR, NVvC standaard en Biotronik) en 7 ziekenhuizen (8%) gebruikten een registratiesysteem volgens eigen ontwerp. De meerderheid van de instellingen participeert in DIPR, alleen leveren ongeveer 20 klinieken, waaronder meerdere academische centra, hun data niet aan aan DIPR. Het is niet bekend hoe zij zich toetsen aan externe referenties. Deelname aan de DIPR is opgenomen in de norm van de NVvC.

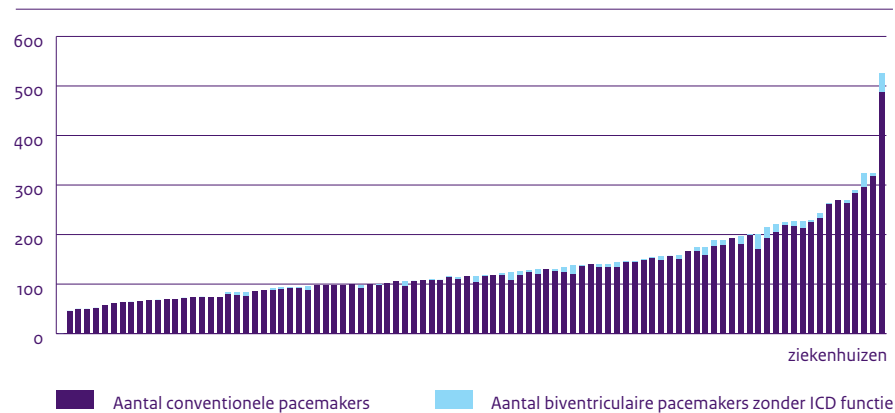
Verder gebruikt 80% van alle ziekenhuizen de registratie voor interne evaluatie, dit is 85% van de ziekenhuizen die via DIPR registreren en 55% van de ziekenhuizen met een eigen registratiesysteem.

Figuur 5.2.9  
Totaal aantal pacemakers (n=94)



Figuur 5.2.10

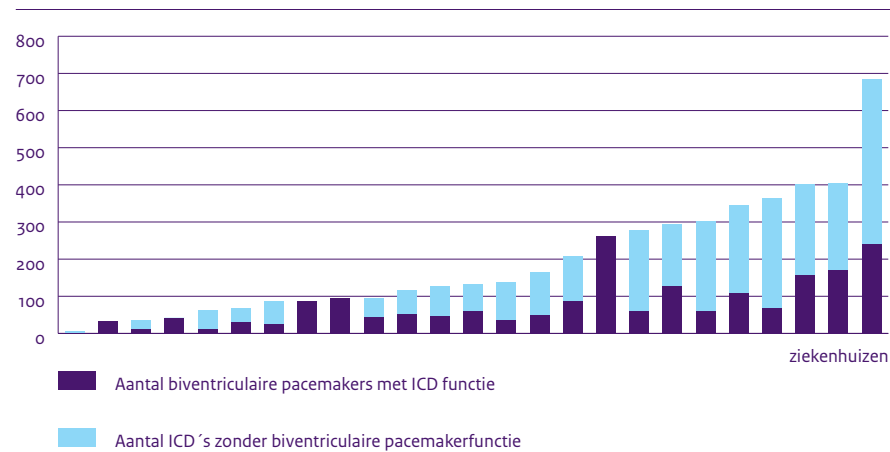
Aantal pacemakers per ziekenhuizen (n=94)



In 2010 werden 12.278 conventionele pacemakers in 93 centra geïmplant. In 59 centra werden ook 470 biventriculaire devices (zonder ICD-functie) geïmplant. Gemiddeld implanteren deze centra 135 pacemakers (conventioneel en biventriculair zonder ICD functie), variërend van 46 tot 527 per centra.

Figuur 5.2.11

Aantal ICD 's (n=25)



Het aantal ICD-implantaties in Nederland bedroeg 4.816 devices in 2010, waarvan 1.964 biventriculaire pace devices met een ICD functie. ICD-implantaties vinden plaats in 25 centra met vergunning.

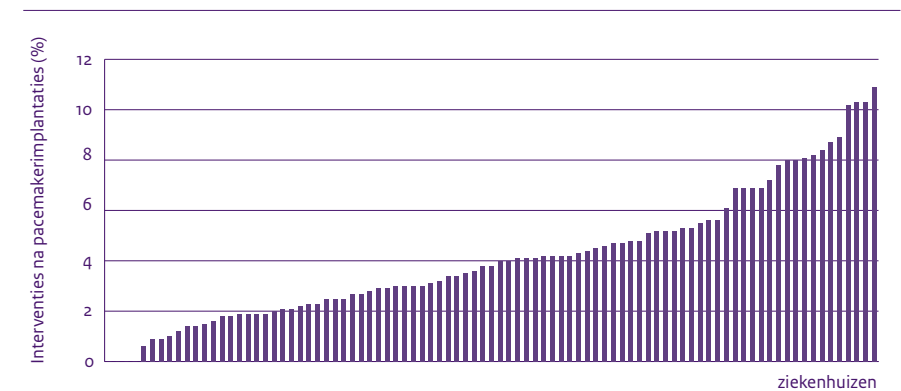
Om aan de normen van de beroepsgroep te voldoen, dienen in een ICD-centrum op jaarbasis minimaal 120 CIED's (Cardiovascular Implantable Electronic Devices i.e. ICD ofwel pacemaker) geïmplant, waarvan minimaal 60 ICD's, waarvan minimaal 20 biventriculaire ICD's. Ook deelname aan de registratie in de DIPR is verplicht voor deze centra (volgens de vergunning zijn ze verplicht mee te doen aan de landelijke database).

Vier ziekenhuizen (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis Amsterdam, Medisch Centrum Alkmaar, Martini Ziekenhuis Groningen en UMC St Radboud Nijmegen) implanteren in 2010 minder dan 60 ICD's; bij 2 hiervan is dat te verklaren doordat zij recent na het verkrijgen van een vergunning hiermee zijn gestart. Drie ziekenhuizen (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis Amsterdam, Kennemer Gasthuis Haarlem en Martini Ziekenhuis Groningen) implanteren minder dan 20 biventriculaire ICD's, de eerste twee ziekenhuizen zijn ook hier recent mee gestart. De Isala klinieken implanteren twee keer zo veel ICD's als het daarop qua volume volgende centrum.

Daarnaast zijn er centra die alleen biventriculaire ICD's opgeven.

Figuur 5.2.12

Percentage interventies na pacemakerimplantatie (n=89)



Het percentage interventies 90 dagen na het implanteren van een pacemaker of ICD is gemiddeld 4,1% variërend van 0 tot 10,9%. Er zijn vijf ziekenhuizen die opgeven dat het percentage herinterventies 0% is.

## Aandachtspunten voor de cardiologie en de daarbij horende indicatoren

### Het interpreteren van poliklinische sterfte

Hart en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak en een belangrijke veroorzaker van ziektelast. Het betreft hier een gevarieerde groep ziekten en dus ook een variëteit aan functies, klinisch, poliklinisch, invasief en conservatief. Die variëteit komt ook tot uiting in de variëteit van indicatoren. Vorig jaar is al in Het resultaat telt vermeld dat binnen de cardiologie de meeste ervaring aanwezig is in het gebruik van sterfte als indicator. De cardiologie is ook het enige specialisme met ervaring met poliklinische indicatoren: in eerdere sets de heropname na verwijzing naar hartfalenpoliklinieken en nu specifiek een indicator over sterfte binnen twee jaar na een polikliniekbezoek. De zeldzaamheid wordt deels veroorzaakt doordat poliklinische activiteiten een lager risico moeten hebben dan klinische. De patiënt moet immers in staat zijn om zelfstandig te functioneren na een kort contact voor diagnostiek en/of therapie. Een ander deel van de oorzaak is dat het poliklinische contact vaak beperkt blijft tot één op één contact tussen specialist en patiënt. Er wordt relatief weinig data vastgelegd tijdens het contact en resultaten van de indicator moeten geïnterpreteerd worden door deskundigen. Het is voor de IGZ eenvoudig om de vraag te stellen ‘wat is de verklaring voor een hogere sterfte?’, maar voor een zinnig antwoord zal de NVvC zelf inspanning moeten leveren. Ook SMR's en HSMR's geven hierop geen antwoord. Het betreft hier gegevens over sterfte van opgenomen patiënten. Het gaat bij een hoge sterfte na een polikliniekbezoek niet om hier een schuldige voor te vinden. Maar om de hoeveelheid inspanning die het ziekenhuis in het algemeen en de cardiologen in het bijzonder uitvoeren om een bijzonder hoge (of lage) sterfte te verklaren. De NVvC heeft een belangrijke rol bij het ondersteunen van haar leden daarbij. De cardiologie heeft namelijk een belangrijke maatschappelijke functie, waarbij ondersteuning van de functies in het dagelijks leven en goede zorg (care en cure, eerste en tweede lijn) allen een rol spelen. Vorig jaar is in Het resultaat telt voor een ziekenhuis met hoge sterfte geanalyseerd wat de maximale bijdrage aan de sterfte kon zijn vanuit de instelling, voor zoverre te bepalen met gebruikmaking van de gegevens beschikbaar bij de IGZ. Die bijdrage is gering.

### Functiedifferentiatie vraagt om andere indicatoren

Rond de zorg van AMI patiënten is een netwerk ontstaan van ziekenhuizen die patiënten opvangen, PCI's uitvoeren en nazorg leveren. Patiënten worden dan ook regelmatig behandeld in een ander centrum dan waarin zij nazorg ontvangen. Het is nog steeds zo dat het bijhouden van resultaten van een behandeling over verschillende instellingen heen moeilijk is. Tegelijkertijd wordt het met het toenemen van de specialisatie van ziekenhuizen normaler om de zorg<sup>[43]</sup> vanuit verschillende ziekenhuizen te geven. De huidige groep indicatoren voor cardiologie geven maar beperkt inzicht in de onderlinge relaties. Vanaf 2012 zijn deze dan ook herzien en is er een (STEMI) indicator opgenomen in de basisset

[43] Op deze plaats wordt onder zorg verstaan preventie, diagnostiek, behandeling, nazorg en (maatschappelijke) ondersteuning.

waarin deze samenhang beter tot uiting komt, ook door het duidelijker differentiëren van de vragen per functie die het ziekenhuis kan hebben.

### Normen, indicatoren, handhaving en de eigen verantwoordelijkheid van instellingen

In de set van de cardiologie, maar ook op andere plaatsen in de basisset zijn indicatoren opgenomen die direct vragen naar gegevens die opgenomen zijn in normen. Voorbeelden daarvan zijn volumennormen. Het is daarbij zeer verleidelijk om handhaving direct te laten volgen op de vermelding van de uitslag. Te weinig pacemakers implanteren betekent een opdracht tot stoppen. Toch geldt ook hier het algemene uitgangspunt dat de IGZ niet handhaaft alleen op basis van de indicatoren. In de eerste plaats omdat het ziekenhuis zelf verantwoordelijk is voor het zich houden aan de relevante normen. Met het ondertekenen van de gegevens in de set geeft het ziekenhuis aan zich bewust te zijn van de gevolgen van de ingevoerde gegevens. Ziekenhuizen moeten zelf stoppen als zij zich er van bewust zijn dat zij niet aan de normen voldoen en er geen reële mogelijkheid is om op korte termijn aan de norm te gaan voldoen. Eventuele fouten in gegevens zullen gecorrigeerd moeten zijn vóór 1 juni in het jaar na het registratiejaar. Het gesprek met de inspectie zal dan alleen hoeven gaan over de wijze waarop verantwoord gestopt is met de ingreep/risicovolle handeling. Er kunnen ziekenhuizen zijn die zich nog niet bewust zijn van hun eigen situatie en nog geen actie hebben ondernomen. Het zal duidelijk zijn dat dan ook een toets door de IGZ zal moeten volgen van de andere normen die bij de inspectie bekend zijn, ook als zij niet als indicator in de basisset zijn opgenomen.

### Cardiologie, PCI en risico

Risico wordt bepaald door de kans op schade te vermenigvuldigen met het aantal personen dat risico loopt. De indicatoren ziekenhuissterfte na AMI en sterfte na een eerste polikliniekbezoek geven een eenvoudig rekenvoorbeeld. Bij ongeveer 245.000 mensen van 70 jaar en ouder werd in 2010 een eerste polikliniekbezoek geregistreerd. Bijna 17.500 van deze mensen overleed binnen twee jaar. Dat maakt duidelijk dat het risico van het hebben van een hartziekte groot is en toezicht hierop (en op het beleid) belangrijk is. Bij het beleidsbesluit om PCI's toe te staan in ziekenhuizen die geen hartchirurgie uit mogen voeren is meegewogen hoe groot het additionele risico was voor patiënten waarbij bleek dat een spoedingreep noodzakelijk was. De data die beschikbaar zijn gekomen in de indicator sterfte na een PCI laten zien dat het additionele risico van dit besluit te klein is om zonder correctie voor de ernst van de ziekte te worden opgemerkt. Dat wil in ieder geval zeggen dat op basis van de huidige resultaten dit besluit geen risico toevoegt. Dit is nog geen bewijs dat het een goed besluit was, maar wel een indicatie dat het geen slecht besluit is geweest. In deze fase zeker een mooi resultaat.



### 5.3 Cerebrovasculair accident (CVA)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 6.6, pagina 99. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

#### Indicator

- Door-to-needle time trombolyse.

#### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

In 2007 waren er in Nederland 191.000 mensen met een CVA en overleden 9.518 personen met een CVA als primaire doodsoorzaak<sup>[44]</sup>. Per jaar krijgen ongeveer 30.000 mensen voor het eerst een CVA. Er komen twee vormen voor: de hersenbloeding (bij ongeveer een kwart van de patiënten) en het herseninfarct dat ontstaat door een vaatafsluiting (bij ongeveer driekwart van de patiënten). Vooral bij een hersenbloeding is de kans op overlijden of blijvende invaliditeit groot. Het CVA komt vooral voor bij ouderen en door de vergrijzing zal het aantal mensen met een CVA in de toekomst nog verder toenemen.

De afgelopen jaren is een nieuwe veelbelovende behandelingsmethode voor het herseninfarct ontwikkeld, waardoor de sombere vooruitzichten van deze aandoening veranderen. Bij deze behandeling is het motto: 'hoe sneller de behandeling begint, hoe beter het resultaat'. Om een tijdige behandeling (lieft binnen één uur) door ziekenhuizen te bevorderen, heeft de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) de IGZ gevraagd een indicator voor de snelheid van trombolyse op te nemen in de basisset.

De IGZ ziet toe of ziekenhuizen in staat zijn zijn nieuwe ontwikkelingen te volgen en of zij ervoor (kunnen) zorgen dat spoedeisende behandelingen op tijd plaatsvinden.

#### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis past geen trombolyse toe*

- Staat in de toelichting waarnaar patiënten voor trombolyse worden verwezen en welke afspraken hierover met de verwijzers en ambulancedienst zijn gemaakt?
- Zo niet, welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Zijn het afgelopen jaar patiënten aangenomen die achteraf in aanmerking kwamen voor trombolyse? Zo ja, wat betekent dat voor het te voeren beleid?

*Het aantal patiënten bij wie trombolyse is toegepast is relatief klein (voor 2010: minder dan 13)*

- Staat in de toelichting dat trombolyse in de regio meestal in een ander ziekenhuis plaatsvindt? Zo ja, welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?

- Hoe garandeert het ziekenhuis bij een behandeling die weinig voorkomt dat deze voldoet aan de standaarden van verantwoorde zorg?
- Wat zijn de criteria voor trombolyse?
- Heeft het ziekenhuis geanalyseerd welke factoren bepalen wie uiteindelijk wel en wie niet in aanmerking komt voor trombolyse? Bijvoorbeeld:<sup>[45]</sup>
  - Welk percentage van de patiënten komt in aanmerking voor trombolyse?
  - Heeft de kans op trombolyse te maken met het tijdstip waarop de patiënt wordt opgenomen?

*Het percentage patiënten bij wie trombolyse binnen één uur is toegepast, is relatief klein (voor 2010: minder dan 64,9%)*

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
- Zo ja, wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
- Zo nee, wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?

*Het percentage patiënten bij wie trombolyse binnen één uur is toegepast is 100%*

- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat alle patiënten binnen 1 uur na binnenkomst zijn behandeld?
- Welk beleid wordt gevoerd?

*Het percentage patiënten bij wie trombolyse later dan 2 uur is toegepast, is relatief hoog (voor 2010: hoger dan 7,6%)*

- Wat is de uiterste tijdsgrens waarbij patiënten worden behandeld?
  - Welk deel van deze patiënten had een reversibele contra-indicatie, zoals sterk verhoogde bloeddruk.
- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
  - Zo ja, wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
  - Zo nee, wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
  - T.a.v. spoedeisend diagnostisch onderzoek.
  - T.a.v. beschikbaarheid van specifieke medicamenten.
- Hoe is de beschikbaarheid van diagnostische middelen in het ziekenhuis?
  - Zijn er wachtlijsten voor de CT-scan?

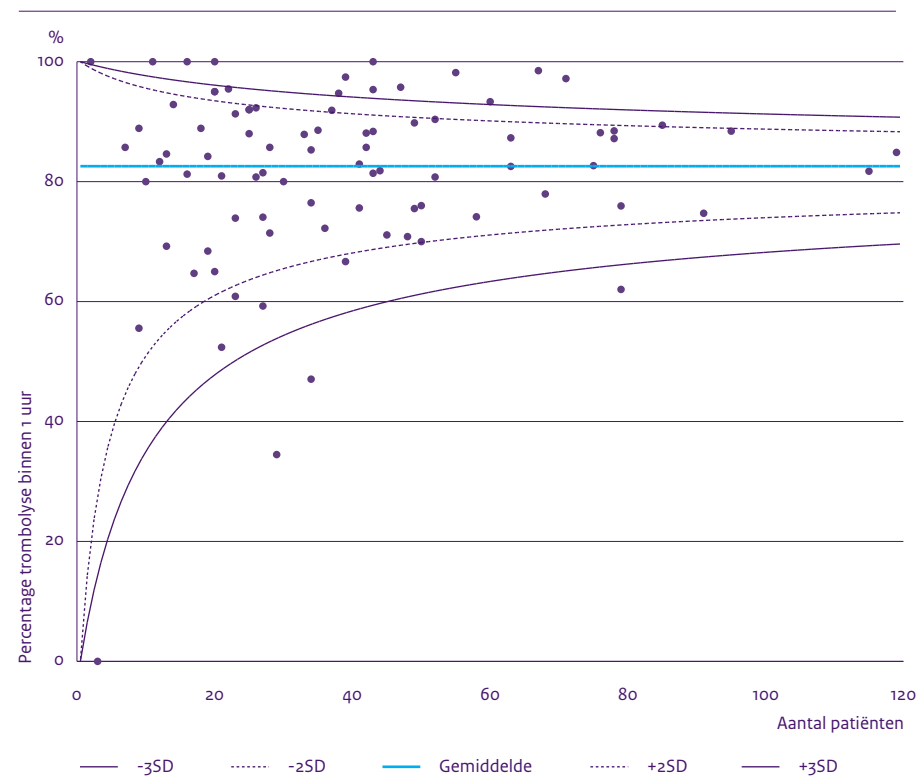
[44] Volksgezondheid en Toekomstverkenningen VTV 2010.

[45] Het IHI heeft hiervoor de timeseries ingevoerd. Een analyse over de tijd van gebeurtenissen.

## Resultaten

Figuur 5.3.1

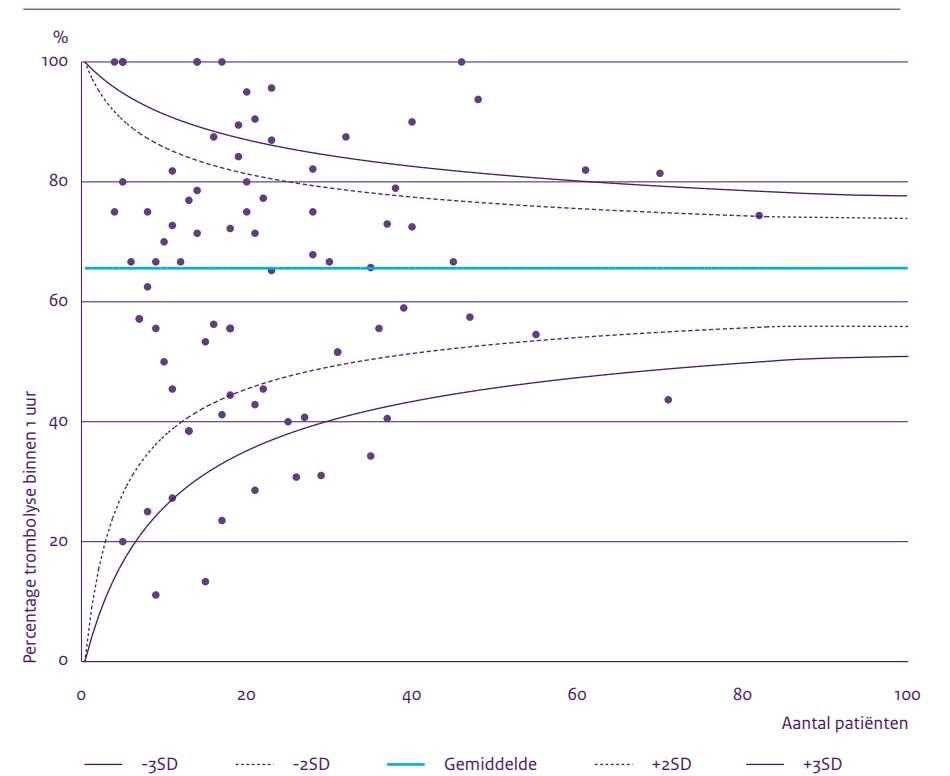
Trombolyse binnen 1 uur in 2010 (n=86)



In 2010 werden in 86 ziekenhuizen patiënten behandeld met trombolyse. 6 ziekenhuizen gaven geen trombolyse, zij verwijzen patiënten door naar een ander ziekenhuis in de regio. Bij gemiddeld 81,3% van de patiënten werd trombolyse gestart binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis. In 2008 werd gemiddeld werd 65,6% van de patiënten binnen 1 uur behandeld (figuur 5.3.2).

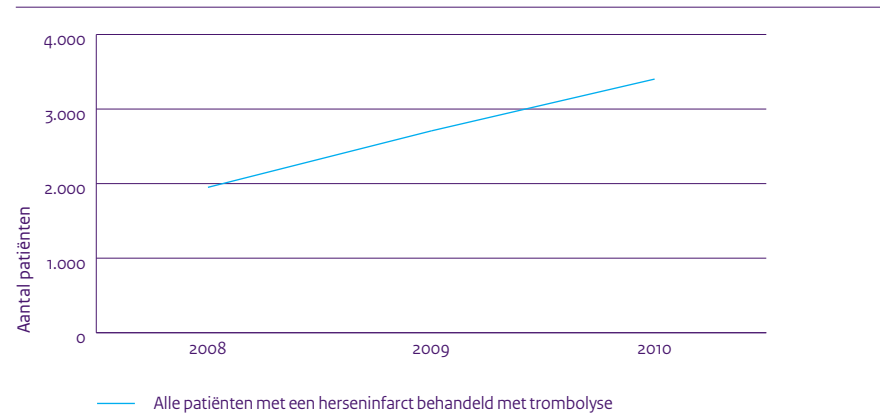
Figuur 5.3.2

Trombolyse binnen 1 uur in 2008 (n=85)



Figuur 5.3.3

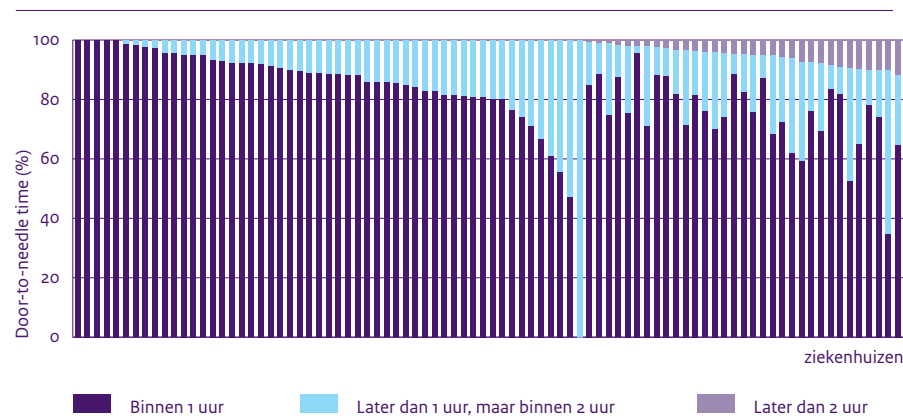
Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolyse (2008 – 2010)



Het aantal met trombolyse behandelde patiënten blijft toenemen. In 2010 werden in de 86 ziekenhuizen 3.402 patiënten behandeld met trombolyse, het aantal patiënten varieerde van 2 tot 119 (gemiddeld 40, mediaan 34).

Figuur 5.3.4

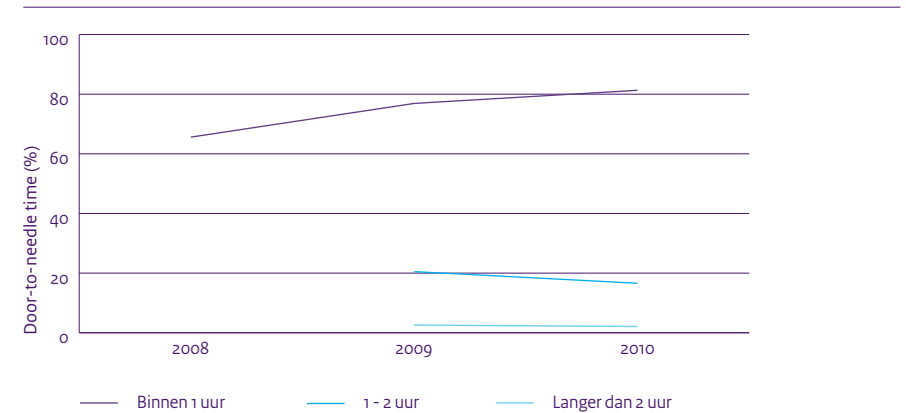
Door-to-needle time trombolyse (n=86)



Het percentage patiënten dat binnen één uur behandeld werd, varieerde van 0 tot 100% (gemiddeld 81,3%, mediaan 84,4%). Gemiddeld 16,6% van de patiënten werd later dan 1 uur maar binnen 2 uur behandeld met trombolyse. In 33 ziekenhuizen en bij totaal 2,1% van de patiënten startte de behandeling na meer dan 2 uur. Dit percentage varieerde van 0 (alle patiënten binnen het tweede uur) tot 11,8%.

Figuur 5.3.5

Door-to-needle time trombolyse (2008 – 2010)



Over de afgelopen 3 jaar is het percentage patiënten dat binnen 1 uur met trombolyse wordt behandeld met bijna 20% toegenomen.

## Aandachtspunten voor het CVA en de daarbij horende indicator

### Gebruik van trombolyse neemt toe

Het absolute aantal patiënten dat behandeld wordt met trombolyse is in de afgelopen twee jaar bijna verdubbeld van 2000 tot 3500. Het absolute aantal patiënten dat binnen één uur is behandeld is nog sneller toegenomen, van ongeveer 1200 tot 2800, een stijging van 130%. Er van uitgaande dat vlotte trombolyse de kans op herstel van een patiënt vergroot, zijn dit verheugende percentages. In 2005 werd in een artikel in het tijdschrift voor Kwaliteit in Zorg<sup>[46]</sup> geconstateerd dat invoering traag gaat. Slechts de helft van de ziekenhuizen had mogelijkheden voor trombolyse tot zijn beschikking. Van 2000 tot 2009 is het aantal tot maximaal 2000 patiënten per jaar gestegen, evenveel als in de laatste twee jaar. De vraag rijst dan ook wat het uiteindelijke gewenste percentage van CVA-patiënten is. Streefpercentages zijn moeilijk te vinden in de literatuur, maar meer dan de 10-13% van het totaal aantal CVA patiënten gehaald in 2010 moet mogelijk zijn. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) geeft aan te streven naar 20%. Ook over 2010 zijn er nog ziekenhuizen die net begonnen zijn met de behandeling en die data over drie patiënten aanleveren. Bij deze ziekenhuizen is duidelijk ruimte voor groei. Een zo spectaculaire groei als in de afgelopen twee jaar is echter niet meer te verwachten. 70% van de streefnorm is in ieder geval een mooi resultaat.

Dit patroon laat ook wel zien hoe nieuwe ontwikkelingen worden ingevoerd in een (Nederlands) ziekenhuis. Er zijn voorloper ziekenhuizen, een middenmoot en een groep achterblijvers. Als een ziekenhuis start met een behandeling wordt eerst een kleine groep patiënten behandeld, waarbij de groep over de tijd van een aantal jaren wordt uitgebreid. Of een indicator dit proces versnelt, is niet met zekerheid te zeggen. In dit geval gaat de versnelling in de implementatie in ieder geval samen met het gebruik van een proces-indicator.

Dit maakt ook duidelijk dat een procesindicator in de zorg een plaats heeft. Het in veel beleidsdocumenten gemelde einddoel van een set alleen bestaande uit uitkomstindicatoren lijkt dan ook onverstandig en mogelijk zelfs ongewenst.

### Tijdigheid als doel, bereikt via verbetering van de diagnostiek

Een indicator die vraagt naar het percentage patiënten dat binnen één of twee uur een behandeling krijgt, gaat er van uit dat een snellere actie beter is. De vraag is wel wat een inspectiereactie moet zijn op een afwijkend patroon. Gemiddeld is de verdeling 81% binnen een uur, 17% na één maar binnen twee uur en 2% later. Op zich laat de richtlijn ruimte voor toediening binnen twee uur of later. Verder is gezondheidszorg geen race, dus ook het Diaconessenhuis te Utrecht en het Admiraal de Ruyterziekenhuis (locaties Goes, Vlissingen) die het laagste aantal trombolyses binnen één uur uitvoeren leveren verantwoorde zorg aan hun patiënten. Opmerkelijk is wel dat het Admiraal de Ruyterziekenhuis vorig jaar nog meldde 100% binnen 1 uur af te ronden (in 2008 meldde de locatie in Vlissingen nog een

resultaat van 25% binnen een uur, toen de op vier na laagste). Dat lijkt te wijzen op een verslechtering van de situatie, tegen de heersende trend in. Het Diaconessenhuis gaf in 2009 aan dat alle trombolyses in het UMC Utrecht plaatsvonden.

Spoedzorg vraagt om snelle interventie, nadat de noodzakelijke diagnostiek is afgerond. Naar aanleiding van eerdere verbeteringen is ook gevraagd welke acties de ziekenhuizen hebben ondernomen. Wat daarbij genoemd wordt, is vooral het versnellen van de diagnostiek. Betere toegang tot de CT-scan, stollingsonderzoek dat op de SEH uitgevoerd kan worden en betere samenwerking tussen specialismen en ziekenhuisafdelingen hebben geleid tot een duidelijk verkorte doorlooptijd. Op het laatste punt na zijn het allemaal ingrepen in het acuut diagnostisch proces. Een slechte score op deze indicator zou dan ook moeten leiden tot vragen naar de (algemene) kwaliteit van het acuut diagnostisch proces, ook buiten de zorg voor neurologische patiënten.

[46] Trage invoering van trombolyse in de acute CVA-zorgketen. Dippel, D.W.J., Franke, C.L., Minkman, drs. M.N. Kwaliteit in Zorg, 2005.

## 6 Infectieziekten

De omschrijving van het aandachtsgebied infectieziekten en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 7, pagina 101. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

Infectiepreventie in het ziekenhuis en de snelheid van de behandeling van een pneumonie hebben in eerste instantie niet veel gemeenschappelijk. Toch is er een grote overlap. In beide gevallen speelt het antibioticabeleid een rol. En bij beiden kan gediscussieerd worden over het beleid rond het afnemen van materiaal voor kweken. Bij de indicator voor CAP was er bewijs dat kweken minder goed worden afgenomen als antibiotica sneller wordt gegeven, een reden voor de richtlijnengroep om te verzoeken om de indicator tijdelijk uit de set te halen. Een van de grootste discussies bij het opstarten van het PREZIES netwerk voor de registratie van ziekenhuisinfecties in de jaren negentig was het kweekbeleid bij wondinfecties en het probleem om goede kweken af te nemen bij patiënten met een pneumonie, die ontstaan in het ziekenhuis bij patiënten die aan de beademing liggen.

Een ander gemeenschappelijk punt is de snelheid van handelen bij binnenkomst van patiënten. Zowel bij pneumonie als bij multiresistente bacteriën die een probleem kunnen gaan vormen in het ziekenhuis moet het ziekenhuis een adequaat beleid hebben aan de poort van het ziekenhuis.

Het is niet zeker dat een ziekenhuis dat relatief traag is bij de start van de behandeling van patiënten met een pneumonie op de spoedeisende hulp ook te weinig aandacht besteedt aan infecties in de brede zin van het woord. In 2011 is wel gebleken dat het vertrouwen in een ziekenhuis ernstig geschaad kan worden als het onvoldoende adequaat is opgetreden bij een epidemie. Dat alleen al maakt het tot een belangrijk onderwerp voor een IGZ die 'een gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg' als motto heeft.

De CAP-indicator heeft ook een functie bij het toezicht op spoedeisende hulp. Er zijn meer patiënten met diverse infecties die op de SEH binnenkomen en die door hun ernst snelle behandeling vragen. In de toekomst kunnen zo vragen over de behandeling van bijvoorbeeld meningitis op de SEH toegevoegd worden aan het onderdeel 'Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?'

### Tot slot nog enkele vragen die de inspectie kan stellen bij het ziekenhuizen die en weinig surveillances uitvoeren ter preventie van ziekenhuisinfecties en opvallend scoren bij de indicator voor de behandeling van pneumonie

*Het ziekenhuis voert geen of één surveillance voor ziekenhuisinfecties uit en heeft geen gegevens over de behandeling van pneumonie (De indicator was facultatief).*

- Wat is het beleid op het gebied van infecties en infectiepreventie in het ziekenhuis?

*Het ziekenhuis voert geen of één surveillance voor ziekenhuisinfecties uit en heeft een relatief laag percentage snelle antibioticatoediening bij de CAP indicator*

- Wat is het beleid rond het screenen van patiënten op infecties op de SEH?
- Welke activiteiten voert het ziekenhuis uit in het kader van het veiligheidsprogramma en het thema POWI.

*Het ziekenhuis voert geen of één surveillance voor ziekenhuisinfecties uit en heeft een relatief hoog percentage snelle antibioticatoediening bij de CAP indicator.*

- Wat is het beleid rond het screenen van patiënten op infecties op de SEH?
- Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een verantwoord kweekbeleid voor micro-organismen?

## 6.1 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities vinden u in de basisset van 2010 paragraaf 7.1, pagina 102. (www.igz.nl/onderwerpen)

### Indicator

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Ziekenhuizen moeten verantwoorde zorg leveren. Daarbij hoort ook het beschermen van patiënten tegen bedreigingen die samenhangen met de behandeling en het verblijf in het ziekenhuis, zoals ziekenhuisinfecties. Succesvolle preventie van infecties zal daarom onderdeel van elk veiligheidsprogramma moeten zijn. Infecties zijn niet helemaal te voorkomen en vragen daarom, naast voortdurende waakzaamheid, ook voortdurende analyse: is er een systematisch probleem en moet het ziekenhuis actie ondernemen? De indicator richt zich dan ook vooral op de surveillance. Dit omvat het systematisch verzamelen, analyseren van gegevens en op basis van de uitslagen gericht handelen. Als het ziekenhuis één van deze onderdelen mist, heeft het hele systeem minder nut. Ziekenhuisinfecties komen in verschillende typen voor, met verschillende oorzaken, analyses en acties. Daarom vraagt de inspectie naar de surveillance van de verschillende typen. Het type surveillance dat het ziekenhuis uitvoert, dient afgestemd te zijn op het type bedreigingen in het ziekenhuis.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis voert geen enkele surveillance uit*

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de veiligheid op het gebied van ziekenhuisinfecties?
  - Welke risico's heeft het ziekenhuis gesignaleerd voor de eigen populatie?
  - Hoe wordt de patiëntveiligheid op het gebied van infectierisico's gewaarborgd?
- Welke risico's worden door het ziekenhuis actief bewaakt?

*Het ziekenhuis voert één type surveillance uit*

- Hoe is de keuze voor dit type toezicht tot stand gekomen?
  - Welke risico's heeft het ziekenhuis afgewogen?
  - Heeft het ziekenhuis wel eens andere typen van surveillance uitgevoerd?  
Zo ja, wanneer?
  - Hoe houdt het ziekenhuis zicht op andere infectierisico's?
  - Wie ontvangt een rapportage binnen de instelling?
  - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
    - Is dat doel bereikt?
    - Zo ja waar blijkt dat uit?

*Het ziekenhuis voert alle typen surveillance uit*

- Hoe komt de keuze voor het uitvoeren van een surveillance tot stand?
- Indien het ziekenhuis surveilleert via PREZIES:
  - Is het proces en de uitkomst door PREZIES gevalideerd?
  - Heeft het ziekenhuis een terugrapportage ontvangen van PREZIES?
  - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
    - Is dat doel bereikt?
    - Zo ja waar blijkt dat uit?

*Het ziekenhuis voert alleen een prevalentiemodule uit, welke vastlegt of een patiënt in een bepaalde periode een infectie heeft*

- Op welke wijze komt het ziekenhuis aan voldoende gegevens voor het uitvoeren van interventies?
- Wanneer voert het ziekenhuis een incidentiemeting uit (waarbij de patiënt gedurende de opname én na ontslag wordt onderzocht op het optreden van nieuwe ziekenhuisinfecties)?

### Resultaten

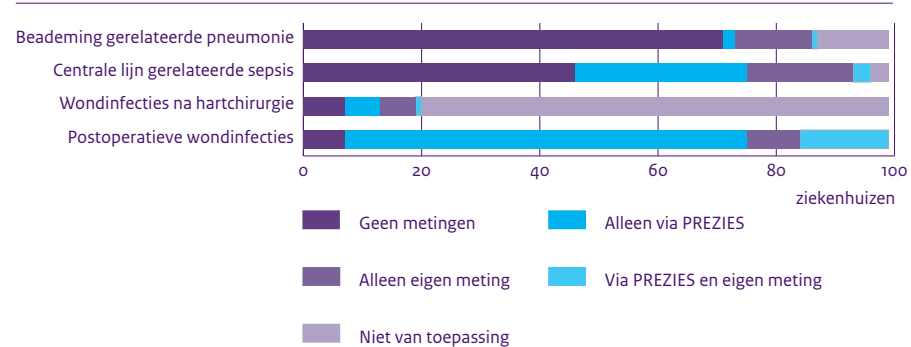
Tabel 6.1.1

Aantal ziekenhuizen met incidentiemetingen per type surveillance

	Postoperatieve wondinfecties	Wondinfecties na hartchirurgie	Centrale lijn gerelateerd sepsis	Beademing gerelateerde pneumonie
Geen metingen	7	7	46	71
Alleen via PREZIES	68	6	29	2
Geen of onbekend aantal patiënten	2	0	5	0
Alleen eigen meting	9	6	18	13
Geen of onbekend aantal patiënten	0	0	1	3
Via PREZIES en eigen meting	15	1	3	1
Geen of onbekend aantal patiënten	0	0	0	1
n.v.t.	0	79	3	12
<b>Eindtotaal</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>99</b>

Figuur 6.1.1

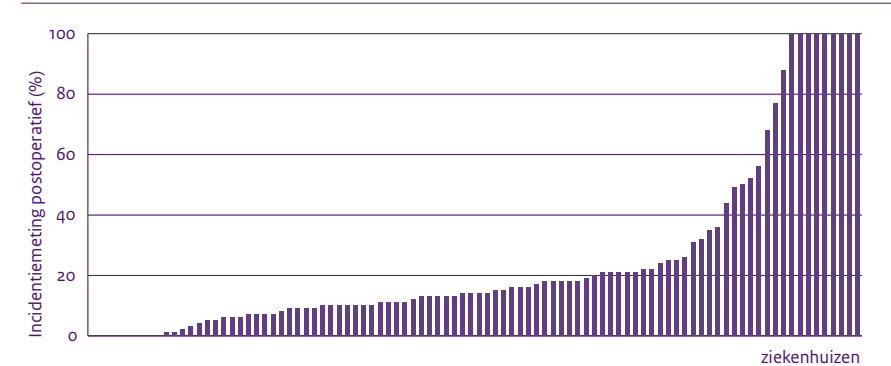
**Incidentiemetingen**



De meeste ziekenhuizen (92) nemen deel aan de surveillance (incidentiemeting) van postoperatieve wondinfecties. PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) is daarbij de standaard. Van zeven ziekenhuizen is bekend dat ze geen surveillance op dit gebied uitvoeren. Vier ziekenhuizen (Erasmus MC Rotterdam, Havenziekenhuis Rotterdam, Máxima Medisch Centrum, Ommelander Ziekenhuisgroep) deden dit vorig jaar ook niet. Twee ziekenhuizen (Refaja Ziekenhuis Stadskanaal, ZorgSaam Ziekenhuis Terneuzen) gaven wel aan incidentiemetingen uit te voeren, maar gaven geen patiëntenaantallen aan. Surveillance van sepsis is qua omvang de tweede groep. 50 ziekenhuizen surveilleren, waarvan 29 (een verdubbeling t.o.v. 2009) geheel of gedeeltelijk via het PREZIES netwerk. Zes ziekenhuizen die zeggen te surveilleren geven geen patiëntenaantallen op. Bij wondinfecties na hartchirurgie en beademingsgerelateerde pneumonie voeren de meeste ziekenhuizen een meting volgens eigen methode uit. 25% van de ziekenhuizen die incidentiemetingen bij wondinfecties na hartchirurgie uitvoeren (4 van de 16), geven geen patiëntenaantallen op.

Figuur 6.1.2

**Percentage incidentiemetingen postoperatief (n=94)**



De combinatie van het aantal patiënten opgenomen in de incidentiemetingen voor postoperatieve wondinfecties met het aantal klinische operatiepatiënten op de verkoever (uit de indicator pijn na een operatie), geeft het percentage van de geopereerde patiënten aan dat in de incidentiemeting is opgenomen, zie figuur 6.1.2. Dit percentage loopt uiteen van 0 tot 3272% (in de figuur afgebroken bij 100%). Negen ziekenhuizen hebben meer patiënten opgenomen in de surveillance dan in de indicator voor pijnbeleid, twee ziekenhuizen (Vlietland Ziekenhuis Schiedam en Medisch Centrum Alkmaar) zelfs meer dan tien keer zoveel. Deze ziekenhuizen hebben dus veel meer patiënten opgegeven bij de postoperatieve incidentiemetingen voor ziekenhuisinfecties dan het aantal operatiepatiënten wat volgens de indicator pijn na een operatie op de verkoever verbleef. Overigens wordt dit vooral veroorzaakt door erg lage opgaves van het aantal patiënten waarbij de pijn is gemeten. Aan de andere kant is er ook een groep ziekenhuizen waarbij een opvallend laag percentage patiënten is opgenomen.



## Aandachtspunten voor surveillance van ziekenhuisinfecties en de daarbij horende indicator

### Meedoen zonder patiënten te includeren

Uit onderzoek binnen het PREZIES-netwerk blijkt dat surveillance het optreden van ziekenhuisinfecties vermindert. Zonder actieve surveillance ontbreekt de kennis en het inzicht omtrent het vóórkomen van ziekenhuisinfecties. Operateurs en OK-assistenten krijgen dan geen inzicht in een vorm van complicatie die ontstaat op de operatiekamer. Surveillance is daarom één van de pijlers van het infectiepreventiebeleid<sup>[47]</sup>. Zoals vorig jaar in Het resultaat telt vermeld maakt het voor de inspectie niet uit op welke manier een ziekenhuis het infectiepercentage surveilleert (bijvoorbeeld deelnemen PREZIES of op een andere manier vergelijken met landelijk standaarden).

Ziekenhuizen geven wel steeds meer aan deel te nemen aan één of meerdere modules van PREZIES. Deelname aan de PREZIES-surveillance betekent echter niet dat ziekenhuizen ook inderdaad hun eigen infectiecijfers spiegelen aan referenties. Deze vergelijking ontvangt een ziekenhuis pas wanneer het de eigen surveillance gegevens heeft aangeleverd en door het PREZIES-team is vastgesteld dat de kwaliteit voldoende is (gecontroleerd op fouten en ontbrekende gegevens). De ziekenhuizen die geen of gegevens van onvoldoende kwaliteit aanleveren ontvangen geen terugrapportage en zullen hun gegevens dus zelf moeten spiegelen aan gepubliceerde gegevens.

### Inspanning voor surveillance vaak aanzienlijk

PREZIES merkt op dat er ziekenhuizen zijn die wel deelnemen aan een module van PREZIES maar die geen gegevens aanleveren. Bij de indicator ziekenhuisinfecties wordt naast de vraag hoe gesurveilleerd wordt (PREZIES en/of eigen meting) ook gevraagd bij hoeveel patiënten de surveillance is uitgevoerd. Het doel van de opgave van het aantal geïncludeerde patiënten is het krijgen van een indicatie van de dekking van de surveillance. Uit deze gegevens blijkt dat bij 6,5% van alle modules het aantal onderzochte patiënten nul is. Vaak wordt rond de 10% van alle geopereerde patiënten geïncludeerd. Ziekenhuizen lijken dus een aanzienlijke inspanning te leveren om inzicht te krijgen in de incidentie van ziekenhuisinfecties.

### Surveillance is meer dan het registreren van infecties

Zoals in de basisset 2010 vermeld, moet ook onderstreept worden dat surveillance meer is dan het feitelijk registreren van infecties. De kenmerkende activiteiten van de surveillance van ziekenhuisinfecties zijn: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (het daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals; zo nodig gevolgd door de implementatie van interventie maatregelen. De vragen van de inspectie zullen zich dan ook vooral richten op het beleid wat samenhangt met de surveillanceonderdelen waar niet naar wordt gevraagd in de indicator.

[47] [www.prezies.nl](http://www.prezies.nl).

## 6.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 paragraaf 7.2 pagina 105. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- CAP.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Vroegtijdige herkenning van een bacteriële infectie en tijdige en gepaste toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van behandeling van ernstige infectieziekten en dus ook van CAP. Het is ook een voorbeeld van beheerste spoed. Direct geven van antibiotica zonder goede diagnostiek lost te vaak het probleem niet op en heeft zelf ook weer risico's. Onnodige bijwerkingen, extra kosten en uiteindelijk een toename van antimicrobiële resistentie van micro-organismen zijn daar voorbeelden van.

Voor de IGZ is dit een indicator voor de kwaliteit van de interne geneeskunde en de longgeneeskunde. In de huidige basisset zijn meer indicatoren opgenomen voor het operatief proces dan voor de beschouwende delen van de gezondheidszorg. Dat heeft ook tot gevolg dat de IGZ bij opvallende uitslagen meer aanvullend onderzoek zal moeten doen.

Voor de IGZ is een indicatie voor de tijdige toediening van antibiotische therapie ook belangrijk omdat de uitslag een beeld geeft van de adequate behandeling van infectieziekten, maar ook veel zegt over het functioneren van de SEH, over medicatieprocessen en over het inzicht dat het ziekenhuis heeft in patiëntenstromen.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Het ziekenhuis heeft de (facultatieve) vragen over CAP niet ingevuld*

- Hoe is de zorg voor patiënten met CAP geregeld?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis de zorg voor spoedeisende patiënten?
- Heeft het ziekenhuis inzicht in de gegevens over de behandeling van pneumonie (longontsteking) die in de basisset van 2010 staat?
- Hoe krijgt het ziekenhuis inzicht in de kwaliteit van zorg voor de interne geneeskunde?
  - Welke interne indicatoren zijn in gebruik in het ziekenhuis?
  - Welke audits zijn gedaan van het zorgproces binnen de interne geneeskunde?

*Het percentage patiënten bij wie antibiotica binnen vier uur is toegediend is relatief laag (voor 2010: minder dan 66%)*

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
- Zo ja, wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
  - Zo nee, wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?

- Hoe krijgt het ziekenhuis inzicht in de kwaliteit van zorg voor de interne geneeskunde?
  - Welke interne indicatoren zijn in gebruik in het ziekenhuis?
  - Welke audits zijn gedaan van het zorgproces binnen de interne geneeskunde?
- Hanteert het ziekenhuis een risicoclassificatie voor pneumonie?

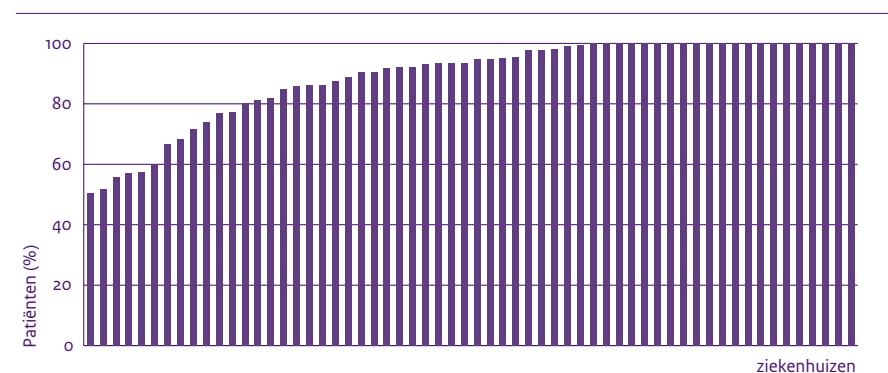
*Het percentage patiënten bij wie antibiotica binnen vier uur is toegediend is 100%*

- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat bij alle patiënten binnen 4 uur na opname antibiotische therapie is toegediend?
- Hoe wordt het onoordeelkundig voorschrijven (daar waar geen bacteriële infectie aanwezig is) van antibiotica voorkomen?
- Is in het ziekenhuis een protocol aanwezig voor het afnemen van kweken?
- In welk percentage is dat protocol nageleefd?

## Resultaten

Figuur 6.2.1

Antibiotica binnen 4 uur na CAP (n=60)



In totaal hebben 60 ziekenhuizen aangegeven bij hoeveel patiënten met CAP de antibiotische therapie op de SEH of binnen 4 uur na opname in het ziekenhuis werd toegediend. 37 ziekenhuizen (44% van totaal) hebben dit zonder steekproef (en zonder toelichting) kunnen achterhalen. 23 ziekenhuizen hebben dit door middel van een steekproef (variërend van 20 tot 526 patiënten) bepaald.

Bij 88,9% van de 60 ziekenhuizen is binnen 4 uur na opname antibiotica toegediend. Dit percentage varieert van 50,6 tot 100%. 43% (16) van de ziekenhuizen die geen steekproef heeft genomen, geeft aan bij 100% van de patiënten antibiotica binnen 4 uur toegediend te hebben. Bij de ziekenhuizen met een steekproef geeft 22% (5) van de ziekenhuizen dat aan.

In de toelichtingen bij deze facultatieve indicator geven 11 ziekenhuizen aan dat ze bezig zijn de digitale registratie aan te passen zodat de gegevens voor deze indicator binnenkort eenvoudig(er) kunnen worden aangeleverd.

## Aandachtspunten voor pneumonie en de daarbij horende indicatoren

### De interne geneeskunde beperkt in beeld

Het Resultaat Telt wordt dit jaar voor de zevende maal opgesteld. De inhoud van de tiende basisset is in grote lijnen bekend. Vanaf 2009 wordt de dekking van de zorg in het eerste hoofdstuk van de basisset systematisch in beeld gebracht. Het is dan ook eenvoudig te beoordelen welke delen van de zorg in de loop van de jaren goed zijn afgedekt en welke niet. Specialismen die interventies uitvoeren zijn goed vertegenwoordigd. Bij beschouwende specialismen heeft de cardiologie vanaf het begin een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt. De maag-darm-leverartsen zijn vanaf 2010 aan een duidelijke inhaalslag bezig. De algemene interne geneeskunde is in de afgelopen jaren echter geleidelijk uit beeld geraakt.

In 2003 werd aandacht besteed aan de diabeteszorg en de complicatieregistratie. In 2005 en 2006 vervielen delen van de diabetesindicator en in 2009 verviel deze compleet. In 2010 werd de CAP-procesindicator opgenomen als facultatieve indicator, als gezamenlijke indicator voor de longgeneeskunde. In de set voor 2012 is deze procesindicator vervangen door een structuurindicator over het gebruik van de risicoscore bij pneumonie. Ook de complicatieregistratie verviel in dat jaar. Voor 2013 is het plan om de facultatieve indicator over pneumonie weer op te nemen, maar de populatie te beperken tot een kleinere groep. Het is dan ook eenvoudig vast te stellen dat interne geneeskunde het grote vak is waarvoor de minste toezichtindicatoren beschikbaar zijn. Op zijn vroegst in 2014 kunnen indicatoren voor de interne geneeskunde opgenomen worden. 2015 is dan het eerste jaar waarin data beschikbaar zijn. Een bijkomend probleem daarbij is dat publieke indicatoren in toenemende mate gebruikt worden bij de taakverdeling en concentratie. Het is te hopen dat de interne geneeskunde daarbij beter in beeld komt. Tot dusverre is dat niet het geval.

### De behandeling van pneumonie als indicator

Snelle behandeling is goed. Een zorgvuldige behandeling is belangrijk. Een snelle zorgvuldige behandeling is beter. De CAP-indicator vraagt naar de snelheid van toediening van antibiotica bij patiënten bij wie een pneumonie is ontstaan buiten het ziekenhuis. Het is dan ook belangrijk om de diagnostiek af te ronden voordat antibiotica gegeven wordt. Op zich geldt dat voor alle indicatoren waarbij snelheid relevant is. Bij de indicator heupfractuur binnen een kalenderdag moet een patiënt gescreend worden op operatierisico's en bij de indicator door-to-needle time trombolysie moet een hersenbloeding worden uitgesloten voordat een stolsel wordt opgelost met medicamenten. Bij de CAP-indicator bestond de angst dat deze indicator zou leiden tot ongericht gebruik van antibiotica, zonder bacteriële kweken en zonder dat andere oorzaken worden uitgesloten. Dit leidde tot een discussie of handhaving van deze indicator in zijn huidige vorm wenselijk was. Echter, het BQS, het instituut dat kwaliteitsindicatoren beheert voor Duitsland, meldde in een presentatie dat invoering van deze indicator had geleid tot een

duidelijke daling van de mortaliteit bij pneumonie. De Duitse site<sup>[48]</sup> bevat wel literatuur die meldt dat antibiotica op de SEH moet worden toegediend, maar de claim dat dit resulteerde in een lagere sterfte was niet te beoordelen. Waarom heeft de interne geneeskunde dan toch verzocht deze indicator terug te trekken? In de eerste plaats waren er publicaties die meldden dat er daadwerkelijk meer antibiotica gegeven werd, zonder dat de juiste kweken werden afgenomen. Waarom treed dit mechanisme wel op bij antibiotica en niet bij trombolyse of een andere spoedindicator? Een direct antwoord daarop is niet te geven, maar een vermoeden is wel mogelijk. Bij het overslaan van diagnostiek bij trombolyse treden bijwerkingen op die de opbrengst van de behandeling teniet doen. Bovendien wordt slechts een klein deel van de CVA's behandeld (ongeveer 15% in de Nederlandse populatie). De meeste patiënten voldoen niet aan de selectiecriteria. Bij pneumonie wordt een veel groter deel behandeld en zijn de gevolgen van het overslaan van de diagnostiek minder direct zichtbaar. Eventuele 'bijwerkingen' van een indicator worden dan ook minder afgeremd door zichtbare nadelen. Dat vraagt om een grotere zorgvuldigheid bij het gebruik van de indicator. Het onderzoeken van de zorgvuldigheid van het diagnostisch onderzoek zal dan ook een onderdeel moeten zijn van het inspectieonderzoek bij een hoog percentage snelle behandelingen. Ook dat is onderdeel van een zorgvuldig gebruik.

[48] [www.bqs-qualify.com](http://www.bqs-qualify.com).

## 7 Maag-darm-lever (MDL)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 8 pagina 107. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- MDL-infrastructuur.
- MDL-scopie binnen 24 uur.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Bloeding in het proximale maag-darmkanaal is een veel voorkomend ziektebeeld en gaat gepaard met een hoog sterftcijfer. Tijdige endoscopie kan bepalend zijn voor overleving van de patiënt. De indicator MDL infrastructuur vraagt naar de aanwezigheid van faciliteiten voor een 24-uursopvang en een dienstensysteem. Voor de IGZ zijn dit randvoorwaarden om een tijdige endoscopie te kunnen verrichten en zo patiënten met een bloeding in het proximale maag-darmkanaal verantwoord te kunnen behandelen. Het afwezig zijn van dergelijke randvoorwaarden is een signaal dat dit en eventueel andere (spoed)processen met grote risico's voor de patiënt niet op orde zijn. Met de vraag naar het percentage patiënten waarbij ook daadwerkelijk binnen 24 uur een scopie plaatsvond, wordt naar (het zicht op) de praktijk gevraagd en het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*In het ziekenhuis zijn geen faciliteiten en een dienstensysteem aanwezig om 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten*

- Staat in de toelichting waarnaar patiënten worden verwezen?
- Welke afspraken zijn hierover met de verwijzers en ambulancedienst gemaakt?
- Zijn er in het afgelopen jaar patiënten buiten kantooruren aangeboden aan het ziekenhuis en wat is daarmee gebeurd?
- Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?

*Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een scopie plaatsvond, is relatief klein (voor 2010: minder dan 71,1%)*

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
  - Zo ja, wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
  - Zo nee, wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?
- Hoe is het dienstensysteem georganiseerd?
- Wat is de uiterste tijdsgrens waarbij patiënten worden behandeld?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?

- T.a.v. spoedeisend diagnostisch onderzoek.
- T.a.v. beschikbaarheid van specifieke medicamenten.
- T.a.v. beschikbaarheid van diagnostische middelen.
- Zijn er andere spoedfuncties (heupfractuur, trombolysie, CAP) waarbij een onderzoeks-indicatie bestaat? Zo ja, zie hoofdstuk spoedprocessen.

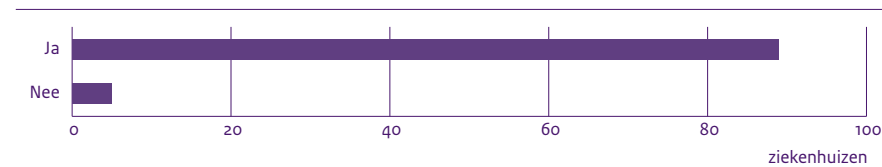
Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een scopie plaatsvond, is 100%

- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat bij alle patiënten binnen 24 uur een scopie plaatsvond?
- Hoeveel patiënten zijn opgenomen in de registratie?
- Zijn er groepen met een acute tractus digestivusbloeding die niet zijn opgenomen in de registratie?
  - Zo ja, hoe is de zorg voor die groepen georganiseerd?

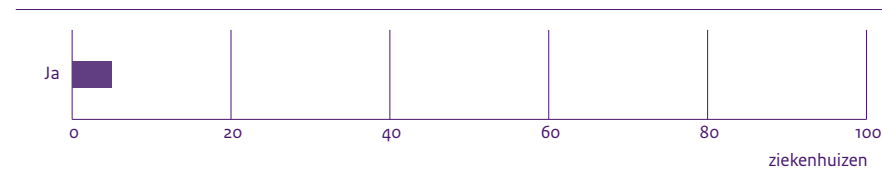
## Resultaten

Figuur 7.1

Faciliteiten en diensten 24/7 (n=94)



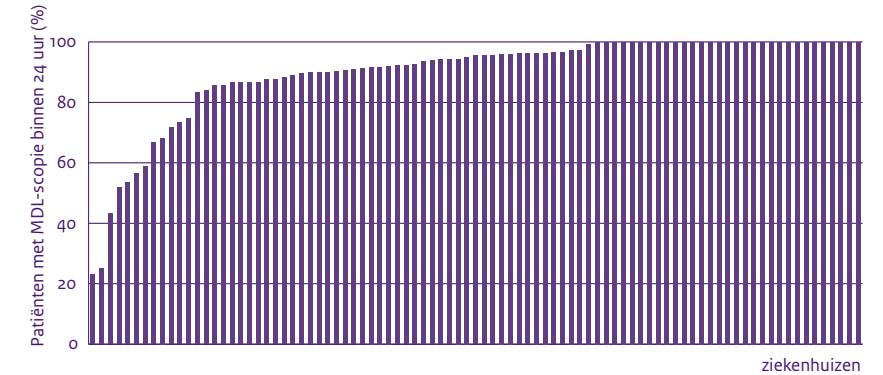
Afspraken over verwijzing (n=5)



In 89 ziekenhuizen zijn faciliteiten én een dienstensysteem aanwezig om 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten. In de 5 ziekenhuizen die dit niet hebben zijn afspraken gemaakt om te zorgen dat patiënten binnen 24 uur in een ander ziekenhuis een scopie kunnen ondergaan.

Figuur 7.2

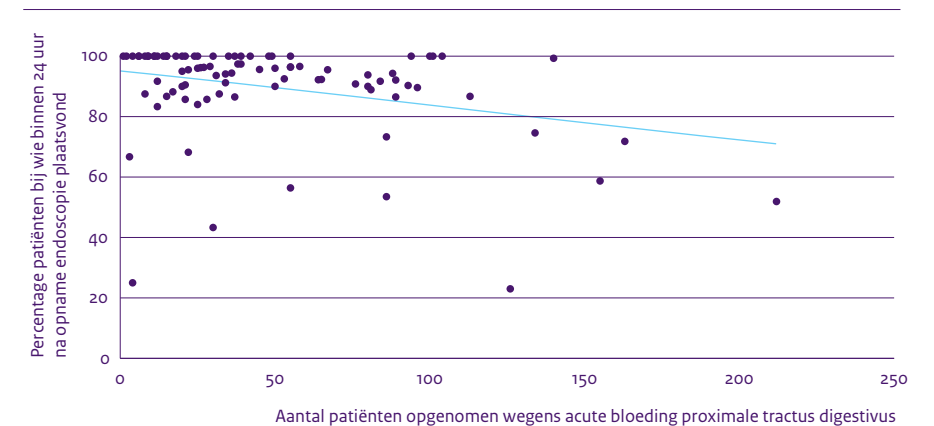
MDL-scopie binnen 24 uur (n=89)



Gemiddeld vond bij 89,8%, variërend van 23% tot 100% met een mediaan van 95,5%, van de patiënten opgenomen met een acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal binnen 24 uur na opname een scopie plaats. 16 van de 89 ziekenhuizen hebben een steekproef genomen om dit percentage te berekenen. Het aantal patiënten opgenomen wegens acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal, varieerde van 0 tot 212 en was gemiddeld 47 patiënten per instelling.

Figuur 7.3

Aantal patiënten en percentage patiënten met endoscopie binnen 24 uur (n=89)



Ongeveer een derde van de ziekenhuizen scoort 100% op het aantal scopieën binnen 24 uur. Onder de ziekenhuizen die relatief veel (meer dan de p90; de bovenste 10%; voor 2010: 100)

patiënten met acute bloeding het proximale maag-darmkanaal opnemen, is er een grotere spreiding in de resultaten te zien. Het ziekenhuis (LangeLand Ziekenhuis Zoetermeer) met het laagste percentage scopiën binnen 24 uur is een ziekenhuis dat zelf geen 24 uren faciliteiten heeft, maar wel relatief veel (126) patiënten wegens acute bloeding het proximale maag-darmkanaal opneemt.

Bij de indicator is aangegeven dat met de DBC code 403 (11-403-101, 11-403-102, 11-403-103) het aantal acute bloedingen teruggevonden kan worden. Diverse ziekenhuizen hebben daar in de toelichting een opmerking over gemaakt. Zo zou de DBC-diagnose 403 onvoldoende typerend zijn voor de populatie of niet gebruikt worden. Ziekenhuizen die een steekproef hebben genomen geven bij hun selectiecriteria onder andere aan: 'DBC 907', 'indicatie hematemesis/bovenste tractus digestivusbloeding', 'alleen patiënten die via de spoedeisende hulp op de MDL terecht zijn gekomen, in andere gevallen is de aanvraagdatum van opname niet te achterhalen, omdat dit ook telefonisch kan gebeuren'.

Ziekenhuizen die geen steekproef hebben genomen lichten onder andere toe: 'In plaats van DBC's van MDL-arts is gekeken naar DBC's van Interne Geneeskunde. 11.016.1103 11.006.1103 11.901.1103 11.916.1103I', 'alle SEH-patiënten in 2010 met een codering TD-bloeding, anemie of collaps die een endoscopie hebben ondergaan', 'melaena haematemesis bloedbraken', 'Acute bloeders'.

## Aandachtspunten voor MDL en de daarbij horende indicator

### Spoedfuncties bij een specialisme waar een tekort aan bestaat

In 2010 was de Maag-Darm-Leverarts een van de specialismen met veel vacatures (SKIPR, 31 augustus 2010<sup>[49]</sup>). Het capaciteitsorgaan<sup>[50]</sup> komt tot een soortgelijke conclusie, zij het iets anders verwoord. In 10 jaar is het aantal MDL-artsen met 100% toegenomen, bij een vraag-groei van 15-20% per jaar, wat neerkomt op een toename van de vraag over 10 jaar met 515%. Een deel van deze toename komt voor rekening van een verschuiving van werkzaamheden van algemene internisten naar MDL-artsen.

89 ziekenhuizen geven aan te beschikken over een 24uurs service van MDL-artsen. Op basis van deze opgave zou je verwachten dat er 445 MDL-artsen in Nederland waren in 2010<sup>[51]</sup>. Volgens het capaciteitsorgaan waren er 364 in dat jaar. Het Havenziekenhuis Rotterdam en de Ommelander Ziekenhuisgroep (locaties Winschoten en Delftzicht) geven een toelichting waaruit kan worden afgeleid dat zij in 2010 niet of nog niet volledig de beschikking hadden over een 24uurs dienst. Maar zelfs als dat mee wordt genomen is er een 20% onderbezetting, er van uitgaande dat de specialisten egaal verdeeld zijn over de ziekenhuizen, wat niet het geval is. (De 8 academische ziekenhuizen in ieder geval een gemiddeld grotere bezetting dan een algemeen ziekenhuis, maar ook binnende algemene ziekenhuizen varieert het aantal van 1 tot 8). De 80 ontbrekende MDL-artsen kunnen deels opgevangen worden door algemene internisten, deels door een herdefinitie van het aantal fte benodigd voor een 24uurs dienst. Het is ook de vraag of deze functie overal noodzakelijk is. De discrepantie tussen aanwezige bezetting en opgave hoeft dus geen direct probleem te zijn, het zou kunnen betekenen dat ziekenhuizen hier al een voorlopig acceptabel oplossing voor hebben gevonden. Het is echter wel een indicatie van een probleem indien instellingen een functie uitoefenen waar zij de capaciteiten niet voor hebben.

### Controle van opgaven

Elke discussie over indicatoren kent een moment waarop vragen gesteld worden over de betrouwbaarheid van gegevens. Die discussie heeft meerdere functies, het kan de vraag zijn of de data betrouwbaar genoeg zijn om conclusies te dragen. Wanneer het duidelijk is dat er fouten in de aangeleverde data zitten, is dat niet direct een probleem voor de inspectie. Als een instelling zijn data onvoldoende heeft gecontroleerd en dus fouten in de data heeft laten zitten is dat namelijk een prima reden voor een gesprek, het blijft dan de vraag welk inzicht een instelling zelf heeft, als de data niet kloppen. Andere functies van de discussie zijn het verbeteren van de kwaliteit van de indicator of het uitstellen van het moment waarop de data inhoudelijk moet worden bekeken. Vaak komt daarbij de vraag hoe opgaves te valideren zijn. De indicator 24uursdienst bleek bij bezoek aan een instelling

[49] <http://www.skipr.nl/actueel/id5254-tekort-aan-mdl-artsen-nog-steeds-niet-opgelost.html>.

[50] Capaciteitsplan 2010, deelrapport Medisch en klinisch technologische specialisten.

[51] Uitgaande van een minimale formatie van 5 FTE dienstdoende specialisten voor een 24 uur zeven dagen per week dienst, naast volledige 'dag' werkzaamheden. Gebaseerd op een 48urige werkweek met gedeeltelijke compensatie voor nachtdiensten. Dit is conform het model gehanteerd door de NVOG. Zie [www.nvog-documenten.nl](http://www.nvog-documenten.nl).

zeer eenvoudig te controleren. Navraag naar de dienstlijst bij de portier of telefoniste die tot taak heeft om de arts op te roepen, maakt de werkelijke situatie duidelijk. Het is mogelijk om dit soort eenvoudige controles in te bouwen in de werkmethode van de IGZ.

#### Snelheid van spoedinterventies

Dit is het eerste jaar dat er gegevens beschikbaar zijn over het percentage patiënten dat een scopie krijgt binnen 24 uur. Nieuwe indicatoren geven meer inzicht in de normale situatie van de zorg. Bij langer bestaande indicatoren weten ziekenhuizen beter waar zij op moeten letten en wanneer zij opvallend afwijken van het normale patroon. Lang bestaande afwijkingen geven vaak meer inzicht in het vermogen van ziekenhuizen om problemen op te lossen dan in het probleem zelf. Nieuwe indicatoren laten dan ook vaak de maximale variatie zien die in een vakgebied mogelijk is. De spreiding zowel in aantallen als in resultaten is groot. Van 2 patiënten in het Zaans Medisch Centrum Zaandam en 3 in Refaja Ziekenhuis Stadskanaal tot 212 in het Groene Hart Ziekenhuis Gouda en 163 in het HagaZiekenhuis Den Haag. De resultaten variëren ook. Van 23 tot 100%, met een neiging om wat lager te zijn als het aantal patiënten toeneemt (de ziekenhuizen met meer dan 100 scopieën hebben een gemiddelde van 76,6% tegenover gemiddeld 91,5% bij ziekenhuizen met minder dan 100 patiënten). In dit geval zijn er ook weer veel ziekenhuizen die een 100% score hebben. Dit zijn wel overwegend ziekenhuizen die weinig patiënten opgeven, ook in verhouding tot hun omvang (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis Amsterdam, 100% binnen 24 uur, geeft evenveel patiënten op (8) als het veel kleinere Maasziekenhuis Pantein Boxmeer, met 87,5% resultaat). Het Gelre Ziekenhuizen, locatie Apeldoorn geeft aan in 2010 alleen met waarnemers te hebben gewerkt en daarom geen inzicht te hebben in het aantal scopieën binnen 24 uur. Dit geeft wel een verklaring, maar geen geruststelling voor een inspectie.

## 8 Kwetsbare groepen

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 9, pagina 112. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

#### Indicatoren

- Multidisciplinair team kindermishandeling.
- Signalering kindermishandeling.

#### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Kinderen zijn in meerdere opzichten een bijzondere groep. De reservecapaciteit en daarmee de belastbaarheid van kinderen is kleiner dan van volwassenen en de groei van het kinderlichaam stelt ook bijzondere eisen. Ook ondervinden kinderen gezien hun potentieel lange levensduur veel langer last van lange termijn complicaties van behandelingen. Dit alles maakt hen tot een groep die bijzondere aandacht verdient van de inspectie. Eerder in deze uitgave zijn al de indicatoren rond ondervoeding en de beademingsduur bij kinderen aan bod gekomen. Met de indicator rond kindermishandeling heeft de IGZ tot primaire doel de signalering van kindermishandeling in ziekenhuizen te verbeteren.

De omvang van kindermishandeling wordt in de tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen 2010 van Alink<sup>[52]</sup> geschat op 119.000, dit betekent 34 gevallen van kindermishandeling op iedere 1000 kinderen per jaar. Dit getal is hoger dan het aantal van 107.200 in 2005, hetgeen vooral te verklaren is door een grotere alertheid bij professionals. Het betreft met name een stijging van het aantal meldingen van huiselijk geweld en emotionele verwaarlozing. Uit onderzoek van Kuyvenhoven<sup>[53]</sup> blijkt dat er mogelijk 40-50 kinderen per jaar in Nederland overlijden aan de gevolgen van kindermishandeling.

Het signaleren van een vermoeden van kindermishandeling en het vervolgens gericht ondernemen van stappen, is met het oog op zowel korte- als langetermijneffecten erg belangrijk en kan soms zelfs levensreddend zijn voor kinderen. Toch schieten professionals, ook in ziekenhuizen, hierin nog tekort. De IGZ gebruikt de indicator als signaal voor het toezicht op de zorg voor kinderen. Als op dit gebied het bewustzijn achterblijft, bestaat het risico dat het ziekenhuis ook op andere gebieden onvoldoende aandacht heeft voor maatschappelijke factoren die de gezondheid van een kind bedreigen.

In de opbouw van de indicator komen verschillende fases naar voren (zie de aandachtspunten /inleiding). Deze verdeling in fases wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

[52] Alink I., e.a. (2011) *Kindermishandeling in Nederland Anno 2010*. De 2e Nationale Prevalentiestudie. Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Wetenschappelijk onderzoek- en documentatie centrum (WODC), ministerie van VWS, 2011.

[53] Kuyvenhoven MM, Hekkink CF, Voorn TB (1998) *Deaths due to abuse for the age group 0-18 years; an estimate of 40 cases in 1996 based on a survey of family practitioners and pediatricians*. Ned Tijdschr Geneeskd 1998 Nov 14;142(46):2515-8.



## Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Fase 1: het ziekenhuis heeft de beschikking over infrastructuur

Een van de volgende signalen is aanwezig: Er is geen multidisciplinair team kindermishandeling, het team komt minder dan 4 keer per jaar bijeen of een vertrouwensarts van het AMK is afwezig

- Hoe ziet de rest van het systeem eruit om kindermishandeling te signaleren (op de SEH, poli en verpleegafdelingen) en om op een goede manier met de signalen om te gaan?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met andere sociale problemen die invloed hebben op gezondheid van kinderen (zoals overgewicht en lage sociaal economische klasse)
- Hoe scoort het ziekenhuis op de screening op- en behandeling van ondervoeding bij kinderen?
- Hoe gaat het ziekenhuis met andere kwetsbare groepen om (zoals ouderen)?

Fase 3a: het ziekenhuis bespreekt patiënten waarvan gesignaleerd is dat er sprake is van een verhoogd risico.

Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling is relatief laag (voor 2010: minder dan 0,2%)

- Zijn de werknemers (genoeg) opgeleid in het herkennen van de signalen van kindermishandeling?
- Door welke afdelingen zijn vermoedens van kindermishandeling gemeld? Is deze uitkomst een reden om de alertheid van andere specialismen te proberen te vergroten?
- Hoe ziet het systeem voor signaleren er uit?
  - Op welke afdelingen wordt gescreend?
  - Zijn er groepen kinderen waarover weinig of geen informatie beschikbaar is?
- Hoeveel kinderen met een volgens de screening verhoogd risico zijn niet besproken?
- Wordt wel eens onderzoek gedaan naar vals negatieve meldingen?
- Functioneert de meldcode en worden meldingen effectief verwerkt?
- Het AMK publiceert cijfers rondom het aantal meldingen van mishandeling per regio. Weet het ziekenhuis hoe hun cijfers zich verhouden tot die van de regio?
  - Indien van toepassing: Waarom wijkt het ziekenhuis af van de cijfers in de regio?

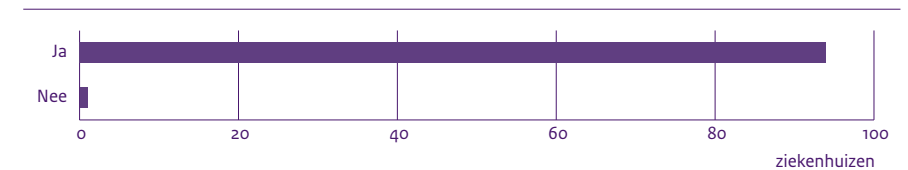
Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling is relatief hoog (voor 2010: meer dan 2,1%)

- Het AMK publiceert cijfers rondom het aantal meldingen per regio. Weet het ziekenhuis hoe hun cijfers zich verhouden tot die van de regio?
  - Indien van toepassing: Waarom wijkt het ziekenhuis af van de cijfers in de regio?
- Bij hoeveel van de gemelde vermoedens van kindermishandeling was dit vermoedens juist (terecht positief)?
- Is de follow-up van de besproken vermoedens van kindermishandeling bekend? En zo ja, hoe is deze verlopen?

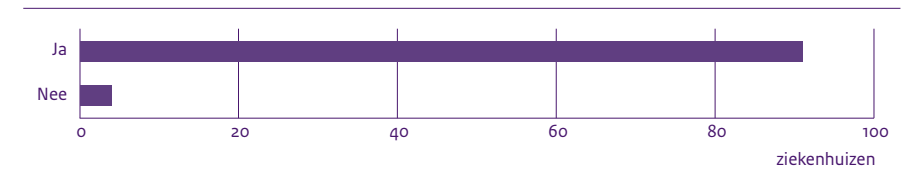
## Resultaten

Figuur 8.1

Samenkomst team 4x per jaar (n=95)



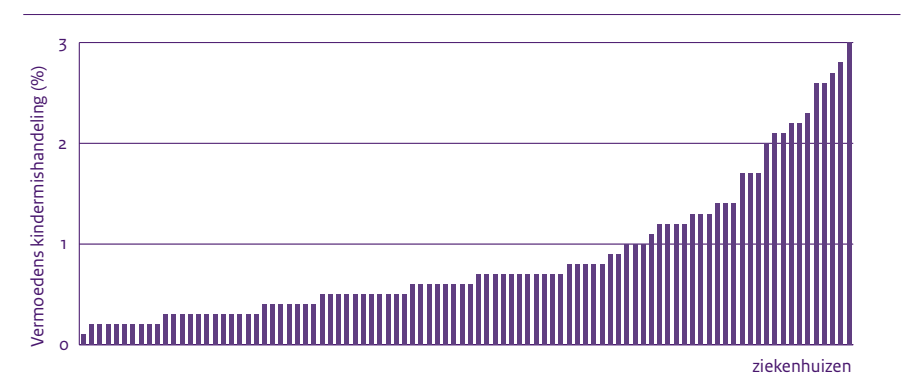
Vertrouwensarts AMK (n=95)



95 ziekenhuizen hebben een multidisciplinair team kindermishandeling (bedoeld om individuele werknemers die met vermoedens van kindermishandeling te maken krijgen te adviseren). 94 van deze teams komen minstens 4 keer per jaar bij elkaar om patiëntencasussen te bespreken. Van alle multidisciplinaire teams kindermishandeling zijn er 4 teams waarbij geen vertrouwensarts van het AMK zitting heeft.

Figuur 8.2

Vermoedens van kindermishandeling bekend bij het team kindermishandeling (n=94)



Van de 95 ziekenhuizen met een team kindermishandeling kon er 1 ziekenhuis geen gegevens aanleveren over het aantal vermoedens van kindermishandeling aangemeld bij het team kindermishandeling. In totaal zijn er in 2010 door de overige ziekenhuizen 8.151



vermoedens van kindermishandeling gemeld, dat is gemiddeld 0,9% van het totaal aantal eerste bezoeken van kinderen tot en met 18 jaar aan de (poli-)klinische afdelingen. Dit percentage loopt uiteen van 0,1 tot 3%, de mediaan ligt op 0,6%.

## Aandachtspunten voor de signalering van kindermishandeling en de daarbij horende indicatoren

### Fases van implementatie

Ook bij deze indicator zijn verschillende fases van de implementatie en daarmee het kunnen sturen op risico's te zien. Er zijn vier eerder besproken fases te onderscheiden: 1) infrastructuur/beleid hebben, 2) toepassen hiervan, 3) gebruiken van resultaten, 4) inzicht hebben in de data en actief gebruiken voor risicobeheersing. Van deze fases komen in de indicatoren rond kindermishandeling de eerste (infrastructuur) en de derde fase (resultaten bespreken in team kindermishandeling) terug. De derde fase kan nog verdeeld worden in 3a) de resultaten intern gebruiken (bespreken in de commissie, zoals gevraagd in de indicator) en 3b) extern gebruiken (na bespreking melden bij instantie die follow-up kan doen (geen indicator)).

### Positief over signaleren kindermishandeling door ziekenhuizen

Zoals de IGZ in oktober 2010 meldde naar aanleiding van het vervolgonderzoek rond kindermishandeling is de inspectie positief over de kwaliteit van het signaleren en melden van kindermishandeling door spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen<sup>[54]</sup>. 'De ziekenhuizen hebben een grote inspanning geleverd om op de afdeling spoedeisende hulp de voorwaarden te realiseren voor een verantwoorde signalering van kindermishandeling. In 2007 voldeed de spoedeisende hulpafdeling van slechts een enkel ziekenhuis aan alle voorwaarden, eind 2009 was dat in alle ziekenhuizen op een enkele uitzondering na het geval. Dit werpt zijn vruchten af: Het aantal meldingen vanuit ziekenhuizen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is gestegen van 500 in 2007 naar 1300 nu (2009). Hiermee is dus zichtbaar dat ook fase 3b van de hiervoor genoemde fases beter geïmplementeerd is.

Ook in de cijfers van 2010 is deze tendens terug te zien. Bij het AMK is het aantal adviesvragen afkomstig van ziekenhuispersoneel in 2010 het sterkst gestegen. Die stijging is volgens het AMK te danken aan de samenwerking met de vertrouwensartsen van het AMK en aan de invoering van SEH-protocollen. Was in 2007 nog 4% en in 2008 6% van de meldingen bij het AMK afkomstig van ziekenhuizen, in 2010 was dit 10%<sup>[55]</sup>.

### Casus Oogziekenhuis Rotterdam

Het Oogziekenhuis Rotterdam is het enige ziekenhuis dat aangaf pas in oktober 2010 een team kindermishandeling te hebben. Ook gaf het Oogziekenhuis aan (nog) geen vermoedens van kindermishandeling te hebben. In het onderzoek wat de IGZ eerder heeft uitgevoerd rond de signalering van kindermishandeling is het Oogziekenhuis als categoriaal ziekenhuis destijds niet opgenomen. Mogelijk is dit een oorzaak dat het ziekenhuis nu achterloopt. Toch is het opvallend voor een ziekenhuis met een kinderoogcentrum en een Spoedeisende Hulp die 24 uur per dag geopend is in een gebied met in 2010 relatief veel

[54] <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/inspectiepositief-oversignalerenkindermishandeling-doorziekenhuizen.aspx>.

[55] <http://www.jeugdzorgnederland.nl/contents/documents/jaarverslag-amk-2010.pdf>.

meldingen bij het AMK van vermoedens van kindermishandeling<sup>[56]</sup> (37 per 1000 kinderen, ten opzichte van 13,9/1000 in de andere delen van Zuid-Holland zonder Den Haag). Het risico is dat het ziekenhuis de (maatschappelijke) risico's van de patiëntenpopulatie niet goed in beeld heeft. Hoe gaat het ziekenhuis bijvoorbeeld met kwetsbare ouderen om? De IGZ kijkt naar aanleiding van een dergelijke uitslag ook naar deze bredere risico's.

#### **Inzicht in de betekenis van het aantal meldingen (begin fase 4)**

Uit de literatuur blijkt dat bij een gestructureerde aanpak van kindermishandeling het aantal meldingen toeneemt<sup>[57]</sup>. Het is echter niet de bedoeling van deze indicator dat het ziekenhuis een bepaald percentage meldingen wil halen, met alle ongewenste gevolgen van dien. Vals positieve meldingen op dit gebied kunnen ook negatieve gevolgen hebben. Het is wel de bedoeling dat ziekenhuizen gestructureerd aandacht besteden aan kindermishandeling en weten wat er rondom kindermishandeling speelt zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Zij dienen zich bewust te zijn van het risico van het missen van signalen. Het risico daarop neemt toe naarmate de discrepantie tussen het voorkomen van kindermishandeling en het aantal meldingen groter wordt. Het ziekenhuis dient dan ook op de hoogte te zijn van de incidentie van kindermishandeling in het adherentiegebied.

[56] <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/jeugd/jeugd-zorg/kindermishandeling-aantal-contacten-per-amk-werkgebied/>.

[57] Sieber-Spelberg, K.L., *Analyse van de werkwijze van ziekenhuizen bij kindermishandeling*. Scriptie TNO Preventie en Gezondheid. Leiden 2002.

## 9 Algemeen kwaliteitsbeleid

De omschrijving van het algemeen kwaliteitsbeleid en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 10, pagina 118. ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

De indicatoren opgenomen in het hoofdstuk algemeen kwaliteitsbeleid richten zich vooral op het waarborgen van voldoende feedback voor medisch specialisten. IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten), jaargesprekken en de complicatieregistraties hebben allen de functie gemeenschappelijk dat ze een medisch specialist voorzien van informatie over de kwaliteit van zijn handelen. Het algemeen kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis is natuurlijk veel groter dan dat. In een latere editie van Het resultaat telt zal daar ook meer aandacht aan worden besteed. Het bevorderen van de kwaliteit van het ziekenhuis als geheel geldt ook de verpleegkundigen, paramedici en vele andere beroepsgroepen, maar bovenal ook de integrale kwaliteit van de zorg die door het gehele ziekenhuis wordt geleverd. Dit jaar beperkt dit hoofdstuk zich tot de medische specialist. Wat zijn de risico's van het onvoldoende werken met complicatieregistraties en het niet of beperkt deelnemen aan IFMS-achtige gesprekken? Bij het volledig ontbreken van gevraagde feedback zou iemand toch terug kunnen vallen op de verplichte structuren als een visitatie of op interne maatschapsoverleggen? De mate waarin het ziekenhuis waarborgen heeft dat die mechanismen voldoende werken is de focus van de vragen in dit hoofdstuk. De kernvraag voor dit jaar is 'krijgt een medisch specialist zoveel gelegenheid voor het ontvangen van feedback dat hij zich zelf tijdig bij kan sturen'. Tijdig in de zin dat eventuele problemen aangepakt wordt vóórdat er sprake is van disfunctioneren en vooral voordat er sprake is van een bedreiging van verantwoorde zorg.

De IGZ wordt regelmatig geconfronteerd met vragen waarom zij niet eerder heeft ingegrepen bij een specialist die een probleem heeft in de samenwerking met andere zorgverleners. Dat is vooral een zaak van diagnostiek. De IGZ houdt toezicht op verantwoorde zorg, niet op verantwoorde omgangsvormen. Het wordt echter steeds duidelijker dat goede samenwerking essentieel is voor verantwoorde zorg. Als de IGZ onderzoek doet naar samenwerking neemt dat vaak de vorm aan van onderzoek naar communicatie. Geven en krijgen zorgverleners van elkaar de informatie die noodzakelijk is voor hun eigen taak. Opvallend daarbij is dat informatieleveranciers vrijwel altijd van mening zijn voldoende informatie te geven en hun ontvangers menen dat zij onvoldoende informatie ontvangen (maar zelf natuurlijk bij terugrapportage wel weer voldoende informatie geven, en zo verder). Het blijkt dat samenwerkingspartners elkaar in de zorg onvoldoende feedback geven over de informatie die zij nodig hebben. Daarom zijn in dit hoofdstuk ook een paar vragen opgenomen over communicatie en het uitwisselen van gegevens.

## Enkele vragen die de inspectie kan stellen bij het ziekenhuizen met opvallende uitslagen bij het algemene kwaliteitsbeleid, gericht op feedback aan medisch specialisten

*Het ziekenhuis heeft weinig complicatieregistraties en voert relatief weinig IFMS en/of jaargesprekken en/of heeft geen regeling voor het mogelijk disfunctioneren van medisch specialisten*

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis (Raad van Bestuur en medische staf) dat medisch specialisten voldoende feedback krijgen?
- Hoe is het beleid van het ziekenhuis rond visitaties? (meedoen, openheid over visitatie-verslagen)
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat tijdig wordt ingegrepen bij disfunctioneren?
- Hoe is de samenwerking tussen medische staf(bestuur) en Raad van Bestuur?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis adequate communicatie o.a. van informatie tussen zorgverleners en afdelingen.
- Heeft het ziekenhuis zicht op het aantal VIM-meldingen over communicatie?
- Worden calamiteiten onderzocht op het optreden van communicatiefouten?

## 9.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 10, vanaf pagina 119, ([www.igz.nl/onderwerpen](http://www.igz.nl/onderwerpen))

### Indicatoren

- Jaargesprekken.
- Individueel Functioneren van Medische Specialist (IFMS).
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's

Een goed feedbacksysteem is voor iedere professional essentieel om goed te blijven functioneren. De mate en snelheid van invoering van dit functioneringssysteem binnen de ziekenhuisorganisatie is een indicatie van de cultuur binnen een instelling. Wanneer gesprekken over het functioneren passen binnen de cultuur van een instelling, kunnen mogelijke problemen eenvoudiger besproken worden. De bijzondere positie van medisch specialisten binnen een instelling vraagt om een passende aanpak. Voor het organiseren van feedbackgesprekken met medisch specialisten bestaan twee systemen: het jaargesprek, vooral ingevoerd in academische ziekenhuizen en ziekenhuizen waar specialisten in dienstverband zijn, en het systeem voor het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS), vooral gericht op vrijgevestigde specialisten. De IGZ maakt voor het vaststellen van indicaties voor een gesprek geen onderscheid tussen deze systemen. Overigens is het hebben van een systeem niet verplicht.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

*Jaargesprekken en IFMS zijn geen van beide ingevoerd of actief in gebruik*

- Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
- Wat zijn of waren de hindernissen bij het invoeren van structurele gesprekken over het functioneren van medisch specialisten?

*De deelname aan beide systemen is relatief laag (voor 2010: jaargesprek lager dan 13,2%, IFMS hoger dan 7,1%)*

- Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
- Wat zijn of waren de hindernissen bij het uitbreiden van structurele gesprekken over het functioneren van medisch specialisten?

*De deelname aan beide systemen is relatief hoog (voor 2010: jaargesprek 100%, IFMS hoger dan 63,4%)*

- Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen?
  - Zo ja, waarom nemen deze groepen of individuen geen deel?
  - Zo ja, is er overeenstemming over de reden waarom deze groepen of individuen niet deelnemen?

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de kwaliteit van de gesprekken?
- Met wie wordt gesproken?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van input van patiënten?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van input van andere professionals?
- Heeft het ziekenhuis het volledige systeem ingevoerd?
- Hoe bepaalt het ziekenhuis wie aan welk systeem deelneemt?

*Een identiek aantal specialisten neemt deel aan beide systemen*

- Hoe geeft het ziekenhuis de gesprekken vorm?
- Zijn jaargesprekken en het IFMS beiden ingevoerd?
- Welke rol speelt het afdelingshoofd bij de gesprekken?

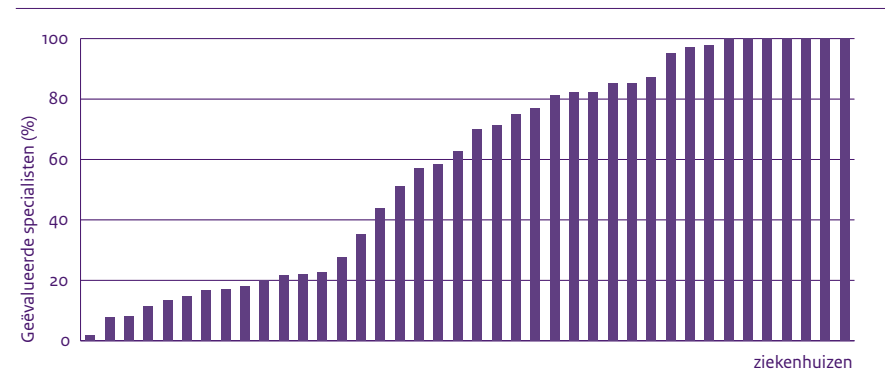
*Het ziekenhuis voert alleen jaargesprekken uit*

- Welke informatie verzamelt het ziekenhuis over het functioneren van de specialist voordat het jaargesprek plaatsvindt en hoe gebeurt dat?
- Door wie wordt het gesprek gevoerd?

## Resultaten

Figuur 9.1.1

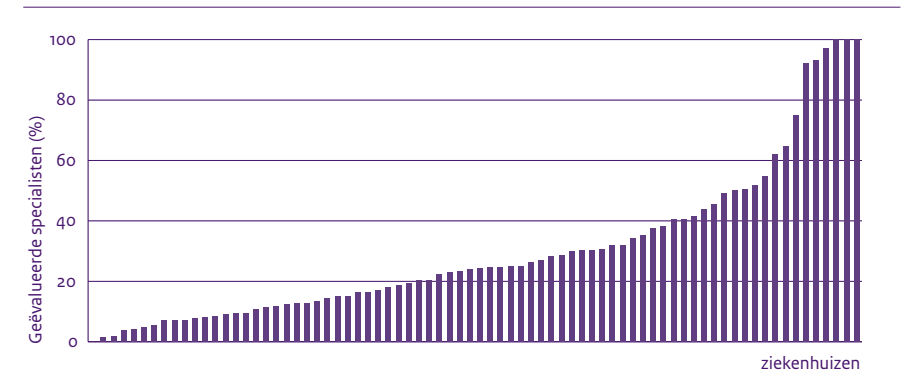
Percentage specialisten dat aan een jaargesprek heeft deelgenomen (n=40)



40 ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd. In deze ziekenhuizen nam in 2010 bijna de helft van de specialisten aan een jaargesprek over het inhoudelijk functioneren deel. De spreiding loopt van 1,9 tot 100% (gemiddeld 58%, mediaan 66,4%).

Figuur 9.1.2

Percentage specialisten dat aan een IFMS-evaluatiegesprek heeft deelgenomen (n=78)



77 ziekenhuizen geven aan het IFMS in volle omvang ingevoerd te hebben. Het percentage specialisten dat in 2010 aan een IFMS-gesprek heeft deelgenomen, is bekend van 76 ziekenhuizen (in 2009 waren dit 56 ziekenhuizen). Gemiddeld nam 30% (mediaan 24,2%) van de specialisten deel aan een IFMS-gesprek met een spreiding van 0 tot 100%. Vergeleken met 2009 zijn er totaal 2,5 keer zoveel IFMS gesprekken gevoerd.

8 ziekenhuizen hadden in 2010 nog geen IFMS of jaargesprekken gevoerd. Daarnaast geven 20 ziekenhuizen aan zowel jaargesprekken als IFMS gesprekken te voeren, 7 van deze ziekenhuizen hebben exact even veel jaargesprekken als IFMS gesprekken gevoerd.

3 ziekenhuizen (Erasmus MC Rotterdam, UMC St Radboud Nijmegen, UMC Utrecht) hebben aangegeven dat zij geen regeling hebben ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Het Erasmus en het UMC St Radboud Nijmegen vermelden in 2011 mogelijk een regeling te treffen die de bestaande regelgeving aanvult. Het UMC Utrecht licht toe dat het huidige beoordelingsbeleid voldoende voorziet in het verbinden van gevolgen aan het ondermaats functioneren van medisch specialisten. Alle overige ziekenhuizen hebben wel een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist en gebruiken deze regeling elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed. Alleen het Refaja Ziekenhuis Stadskanaal geeft aan deze regeling nog niet gebruikt te hebben omdat de situatie zich nog niet heeft voorgedaan.

## **Aandachtspunten voor de evaluatie van het functioneren van medisch specialisten en de daarbij horende indicatoren**

### **Twee vormen van gesprekken. Twee doelen, één resultaat?**

In de indicator over gesprekken over het individueel functioneren zijn twee typen gesprekken opgenomen met een verschillende inhoud. Eén gesprek heeft veel weg van het normale functioneringsgesprek dat veel werknemers kennen, het jaargesprek. Hierbij richt het gesprek zich op verbetering van het functioneren en soms op het constateren dat er problemen zijn in het functioneren. Het is een gesprek in een hiërarchische verhouding, zonder automatische inbreng van de mening van anderen. IFMS kent geen hiërarchie, is gericht op individuele ontwikkeling, maar wel in relatie met anderen, wiens mening expliciet wordt gevraagd. De scheiding van de types van gesprekken leidt ook tot misverstanden, zoals de uitspraak van de voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg dat slechts 19% van de specialisten deelnam aan het IFMS. Hij vond dat bizar weinig. Onvermeld bleef dat bijna 50% van de specialisten deelnam aan jaargesprekken, zodat het totaal uitkwam op ongeveer 32% van alle specialisten. Dit jaar is zowel het aantal ziekenhuizen groter geworden als de deelname. In totaal doen in 2010 44% van alle specialisten mee aan ten minste één gesprek in de afgelopen twee jaar. Zijn de twee systemen nu zonder meer op te tellen? Los van hiërarchische verhoudingen hebben de beide systemen een doel gemeen: bevorderen van het functioneren. Als dat het doel is, zijn de resultaten van beide systemen op te tellen tot 45%. Als het doel is het identificeren van disfunctioneren dan kan dat niet. De Orde van Medisch specialisten meldt ook in het IFMS rapport dat het IFMS niet geschikt is voor het opsporen van disfunctioneren. De resultaten van de IFMS indicator wijzen daar ook op. Op dit moment functioneert het IFMS als een instrument voor voortrekkers ('early adopters') binnen de groep van vrijgevestigde medisch specialisten. Op dit moment is er dan ook geen indicator in gebruik die de IGZ in staat stelt individueel disfunctioneren op te sporen. Gelukkig is individueel disfunctioneren van specialisten zo zeldzaam dat de kans klein is dat het op instellingsniveau in de indicatoren zichtbaar wordt. Wat wel zichtbaar wordt zijn ziekenhuizen waar het meer moeite kost om een systeem in te voeren voor het bespreken van individueel functioneren. Dat kan wel een indicator zijn van systematisch disfunctioneren.

### **Zijn signalen rond gebrekkig functioneren te combineren?**

Een assistent uit een groot ziekenhuis in de Randstad meldde dat een achterwacht systematisch weigerde in huis te komen als hij/zij 's nachts werd gebeld. Dit was bekend onder de hele assistentengroep en ook bij de Raad van Bestuur. Desgevraagd werd ook verteld dat assistenten nooit werd gevraagd om feedback over achterwachten vanuit het ziekenhuis. Bij onderzoek bleek ook het ziekenhuis ver achter te blijven bij het invoeren van het IFMS. Het behoorde zowel bij de jaargesprekken als bij de invoering van het IFMS tot de laagste tien procent. Het lag dan ook voor de hand om een signaal van een arts-assistent te zien als een onderdeel van een patroon. Het vervelende van een dergelijk patroon is dat het meer elementen bevat. Angst voor de gevolgen van een dergelijke uitlating is daar één van. De ervaring uit andere ziekenhuizen leert dat het zich kritisch uitlaten over het eigen ziekenhuis naar de inspectie inderdaad samen kan gaan met ontslag. Samengaan omdat

het niet direct te bewijzen viel dat de uitlating van de assistent direct had geleid tot ontslag. Ook hier bestond angst voor schade aan een verdere carrière. Een dergelijke combinatie van signalen geeft een aardig beeld van de cultuur van een ziekenhuis. Het is belangrijk om een Raad van Bestuur aan te spreken op zijn verantwoordelijkheid hierin verandering te brengen.

## 9.2 Complicatieregistratie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2010 hoofdstuk 10, pagina 124. (www.igz.nl/onderwerpen)

### Belang van de indicator / Wat zijn de risico's?

Een goede complicatieregistratie draagt bij aan verantwoorde zorg. Door ongewenste uitkomsten van zorg bij te houden, kan een ziekenhuis patronen herkennen die anders over het hoofd worden gezien. Het goed bespreken van de resultaten kan aanknopingspunten opleveren om de zorg te verbeteren. Voorbeelden van complicatieregistraties in andere hoofdstukken zijn surveillance van ziekenhuisinfecties (hoofdstuk 6.1), visitatie en de specifieke systemen voor de evaluatie van het inbrengen van pacemakers (hoofdstuk 5.2), de colorectale audit (hoofdstuk 4.3, DSCA), cataractregistratie (hoofdstuk 1.3) en de NICE voor intensive care (hoofdstuk 3). Dit hoofdstuk biedt een overzicht van veel<sup>[58]</sup> registraties die een ziekenhuis kan voeren. Met deze indicator kan de inspectie een beoordeling maken van de cultuur in een ziekenhuis op het gebied van het evalueren van zorg.

### Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het aantal registraties is relatief laag (meer dan 2 vakgroepen hebben geen registratie)

- Welk beleid heeft het ziekenhuis voor de registratie van complicaties?
- Welk beleid voert de medische staf?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met vakgroepen die complicaties niet registreren?
- Hoe wordt het gebruik van gegevens uit registraties bevorderd?

Het aantal registraties is relatief hoog (voor 2010: 100%)

- Welk beleid heeft het ziekenhuis voor de registratie van complicaties?
  - Worden er door het ziekenhuis minimale eisen gesteld aan de kwaliteit van de registraties?
- Welk beleid voert de medische staf hierin?
  - Welke minimale eisen worden er door de staf gesteld aan de kwaliteit van de registraties?
  - Welke minimale eisen worden er door de staf gesteld aan het gebruik van de gegevens.

De vakgroep plastische chirurgie of neurochirurgie heeft geen complicatieregistratie

- Wat is het beleid voor het toelaten van specialisten tot het ziekenhuis?
  - Welke minimale kwaliteitseisen stelt het ziekenhuis?
  - Bij welke landelijke ontwikkelingen moet een vakgroep zich aansluiten?

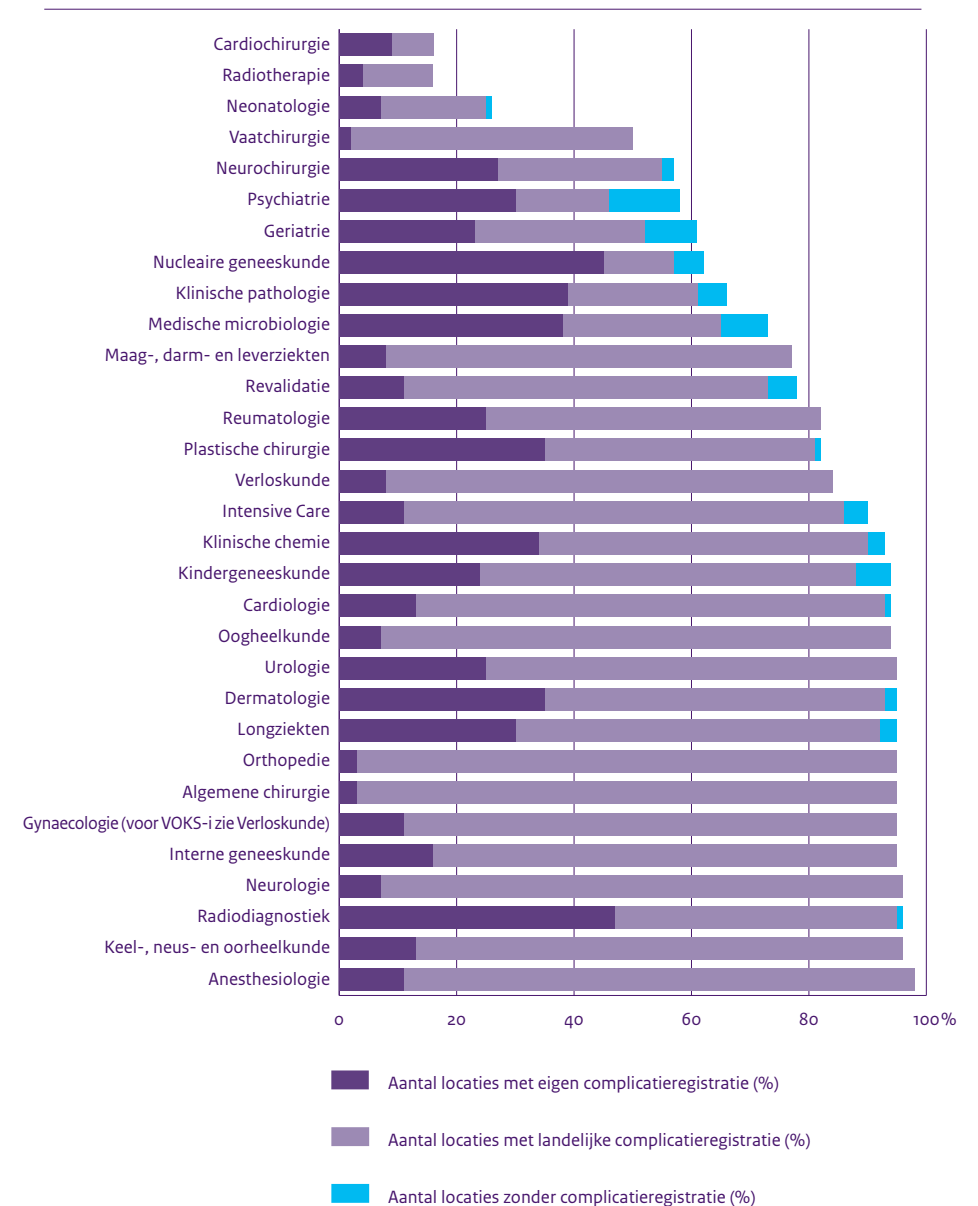
[58] Het streven van deze indicator was om een overzicht te geven van alle registraties die een ziekenhuis kan voeren. De ontwikkelingen rond deze registraties zijn de laatste jaren zo snel gegaan dat de enige claim

kan zijn dat de indicator alle complicatiegerelateerde registraties bevat die bekend waren bij de IGZ op 1 april 2009.

## Resultaten

Figuur 9.2.1

Complicatieregistratie per specialisme





De grafiek laat de verdeling van het absolute aantal registraties zien per specialisme. Alle specialismen hebben een vorm van landelijk gedefinieerde complicatieregistratie.

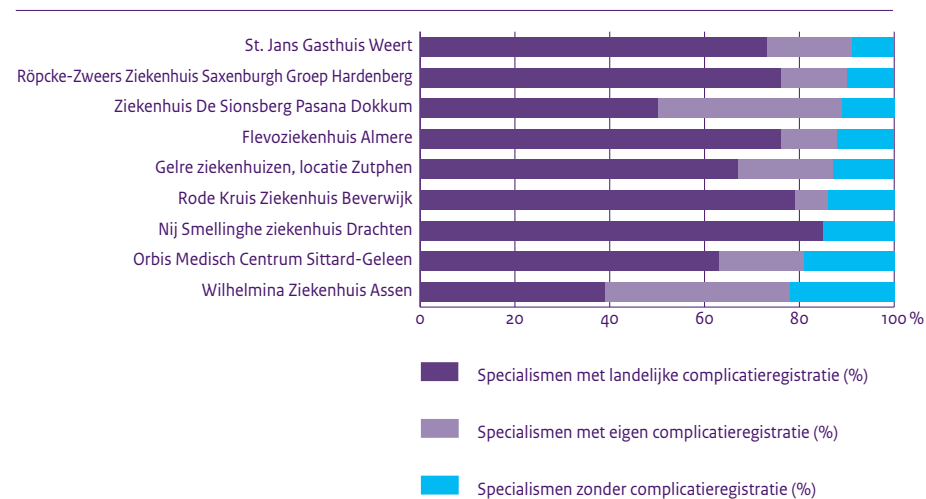
Psychiatrie is het specialisme waarbinnen zowel absoluut als relatief gezien het grootste aantal ziekenhuizen niet aan een complicatieregistratie deelneemt. Als een ziekenhuis wel een complicatieregistratie heeft is Psychiatrie tevens het specialisme waarbij relatief de meeste ziekenhuizen (6,1%) aangeven de registratie niet te gebruiken en geen enkel ziekenhuis antwoord de complicatieregistratie wekelijks te gebruiken voor bespreking. Ook van de complicatieregistraties van Revalidatie, Nucleaire geneeskunde en Klinische pathologie wordt relatief weinig gebruikgemaakt

Dit in tegenstelling tot Algemene chirurgie, waarbij bijna ieder ziekenhuis aan de landelijke registratie meedoet met het hoogste percentage ziekenhuizen (44,2%) die aangeven deze registratie wekelijks te gebruiken.

Ook de complicatieregistraties van Cardiochirurgie worden goed gebruikt, 43,8% van de (16) ziekenhuizen gebruikt deze wekelijks.

Figuur 9.2.2

Relatief minste aantal complicatieregistraties per ziekenhuizen



Ongeveer 60% van de ziekenhuizen heeft bij ieder specialisme waarover zij beschikken aangegeven een complicatieregistratie te voeren. Van alle ziekenhuizen heeft het Wilhelmina Ziekenhuis Assen relatief gezien voor de meeste specialismen geen complicatieregistratie, zoals te zien in de grafiek met de 10 ziekenhuizen (p90) die relatief gezien aan de minste complicatieregistraties meedoen.

## Aandachtspunten voor complicatieregistraties en de daarbij horende indicator

### Complicatieregistratie belangrijk bij risicosturing

Er is een directe relatie tussen risicobeheersing en complicatieregistraties. Bij alle stappen in het in de inleiding beschreven proces, risico-inschatting, -beoordeling en -beheersing spelen complicaties en complicatieregistraties een belangrijke rol. Het is onmogelijk om in een zeer complexe omgeving te weten wat de grootste risico's zijn in het eigen ziekenhuis zonder een goede registratie van complicaties. Zonder goede referentiegegevens is het vervolgens ook niet mogelijk om in te schatten of er sprake is van een structureel probleem dat aandacht behoeft. Eén van de mechanismen voor risicobeheersing is zorgverleners systematisch feedback te geven over hun complicaties. Kortom de IGZ hecht grote waarde aan complicatieregistraties als een risicobeheersinginstrument. Het is dan ook verheugend dat er vergeleken met vorig jaar meer ziekenhuizen zijn die voor alle specialismen die zij in huis hebben een complicatieregistratie voeren. Het woord registratie is niet helemaal gelukkig gekozen. Het begrip clinical audit wat de laatste jaren sterk in opkomst is geeft veel beter weer wat de bedoeling is. Niet het vastleggen van complicaties, maar het goed gebruik van de gegevens staat op de voorgrond. Eén van de belangrijkste redenen voor het opheffen van de specifieke indicator voor complicatieregistraties is dat audits/registraties een vast onderdeel (moeten) vormen van het proces waar zij over gaan. In de afgelopen jaren is bij veel zorgspecifieke indicatoren een audit of specifieke registratie ingevoerd. In het vervolg zal de nadruk van het toezicht daar liggen.

### Goed gebruik van registratie is belangrijk

In de indicator wordt naast het hebben van een complicatieregistratie ook gevraagd naar de frequentie van het gebruik van de gegevens (niet, ad hoc, maandelijks of wekelijks). De vraag rees of ziekenhuizen die niet bij al hun specialismen een complicatieregistratie voeren, de complicatieregistratie die ze wel hebben intensiever gebruiken. Wellicht hebben deze ziekenhuizen bewuste keuzes gemaakt om de aandacht op een aantal complicatieregistraties te leggen en deze dan ook intensief te gebruiken (bijvoorbeeld door de registratie vaker wekelijks te gebruiken dan maandelijks of ad hoc). Dit is niet het geval binnen de steekproef waar dit nader is bekeken. De ziekenhuizen die relatief laag scoorden in het percentage specialismen waarvoor zij een complicatieregistratie voerden, gebruikten deze registraties niet vaker en regelmatig zelfs minder vaak dan andere in grootte vergelijkbare ziekenhuizen met meer registraties. Er lijkt dus geen reden te zijn om te focussen op een kleiner aantal registraties. Ziekenhuizen moeten voor alle specialismen die zij in huis hebben beschikken over een relevante complicatieregistratie of audit. Overigens geldt voor specialismen waarbinnen alle vakgroepen (ziekenhuizen) melden een registratie te hebben, deze vakgroepen ook melden de registratie vaker te gebruiken. De drie snijdende specialismen die in 2010 de minste complicatieregistraties hadden (urologie, neurochirurgie en plastische chirurgie) zijn ook de snijdende specialismen waarbij de registratie het vaakst niet of alleen ad hoc wordt gebruikt.





