



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Kwaliteits- indicatoren

# 2012

## Basisset ziekenhuizen

In samenwerking met

NVZ Vereniging van ziekenhuizen

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

OMS Orde van Medisch Specialisten

Utrecht, juli 2011

Voor algemene informatie over kwaliteitsindicatoren en een digitale set indicatoren verwijzen wij u naar de websites [www.igz.nl](http://www.igz.nl) en [www.ziekenhuizentransparant.nl](http://www.ziekenhuizentransparant.nl).

# Inhoud

Inleiding	7
Gebruikershandleiding	13
Indicatoren	17
<b>1 Operatief proces</b>	<b>18</b>
<b>1.1 Pijn na een operatie</b>	<b>20</b>
1.1.1 Indicator Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten	20
1.1.2 Indicator Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	22
<b>1.2 Heupfractuur</b>	<b>24</b>
1.2.1 Indicator Percentage heupfractuur geopereerd binnen kalenderdag	24
1.2.2 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	27
<b>1.3 Herstel achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer door middel van een vitrectomie</b>	<b>29</b>
1.3.1 Indicator Herstel achterkamerruptuur	29
<b>1.4 Stopmoment IV: Time-out</b>	<b>31</b>
1.4.1 Indicator Time-out	31
<b>2 Spoedprocessen</b>	<b>32</b>
<b>3 Verpleegkundige zorg</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Decubitus en huidletsels door incontinentie</b>	<b>34</b>
3.1.1 Indicator Puntprevalentie decubitus en huidletsels door incontinentie ziekenhuisbreed	35
3.1.2 Indicator Incidentie decubitus en huidletsels door incontinentie bij een homogene patiëntenpopulatie	36
<b>3.2 Ondervoeding</b>	<b>38</b>
3.2.1 Indicator Screening op ondervoeding	39
3.2.2 Indicator Behandeling van ondervoeding	42

<b>3.3 Delirium</b>	<b>45</b>
3.3.1 Indicator Deliriumbeleid bij klinische patiënten	46
3.3.2 Indicator Risico op delirium	47
3.3.3 Indicator Screening op en observatie van delirium	49
<b>4 Intensive care</b>	<b>51</b>
<b>4.1 Structuur van de intensive care-afdeling</b>	<b>52</b>
4.1.1 Indicator Niveau-indeling van de intensive care	52
4.1.2 Indicator Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd	53
4.1.3 Indicator Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling	54
<b>4.2 Beademingsuren</b>	<b>55</b>
4.2.1 Indicator Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling	55
<b>4.3 NICE</b>	<b>57</b>
4.3.1 Indicator NICE deelname en aanlevering	57
<b>5 Oncologie</b>	<b>58</b>
<b>5.1 Samenwerking</b>	<b>60</b>
5.1.1 Indicator Multidisciplinair overleg (MDO)	60
<b>5.2 Borstkanker</b>	<b>62</b>
5.2.1 Indicator Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	62
5.2.2 Indicator Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD	64
5.2.3 Indicator Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)	65
<b>5.3 Longchirurgie</b>	<b>67</b>
5.3.1 Indicator Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd	67
<b>5.4 Gastro-intestinaal</b>	<b>69</b>
5.4.1 Indicator Deelname aan de DUCA	69
5.4.2 Indicator Resectie van de pancreas of delen hiervan	70
5.4.3 Indicator Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom	72
5.4.4 Indicator Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)	74

<b>5.5 Blaascarcinoom</b>	<b>76</b>
5.5.1 Indicator Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom	76
<b>5.6 Medicatieveiligheid</b>	<b>78</b>
5.6.1 Indicator Volledigheid van gegevens van een cytostaticum-aanvraag	78
5.6.2 Indicator Vrijgifte van cytostatica	79
<b>5.7 Radiotherapie</b>	<b>80</b>
5.7.1 Indicator Positioneringscontrole bij prostaatbehandelingen	80
<b>6 Hart en vaten</b>	<b>82</b>
<b>6.1 Volume van risicovolle interventies</b>	<b>83</b>
6.1.1 Indicator Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties	83
<b>6.2 Sterfte na eerste consult</b>	<b>84</b>
6.2.1 Indicator Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie	84
<b>6.3 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)</b>	<b>86</b>
6.3.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI	86
<b>6.4 Evaluatie na inbrengen pacemakers</b>	<b>90</b>
6.4.1 Indicator Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens	90
6.4.2 Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers	91
<b>6.5 Cerebrovasculair accident (CVA)</b>	<b>93</b>
6.5.1 Indicator Door-to-needle time trombolyse	93
<b>7 Infectieziekten</b>	<b>95</b>
<b>7.1 Ziekenhuisinfecties</b>	<b>96</b>
7.1.1 Indicator Surveillance van ziekenhuisinfecties	96
<b>7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)</b>	<b>99</b>
7.2.1 Indicator Gebruik scoresysteem CAP	99

<b>8</b>	<b>Maag-darm-lever (MDL)</b>	<b>101</b>
<b>8.1</b>	<b>MDL-infrastructuur</b>	<b>102</b>
8.1.1	Indicator Dienstenstructuur	102
8.1.2	Indicator Digitale verslaglegging endoscopie	103
<b>8.2</b>	<b>Snelheid uitvoeren scopie</b>	<b>104</b>
8.2.1	Indicator MDL-scopie binnen 24 uur	104
<b>9</b>	<b>Verloskunde</b>	<b>106</b>
<b>9.1</b>	<b>De spontane bevalling</b>	<b>106</b>
9.1.1	Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	106
<b>9.2</b>	<b>Audit van perinatale zorg</b>	<b>108</b>
9.2.1	Indicator Mate van invoering perinatale audits	109
<b>10</b>	<b>Kwetsbare groepen</b>	<b>110</b>
<b>10.1</b>	<b>Infrastructuur signalering kindermishandeling</b>	<b>112</b>
10.1.1	Indicator Multidisciplinair team kindermishandeling	113
<b>10.2</b>	<b>Signalering kindermishandeling</b>	<b>114</b>
10.2.1	Indicator Signalering kindermishandeling	114
<b>11</b>	<b>Algemeen kwaliteitsbeleid</b>	<b>115</b>
<b>11.1</b>	<b>Evalueren van het functioneren van medisch specialisten</b>	<b>116</b>
11.1.1	Indicator Jaargesprekken	117
11.1.2	Indicator IFMS	118
<b>11.2</b>	<b>Disfunctioneren medisch specialisten</b>	<b>120</b>
11.2.1	Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	120
	<b>Bijlagen</b>	<b>121</b>
	Wijzigingen basisset 2012 ten opzichte van 2011	122

## Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt kwaliteitsindicatoren om te bepalen welke zorgprocessen in een ziekenhuis extra aandacht behoeven of om nader onderzoek vragen. Hiertoe brengt de inspectie jaarlijks de basisset Kwaliteitsindicatoren uit, voor u ligt alweer de tiende jaargang.

Een zorgproces kan om meerdere redenen opvallen, de inspectie noemt dat een inspectie-indicatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de uitslag van een indicator die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Dit kan zijn omdat iets opvallend vaak of juist opvallend weinig voorkomt. Ook kunnen meerdere op zich niet sterk afwijkende uitslagen samen een indicatie vormen voor nader onderzoek. Daarbij kunnen ook gegevens uit andere IGZ-onderzoeken worden betrokken en zelfs gegevens van andere rijksinspecties. Uit het enkele feit dat er een inspectie-indicatie bestaat, mag worden afgeleid dat er een bijzondere situatie bestaat die nader onderzoek behoeft. Wat echter niet mag worden afgeleid is dat er dan sprake is van onverantwoorde zorg. Die conclusie kan alleen worden getrokken na aanvullend onderzoek. Dat onderzoek kan het gehele onderliggende zorgproces van de indicator betreffen.

In de basisset 2012 is een aantal wijzigingen doorgevoerd. De voornaamste daarvan is dat de indicator complicatieregistratie is vervallen. Dit is niet omdat de IGZ minder waarde hecht aan de registratie van complicaties of omdat alle ziekenhuizen in 2010 voor alle gevraagde registraties een perfecte score hebben. De reden is wel dat het aantal gevraagde registraties te groot is om toezicht mogelijk te maken op de individuele registraties. Het aantal variabelen stond in geen juiste verhouding. Het beleid is daarom om alleen registraties op te nemen bij specifieke inhoudelijke onderwerpen. Een voorbeeld daarvan is de DSCA die opgenomen is bij de ingrepen aan de dikke darm. Een ander voorbeeld is de mamma-registratie (DBCA) die dit jaar voor het eerst is opgenomen bij de indicatoren voor de zorg voor borstkankerpatiënten. Dit beleid is in de basissets voor 2009 en 2010 getest en is nu de standaard voor de opname van registraties in de basisset.

Een indicator voor de audit van de perinatale zorg is toegevoegd. De indicator voor sterfte na een myocardinfarct was een van de oudste in de basisset en moest aangepast worden. In 2010 is de indicator voor de sterfte na een PCI aan de set toegevoegd, maar deze stelde vragen die een duidelijke relatie hadden met de indicator voor sterfte na een myocardinfarct. In overleg met de Nvvc zijn de beide indicatoren daarom vervangen door één samenhangende indicator die het proces van de patiënt volgt, beginnend bij de zorg in de ambulance. De indicatoren voor de oogheelkunde zijn vervangen door één indicator die vraagt naar de hersteloperatie na een complicatie bij een cataractoperatie, de vitrectomie. Deze indicator maakt onder andere gebruik van gegevens uit het DOT-systeem. Gezien de mogelijke problemen bij het registreren van deze indicator is deze voor 2012 facultatief. De indicator voor de tijdigheid van de toediening van antibiotica bij pneumonie (longontsteking) wordt in 2011 vervangen door een indicator voor het gebruik van een adequaat scoringsstelsel voor het inschatten van de ernst van de pneumonie.

Al deze veranderingen zijn het resultaat van overleg met alle partijen betrokken bij deze set. De nieuwe indicatoren zijn dit jaar allen voorgedragen door een of meer wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten.

#### Hoe komen de indicatoren tot stand?

Indicatoren worden jaarlijks vastgesteld door de IGZ na overleg met de organisaties van de instellingen en professionals waar de IGZ direct toezicht op houdt. Dat zijn de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde). Het vaststellen van de indicatoren gebeurt op basis van een voorstel dat is voorbereid door groepen deskundigen uit onder andere wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten of de koepel van verpleegkundigen V&VN. Ook vindt afstemming plaats met Zichtbare Zorg omdat het streven is om overlap in indicatoren waar mogelijk te vermijden. Als er wel overlap is, worden de indicatoren zoveel mogelijk gelijk gehouden, behoudens het onderdeel wat specifiek voor het toezicht noodzakelijk is.

Veel indicatoren hebben betrekking op een proces dat multidisciplinair is. Daarom hebben die indicatoren een accounthouder, die contacten onderhoudt met andere partijen die een rol spelen bij de ontwikkeling van deze indicator. De keuze om een nieuwe indicator in de basisset op te nemen, is de verantwoordelijkheid van de IGZ.

De keuze wordt gemaakt in goed overleg met de inspecteur-accounthouders en met vertegenwoordigers van de samenwerkingspartners in de basisset. Het hele proces, vanaf het eerste voorstel tot aan het moment van het starten van de eerste registratie, beslaat ongeveer twee jaar.

Het is het vaste voornemen om indicatoren, nadat ze zijn opgenomen in de set, niet meer te wijzigen na de start van het registratiejaar tenzij evidente fouten of totaal veranderde omstandigheden een goede registratie onmogelijk maken. Als het toch nodig blijkt, zal in het najaar van 2011 een erratum worden gepubliceerd op de website [www.ziekenhuizentransparant.nl](http://www.ziekenhuizentransparant.nl).

#### Verzamelen van data

Bij het opstellen van de indicatoren is zoveel mogelijk getracht methoden te standaardiseren. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om de indicatoren voor decubitus, pijn, ondervoeding en delirium in één keer te verzamelen. Dit reduceert de belasting die een indicator oplegt aan het ziekenhuis. Die gezamenlijke manier van gegevensverzameling is natuurlijk niet verplicht.

Ziekenhuizen dienen de data voor 15 april 2013 aan te leveren op de site [www.ziekenhuizentransparant.nl](http://www.ziekenhuizentransparant.nl). De gegevens worden op 1 juni 2013 openbaar.

#### Indeling

De kwaliteitsindicatoren in de basisset zijn ingedeeld onder grotere zorgprocessen. In de tabel kunt u zien welke processen dat zijn. De grote zorgprocessen staan in de bovenste rij, de indicatoren in de linkerkolom. Bij elke indicator staan mogelijk meerdere kruisjes en

elke indicator heeft een 'V' in een donker vakje. De kruisjes geven aan dat de indicator een rol speelt in het betreffende zorgproces. Omdat de meeste indicatoren een rol spelen in meerdere zorgprocessen, zijn er meerdere kruisjes per indicator. Het zorgproces waar de indicator de grootste rol in speelt, heeft een donker vakje gekregen. Elke indeling van indicatoren blijft tot op zekere hoogte arbitrair, immers een indicator voor postoperatieve pijn te meten op een verpleegafdeling is een indicator voor het operatieve proces, maar ook voor de wijze waarop verpleegafdelingen functioneren.

Onderwerp	Indicatoren	Grote zorgprocessen																	
		Operatief proces	Interventies	Medicatieprocessen	Spoedprocessen	Verpleegkundige zorg	Intensive care	Polikliniek	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	MDL	Kinderen	Ouderen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Volume	Perinatale zorg
Anesthesie	Percentage pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkoever	V				X											X		
	Percentage pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling	V				X											X		
	Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	V				X											X		
Traumatologie	Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is	V			X					X						X	X		
	Heroperaties bij een heupfractuur	V								X						X			
Oogheelkunde	Vitrectomie	V														X			
Pre- en peroperatieve richtlijn	Time-out	V	X														X		
Decubitus	Puntprevalentie decubitus en huidletsels door incontinentie ziekenhuisbreed	X				V				X					X	X			
	Incidentie decubitus en huidletsels door incontinentie	X				V										X	X		
Ondervoeding	Screening op en percentage van ondervoeding bij volwassenen	X				V		X				X		X					
	Screening op en percentage van ondervoeding bij kinderen	X				V		X					X	X					
	Behandeling van ondervoeding bij volwassenen	X				V		X					X		X				
	Behandeling van ondervoeding bij kinderen	X				V		X					X	X					
Delirium	Deliriumbeleid bij klinische patiënten	X				V										X			
	Risico op delirium	X				V										X			
	Screening op en observatie van delirium	X				V										X			
Intensive care (IC)	Niveau-indeling van de intensive care					X	V	X	X									X	
	Kwaliteitsvisiting						V												
	Intensivisten						V												
	Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling					X	V												
	NICE deelname en aanlevering					X	V												
Mammacarcinoom	Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	X						V											
	Multidisciplinair overleg (MDO)	X						V											
	Elektronische beschikbaarheid van het verslag mammabespreking	X						V											
	Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)	X						V				X							
Longcarcinoom	Volume anatomische longresecties	X						V				X						X	
	Multidisciplinair overleg (MDO)	X						V				X							
Pancreascarcinoom	Resectie van de pancreas of delen hiervan	X				X		V					X					X	
Colorectale tumoren	Heroperaties bij een colorectaal carcinoom	X						V					X						
	Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)	X						V					X						
	Multidisciplinair overleg (MDO)	X						V					X						
Urologische tumoren	Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom	X						V											
	Radiotherapie: Positioneringscontrole bij prostaatbehandelingen							V											
	Multidisciplinair overleg (MDO)	X						V											
Upper GI-carcinoom	Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA)	X						V				X							
Medicatieveiligheid	Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag			X				V											
	Vrijgifte van cytostatica			X				V											
Aandoening aan de vaten	Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties	X			X			V										X	
	Door-to-needle time trombolysen			X	X			V								X			
Aandoening aan het hart	Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie						X	V								X			
	STEMI		X	X				V											
	Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: registratie via DIPR		X					V										X	
	Implanteren en/of wisselen van pacemakers		X					V											
Ziekenhuisinfecties	Surveillance van ziekenhuisinfecties	X			X			X		V	X						X		
Pneumonie	Community Acquired Pneumonia (CAP)			X	X					V	X								
Aandoening aan maag, darm, lever	MDL dienststructuur				X								V						
	Digitale verslaglegging												V						
	MDL scopie binnen 24 uur		X	X									V						
Verloskunde	Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'														X			V	
	Perinatale audit														X			V	
Kwetsbare groepen	Multidisciplinair team kindermishandeling				X	X	X								V				
	Signalering kindermishandeling				X	X	X								V				
Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	Jaargesprekken																	V	
	IFMS																	V	
	Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten																	V	

V Plaats indicator in hoofdstuk  
X Indicator speelt een rol in dit zorgproces

### Basisfilosofie

De volgende vijf uitgangspunten vormen de basisfilosofie van de kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen:

- *Een kwaliteitsindicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.*  
Over een negatief signaal worden door de inspectie vragen gesteld tijdens het jaargesprek. Overigens zal de inspectie niet alleen op basis van de gepubliceerde gegevens een oordeel over een individueel ziekenhuis naar buiten brengen. Indicatoren zijn een hulpmiddel voor het preventieve toezicht en kunnen een aanvulling geven op informatie uit andere bronnen, zoals thematisch onderzoek en meldingen vanuit het ziekenhuis.
- *Ziekenhuizen maken zelf resultaten openbaar.*  
De gekozen kwaliteitsindicatoren kunnen zonder nadere uitleg geen goed beeld geven van de zorg in een individueel ziekenhuis, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per ziekenhuis verschillen. Om die reden wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere specifieke uitleg te voorzien. Dit kan in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg en via de website van het ziekenhuis.
- *Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.*  
Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Een deel van de kwaliteitsindicatoren wordt al ten behoeve hiervan geregistreerd. Als het ziekenhuis op meer dan één locatie zorg levert, is inzicht in eventuele verschillen in de kwaliteit van zorg van belang, zowel voor de interne kwaliteitsbewaking als voor het toezicht.
- *Registratielast blijft beperkt.*  
Bij de vaststelling van de basisset is rekening gehouden met het gegeven dat indicatoren in (het merendeel van) de ziekenhuizen al om andere redenen worden geregistreerd. Hierdoor blijft de extra registratielast tot een minimum beperkt. Een verzwaring van de registratiedruk is alleen acceptabel als dat ook tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leidt.
- *De basisset is een ontwikkelingsmodel.*  
Een indicatorenset voor een complexe sector als de ziekenhuiszorg is nooit af. De ontwikkeling van de indicator is mede afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit de ziekenhuizen. Indicatoren die niet meer relevant zijn of die door iedereen voor 100% met ja worden beantwoord, worden na verloop van tijd door andere indicatoren vervangen.

## Gebruikershandleiding

De *Basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen* is bedoeld voor alle algemene ziekenhuizen, universitair medische centra en radiotherapeutische centra en een beperkt aantal categorale ziekenhuizen waar een breed scala aan medische zorg wordt geboden.

Veel gegevens worden per locatie gevraagd. De onderstaande tabel helpt u bij het bepalen van het aantal locaties.

Maatschap/vakgroep	Zorgverlening	Aantal locaties waarover u indicatorgegevens apart vermeldt
2 (of meer) aparte maatschappen/vakgroepen	Op 2 (of meer) locaties volledige zorg	2 (of meer)
Gefuseerd/samenwerkend	Op 2 (of meer) locaties volledige zorg	2 (of meer)
Gefuseerd/samenwerkend	Zorg gedeeltelijk gelateraliseerd <sup>[1]</sup> op 2 (of meer) locaties volledige basiszorg, patiënten met specifieke indicatie op 1 locatie geconcentreerd	2 (of meer)
Gefuseerd/samenwerkend	Zorg gedeeltelijk gelateraliseerd <sup>[1]</sup> , op 1 (of meer) locatie(s) poliklinische zorg/dagbehandeling, op 1 locatie volledige zorg	1
Gefuseerd	Volledige lateralisatie <sup>[1]</sup> , alle zorg op 1 locatie	1

[1] Bij gelateraliseerde zorg wordt het 'hoofdbestanddeel' van de zorg nog maar op één locatie uitgevoerd: bijvoorbeeld patiënten met de meest complexe zorgbehoefte op locatie A, patiënten met een meer eenvoudige zorgbehoefte afhankelijk van afstand en vrije keuze op locatie A en B.

### Een indicator en zijn toelichting

Iedere indicator begint met een toelichting die een korte samenvatting geeft van het belang van deze indicator in relatie tot de kwaliteit van de zorg. Voor een aantal specifieke voorzieningen is een overzicht opgenomen van de kenmerken die door de betrokken beroepsgroep(en) van belang worden geacht voor de gevraagde voorziening. Deze lijst van kenmerken kan u helpen de situatie in uw ziekenhuis in kaart te brengen. Door het opnemen van de aanwezige kenmerken in de uitleg bij uw antwoord, neemt de transparantie toe over wat uw ziekenhuis heeft te bieden. Verder worden belangrijke begrippen die in definities voorkomen nader uitgelegd. De vragen die gesteld worden in deze tekstgedeelten hoeven niet opgevat te worden als items die beantwoord moeten worden.

De daadwerkelijke vragen die horen bij deze indicator, worden gesteld in het lichter gekleurde gedeelte van de tekst. U wordt geacht deze vragen, indien voor uw ziekenhuis van toepassing, allemaal te beantwoorden.

In de gevallen waar om een percentage of een ratio wordt gevraagd, moet u een teller en een noemer invullen en kan een nadere uitleg gegeven worden. De percentages worden op de website automatisch berekend.

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2012. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december kunnen worden afgesloten, onafhankelijk van de lengte van de follow-up, zodat op tijd met de productie van het jaarverslag kan worden begonnen. De periode voor de noemer is altijd het verslagjaar, zodat ze vergeleken kunnen worden met andere bronnen.

Hoewel de uiterste zorg is besteed aan het opstellen van dit boekje en het maken van de website, is het mogelijk dat er discrepanties zijn tussen de twee belangrijkste publicatievormen van de basisset. Mocht dat zo zijn, dan is de versie zoals die op de website [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl) staat de te gebruiken versie.

Voorbeeld indicator:

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage heroperaties binnen 30 dagen na een operatie in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Teller: aantal reïnterventies binnen dezelfde opname of binnen 30 dagen na de resectie (langste interval kiezen) binnen het verslagjaar.			
Noemer: totaal aantal primaire resecties binnen het verslagjaar.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een \*, dan is een toelichting verplicht. Bij de overige antwoorden wordt een toelichting op de geleverde getallen zeer op prijs gesteld. Wij raden u aan deze toelichtingen met zorg samen te stellen. Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een #, dan moet u de gegevens per locatie aanleveren.

Indien u een steekproef genomen hebt, moet u de grootte van de onderzochte populatie aangeven naast een specificatie van de selectiecriteria die u hebt toegepast om tot deze steekproef te komen (voorbeeld: alle patiënten in de maand april). Als u aangeeft geen steekproef genomen te hebben, gaat de inspectie er van uit dat u beschikt over gegevens over alle patiënten.

## Indicatoren

# 1 Operatief proces

Tot 50 procent van alle opgenomen patiënten ondergaat een operatieve ingreep. Deze ingreep varieert van een kleine ingreep in dagopname met minimaal (initieel) risico die zeer frequent wordt uitgevoerd tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar per ziekenhuis verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat zij na een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar voorbereidingsproces in een gecontroleerde omgeving, binnen hoogstens enkele dagdelen worden uitgevoerd, waarna een steeds korter verblijf in de instelling volgt. In deze relatief korte tijd moet een groot aantal mensen complexe acties op elkaar afstemmen. Dit vraagt om duidelijke communicatie. Deze communicatie is regelmatig onderwerp van door de IGZ uitgevoerd thematisch onderzoek.

In dit hoofdstuk komen alle indicatoren aan bod die voornamelijk gezien worden als onderdeel van het operatieve proces. De volgende indicatoren kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar dit proces:

- **Preoperatief inclusief verwijzing**
  - % heupfracturen geopereerd binnen één kalenderdag.
- **Peroperatief**
  - % heroperaties heupfractuur.
  - Vitrectomie.
  - Time-out.
- **Postoperatief**
  - Pijn na operatie.

De meeste van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis (bijvoorbeeld 'pijn na operatie' geeft ook een indicatie van de kwaliteit van het verpleegkundig proces). De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van het operatief proces, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- **Preoperatief inclusief verwijzing**
  - Volume risicovolle verrichtingen.
    - Aneurysma abdominale aorta.
    - Pancreas.
  - Multidisciplinair overleg (MDO).
  - Longchirurgie.

- **Peroperatief**
  - Ziekenhuisinfecties.
  - Colorectale heroperaties.
  - Achtergebleven kankerweefsel (ook preoperatief).
- **Postoperatief**
  - Delirium.
- **Kwaliteitsbewaking**
  - Dutch Surgical Colorectal Audit.
  - Blaascarcinoom.
  - Borstkanker.
  - Dutch UpperGI Cancer Audit.
  - Dutch Breast Cancer Audit.

Voor wat betreft deze indicatoren is gekozen voor het bij elkaar houden van de inhoudelijke onderwerpen (zoals heupfractuur) en de deelindicatoren niet te verdelen over de fasen van het operatief proces.

De indicator over vitrectomie is een facultatieve indicator, omdat eerst geëvalueerd moet worden of deze goed registreerbaar is.

## 1.1 Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is van belang zowel voor het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Omdat gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding nog relatief nieuw is, is dit niet altijd op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke mate aanwezig. Zo kan er een verschil zijn in het beleid direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer is opgenomen, en de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling is.

### 1.1.1 Indicator: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnbestrijding, waarin naast medicatieadviezen ook pijnmeting aan de orde komt. Op basis hiervan kunnen de ziekenhuizen eigen beleid ontwikkelen met betrekking tot het te gebruiken meetinstrument en de tijdstippen en condities van de patiënt waarbij pijnmetingen gedaan worden. Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen is postoperatieve pijn ongewenst, pijn belemmert ook een spoedig herstel. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat ernstige postoperatieve pijn in relatie staat tot het ontwikkelen van chronische pijn na een operatie. Het structureel meten van pijnintensiteit (pijnscore) met een Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS) draagt bij aan de effectiviteit van de pijnbehandeling. Een pijnscore van minder dan 4 (op een schaal van 1 tot 10) geeft acceptabele pijn aan, een pijnscore van 4 tot en met 7 matig ernstige pijn en een pijnscore van boven de 7 ernstige pijn.

Patiënten waarbij de score is uitgevoerd, maar waarbij deze om communicatieve redenen mislukt is (bijvoorbeeld omdat de patiënt een delier heeft), mogen meegeteld worden bij de teller, mits de reden voor de mislukking is gedocumenteerd in de patiëntendocumentatie.

- **Inclusie criterium:**
  - Postoperatieve patiënten.
- **Exclusie criteria:**
  - Kinderen jonger dan 7 jaar.
  - Patiënten in dagopname.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkoever in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t.  
\*

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t.  
\* \*

Beschikt u over een registratiesysteem voor pijnmeting bij postoperatieve patiënten?  ja  nee

Beschikt u over een registratiesysteem voor postoperatieve pijnmeting op de verkoeverkamer?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen op de verkoeverafdeling?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

Teller 1: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd.

Noemer 1: totaal aantal klinische operatiepatiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

Heeft u een steekproef genomen op de verpleegafdeling?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

\* Geef toelichting

Teller 2: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd.

Noemer 2: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.

Indien noemer 1 niet overeenkomt met noemer 2 dan wordt u verzocht deze discrepantie toe te lichten.

Percentage 2 (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

**1.1.2 Indicator:  
Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie**

Het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een ernstige pijnscore aangeeft, is een indicator voor de postoperatieve pijnbestrijding.<sup>[2]</sup> Patiënten die behandeld zijn in dagbehandeling, worden geëxcludeerd omdat follow-up moeilijk uitvoerbaar is. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen het beleid in de periode direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer verblijft en de latere postoperatieve periode als de patiënt weer op de verpleegafdeling is opgenomen.

Kinderen jonger dan 7 jaar vallen niet onder deze indicator. Pijnmeting dient echter wel uitgevoerd te worden. Hiervoor zijn aangepaste instrumenten beschikbaar.

- **Inclusie criterium:**
  - Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten.
- **Exclusie criteria:**
  - Kinderen jonger dan 7 jaar.
  - Patiënten in dagopname.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja  nee #

# Gegevens per locatie aanleveren

[2] In een review van Dolin et al. (BJA 2002; 89 (3): 409-423) wordt geconcludeerd dat ernstige pijn onder gemiddeld 11% (95% betrouwbaarheidsinterval 8-13%) van de patiënten voorkomt na grote gynaecologische abdominale chirurgie, grote orthopedische chirurgie en na laparotomie of thoractomie.

Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t. \* \*

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

Teller: aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie).

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 1.2 Heupfractuur<sup>[3]</sup>

Bij personen jonger dan 50 jaar komen heupfracturen weinig voor en meestal alleen na een belangrijk trauma. Op latere leeftijd (boven de 65 jaar) treden heupfracturen steeds vaker op na een val. In 2008 werden bijna 18.500 personen met een heupfractuur in het ziekenhuis opgenomen, waarvan ruim 16.000 personen 65 jaar en ouder waren.

### 1.2.1 Indicator: Percentage heupfractuur geopereerd binnen kalenderdag

*Uit literatuur blijkt dat de tijd die verstrijkt tussen het moment van opname en het moment van operatieve fractuurbehandeling van invloed is op de uitkomst van de behandeling. Wanneer de tijd tussen opname en operatie langer duurt dan 24 uur, neemt de kans op complicaties zoals diep veneuze trombose, longembolie en decubitus toe. Voor een eenduidige registratie is de termijn van één kalenderdag gekozen. De kalenderdag gaat om 00.00 uur in en loopt tot 24.00 uur. Dit betekent dat een patiënt die om 23.00 uur 's avonds wordt gepresenteerd binnen 25 uur geopereerd is, terwijl er voor een patiënt die om 1.00 uur 's nachts wordt gepresenteerd 47 uur verstreken kunnen zijn vóór de operatie.*

*Ziekenhuizen waar het merendeel van de oudere patiënten met een heupfractuur tijdig wordt geopereerd, laten zien dat de acute zorg rondom een heupfractuur goed georganiseerd is. Een langer tijdsverloop tussen optreden van de fractuur en operatie kan samenhangen met de leeftijd van de patiënt en met de ernst van bijkomende aandoeningen (ASA-classificatie). De Landelijke Vereniging voor Traumacentra coördineert de landelijke traumaregistratie (LTR). Dit is een geanonimiseerde database van alle acuut opgenomen traumapatiënten. Patiënten met een heupfractuur worden in de praktijk altijd acuut opgenomen.*

- Inslusie criterium:
  - Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling.

[3] (ICD-9 code 820; ICD-10 codes S72.0 en S72.1)

Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur dat in het verslagjaar binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd is bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Is de ASA-classificatie bekend?	<input type="checkbox"/> ja, voor alle patiënten (vul in: A en B)	<input type="checkbox"/> ja, voor een deel van de patiënten (vul in: A, B en C)	<input type="checkbox"/> nee (vul in: C)

#### A ASA 1-2 patiënten

Teller: aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd is.

Noemer: totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder, gepresenteerd met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling).

Percentage (wordt automatisch berekend): %

#### B ASA > 2 patiënten

Teller: aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd is.

Noemer: totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder, gepresenteerd met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling).

Percentage (wordt automatisch berekend): %

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

**C Patiënten waarvan ASA-classificatie onbekend is**

Teller: aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd is.

Noemer: totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder, gepresenteerd met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling).

Percentage (wordt automatisch berekend): %

**D Registratiesysteem**

Beschikt u over een registratiesysteem voor doorlooptijden van heupfracturen?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

**E Registratie volgens LTR**

Teller: aantal patiënten met een heupfractuur geregistreerd volgens richtlijnen van de Landelijke Trauma Registratie (LTR).

Noemer: totaal aantal patiënten met een heupfractuur.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

**1.2.2 Indicator:  
Heroperaties bij een heupfractuur**

Een heroperatie is gedefinieerd als een operatie aan hetzelfde gewricht, binnen 60 dagen na de eerste ingreep met het doel om een complicatie van de eerste ingreep te behandelen. Een heroperatie omvat ook de onbloedige repositie van een geluxeerde endoprothese. Alle heroperaties binnen één verslagjaar worden meegeteld, ook als de primaire ingreep vóór het verslagjaar werd uitgevoerd.

- Inslusiecriteria noemer:
  - Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling.
- Inslusiecriteria teller:
  - Heroperaties uitgevoerd in het registratiejaar waarvan de primaire operatie (die voldoet aan het inslusiecriteria voor de noemer) minder dan 60 dagen voor de start van het registratiejaar is uitgevoerd.
- Exclusiecriteria:
  - Multitraumapatiënten met een vastgestelde injury severity score > 15.  
Indien deze score niet bepaald wordt, of niet beschikbaar is in uw ziekenhuis kan dit exclusiecriteria niet gebruikt worden.

Deze indicator beschrijft een situatie waarin de administratieve data geen onderscheid maken tussen twee ingrepen (endoprothese en interne fixatie) die klinisch wel een belangrijk onderscheid hebben. Dat maakt de indicator moeilijker te registreren voor ziekenhuizen zonder een goede klinische informatievoorziening. Daarnaast wordt deze ingreep uitgevoerd door orthopeden en traumatologen. Ook dat maakt de registratie in veel ziekenhuizen ingewikkelder, als de indicator op basis van administratieve data berekend moet worden. De betrokken verenigingen vonden het onderscheid zo essentieel voor de evaluatie van de zorg voor deze kwetsbare groep patiënten dat zij van mening waren dat dit gegeven deel uit moet maken van een goede elektronische verslaglegging.

**1 Heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur**

Teller: aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur.

Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

**2 Heroperatie na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese**

Teller: aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese.

Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

**3 Heroperaties van een interne fixatie van een petrochantere fractuur**

Teller: aantal heroperaties van een interne fixatie van een petrochantere fractuur.

Noemer: aantal petrochantere fracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

Teller 1 (COTG 8565)

Teller 2 (COTG 8565)

Teller 3 (COTG 8535)

Noemer 1 (S72.0) (DBC 11.3019.213 / 11-218-203) (COTG 8533)

Noemer 2 (S72.0) (DBC 11.3019.223 / 11-218-203) (COTG 8565)

Noemer 3 (S72.1) (DBC 11.3019.213 / 11-218-203) (COTG 8535)

Het is raadzaam de data over de aantallen heroperaties door een medisch specialist te laten beoordelen, voordat u deze op de website invoert. Indien nodig kunt u een toelichting geven.

**1.3 Herstel achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer door middel van een vitrectomie**

Deze indicator is een **facultatieve** indicator, omdat eerst geëvalueerd moet worden of deze goed registreerbaar is.

**1.3.1 Indicator:  
Herstel achterkamerruptuur**

Een achterkapselruptuur is een belangrijke complicatie bij het verwijderen van de troebel geworden ooglens tijdens een cataractoperatie. De wand die een scheiding vormt tussen de lens en het glasvocht wordt dan beschadigd, waardoor glasvochtverlies op kan treden in de voorste oogkamer. Dit moet gerepareerd worden door middel van een voorsegment vitrectomie. Dit vraagt bijzondere apparatuur, waaronder een disposable instrument de vitrectoom. Complicaties kunnen zich altijd voordoen. Het is bij deze indicator belangrijk dat een instelling een goede complicatieregistratie bijhoudt.

**Registratie**

Er zijn drie manieren om de informatie voor deze indicator te verzamelen:

- via de complicatieregistratie;
- via het bijhouden van het aantal gebruikte vitrectomen;
- via de verrichtingenregistratie.

Voor de derde bron geldt het volgende: tot juli 2009 bestond er maar één CTG-code voor vitrectomieën, of het nu het voor- of achtersegment was. In het kader van DOT is er nu een nieuwe zorgactiviteit 'voorsegment vitrectomie' gecreëerd, waardoor dat onderscheid wel gemaakt kan worden. Het nummer hiervan is 31293. Voor 'achtersegment vitrectomie' gelden de codes 31295 t/m 31297. De oude algemene vitrectomie-code 31294 is komen te vervallen.

Het OK-personeel registreert over het algemeen de zorgactiviteiten bij een operatie in de computer. Dit betekent dat er bij een cataractoperatie met complicatie van een achterkapselruptuur met glasvochtverlies in de voorste oogkamer twee codes worden geregistreerd: één voor de cataract operatie en één voor de voorste vitrectomie. Het is mogelijk dat het registreren van de tweede code door het declaratiesysteem geblokkeerd wordt.

In het NOG-cataract follow-up systeem wordt voorsegment vitrectomie ook geregistreerd. Er is hierdoor een interne controle mogelijkheid, omdat het in twee systemen wordt geregistreerd. Er is nog wel een deels handmatige correctie nodig, omdat van alle voorsegment vitrectomieën plus cataract nog wel die met comorbiditeit eruit gehaald moeten worden. En dat wordt alleen geregistreerd in het follow-up programma. Naar verwachting betreft dit niet meer dan enkele tientallen per kliniek, waarvoor de werklust hiervoor beperkt is.

Teller 1: hoeveel voorsegmentsvitrectomieën (DOT code 31293) zijn er uitgevoerd in het registratiejaar.

Teller 2: hoeveel van deze voorsegmentsvitrectomieën zijn uitgevoerd met een andere indicatie dan herstel van een complicatie van een cataractoperatie.

Noemer: hoeveel cataractingrepen zijn er in totaal uitgevoerd in het registratiejaar.

Indicator: (teller 1-teller 2)/ noemer

Bron (meerdere aankruisen is mogelijk):

- Complicatieregistratie  
 Aantal vitrectomen  
 Verrichtingenregistratie  
 NOG cataract follow-up systeem

Toelichting:

## 1.4 Stopmoment IV: Time-out

### 1.4.1 Indicator: Time-out

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid bevoegd en bekwaam personeel en materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, vóór de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt<sup>[4]</sup>. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd in het medisch dossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam. Deze indicator is ook opgenomen als interne indicator in de richtlijn Peroperatief proces.

[http://www.nvpc.nl/stand/Richtlijn\\_Peroperatief\\_Traject70.pdf](http://www.nvpc.nl/stand/Richtlijn_Peroperatief_Traject70.pdf)

- Inclusie criterium:
  - Alle electieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn peroperatief proces.

Worden operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?  ja  nee  
#

Teller: aantal patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (bron: checklist stopmomenten OK).

Noemer: totaal aantal patiënten waarbij de besproken electieve operatie is goedgekeurd en ingepland (bron: operatieplanning).

Percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV (wordt automatisch berekend). %

Toelichting:

# Gegevens per locatie aanleveren

[4] In het geval van een minderjarige of wilsonbekwame patiënt tevens, indien mogelijk, in aanwezigheid van een ouder/verzorger of vertegenwoordiger.

## 2 Spoedprocessen

Het proces waarin patiënten met een acuut probleem zorg ontvangen heeft zijn eigen risico's. Vooral omdat de aandoeningen zelf risico's hebben en een complexe behandeling kunnen vragen, maar ook omdat veel behandelingen binnen een bepaalde tijd gestart moeten zijn. De meeste indicatoren binnen deze groep hebben als maat een interval gemeten tussen een moment van binnenkomst en het moment waarop een cruciaal element uit de behandeling is uitgevoerd, meestal uitgedrukt in uren, maar soms ook in één of meer kalenderdagen. Het startpunt van alle indicatoren is het moment waarop de patiënt op de spoedeisende hulp of polikliniek wordt ingeschreven, vóór de start van de diagnostiek op de afdeling. Tijdens de voorbereiding van deze indicatoren is bij een aantal ziekenhuizen na onderzoek gebleken dat dit tijdstip eenduidig wordt vastgelegd in het administratieve systeem van SEH of polikliniek.

Deze groep heeft geen eigen indicatoren. De volgende indicatoren indiceren voor een nader onderzoek van het spoedproces:

- STEMI.
- MDL: (spoed) infrastructuur.
- Kindermishandeling.
- Aneurysma Aorta Abdominalis (acute ingrepen, met name van belang bij lage volumina).

Intervalindicatoren (die iets zeggen over het interval tussen een moment van binnenkomst en het moment waarop een cruciaal element uit de behandeling is uitgevoerd):

- Percentage heupoperaties binnen één kalenderdag (deur tot OK).
- CVA (deur tot trombolyse).
- MDL-scopie binnen 24 uur (deur tot scope).

De indicatoren treft u respectievelijk aan in de hoofdstukken operatief proces, hart en vaten, infectieziekten en maag-darm-lever.

## 3 Verpleegkundige zorg

Het verplegen in ziekenhuizen is de laatste jaren zeer sterk veranderd. Verpleeguren zijn sterk teruggebracht. Complexe ingrepen worden in dagverpleging uitgevoerd en de eisen aan het vak zijn sterk toegenomen. Toch blijft de gewone basiszorg van buitengewoon groot belang voor patiënten en organisatie. Goed en verantwoord eten versnelt het herstel, een goede zorg voor de huid voorkomt decubitus. De lijst is veel langer dan de onderwerpen waarvoor indicatoren zijn geformuleerd. Goed toezicht op verpleegkundige zorg is dan ook van groot belang.

Intensive care is een onderdeel waar verpleegkunde ook een bijzonder essentiële rol vervult. Intensieve zorg vormt een afdeling waar hoog technisch opgeleide verpleegkundigen en sterk invasief medisch beleid bij elkaar komen. Hierdoor ontstaat een omgeving waar hoog risico en patiëntenbelang samen moeten gaan. In een dergelijke omgeving is toezicht dermate belangrijk dat de intensive care is ondergebracht in een eigen hoofdstuk, en wel hoofdstuk 4.

Om een duidelijk overzicht te krijgen van een veelomvattend onderdeel als de verpleegkundige zorg is een verdeling gemaakt in indicatoren die onder basiszorg vallen en indicatoren die te maken hebben met een bewakingsfunctie. De volgende indicatoren kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

- **Basiszorg**
  - Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie (alle onderdelen).
  - Ondervoeding (alle onderdelen).
- **Bewakingsfunctie**
  - Delirium.

De meeste van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis maar zijn hier ingedeeld vanwege het belang van de verpleegkundige zorg in deze zorgprocessen. De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van de verpleegkundige zorg, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- **Bewakingsfunctie**
  - Pijn na operatie, screening op verpleegafdeling.
  - Ziekenhuisinfecties.
  - Indicatoren Intensive Care (Beademingsuren, NICE en Kindermishandeling).

De meeste indicatoren zijn zo vormgegeven dat indien uw ziekenhuis dat wenselijk vindt, een aanzienlijke reductie van de belasting van het verzamelen kan worden bereikt door de informatie voor deze indicatoren in één keer te verzamelen.

### 3.1 Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie

Decubitus en huidletsels veroorzaken veel pijn en ongemak. Decubitus kan soms levensbedreigend zijn. Uit de Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen (LPZ) blijkt dat decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie frequent voorkomen in ziekenhuizen (de prevalentie decubitus in de onderzochte populatie was in 2008 gemiddeld 5,3 procent). Uit nationale en internationale literatuur blijkt dat een significante kwaliteitsverbetering haalbaar is, omdat decubitus en huidletsels door incontinentie vaak te voorkomen zijn door goede preventieve maatregelen en het tijdig opsporen van patiënten die een verhoogd risico lopen. Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie worden gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

De aanwezigheid van een registratie van de prevalentie van decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie en de ernst van decubitus, uitgedrukt in een decubituscore, is een indicator voor de kwaliteit van het preventiebeleid voor huidletsels. Deze score wordt door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) gedefinieerd, landelijk verzameld en van spiegelgegevens voorzien.

Bij het beperken van de kans op decubitus en huidletsels door incontinentie is een registratiesysteem van belang. Als structuurindicator wordt daarom gevraagd aan te geven of in uw ziekenhuis met een systematische registratie van huidletsels wordt gewerkt. Kenmerken van een systematische decubitusregistratie zijn opgenomen in onderstaand schema. Met behulp hiervan kunt u een aantal kenmerken van een systematische registratie zoals die in uw ziekenhuis aanwezig zijn, in kaart brengen. Indien gewenst kunt u het schema in de toelichting bij uw antwoord gebruiken.

#### Kenmerken van een systematische registratie van decubitus en huidletsels door incontinentie

- Aanwezigheid van één of meer decubitus- en wondconsulenten.
- Het houden van regelmatige puntprevalentiemetingen bij alle opgenomen patiënten in het gehele ziekenhuis.
- Het bijhouden van een incidentieregistratie bij één of meer specifieke patiëntengroepen.
- De aanwezigheid van een commissie of werkgroep die het decubitus- en wondbeleid op basis van deze registraties waar nodig bijstelt.

#### 3.1.1 Indicator: Puntprevalentie decubitus en huidletsels door incontinentie ziekenhuisbreed

*Als uitkomstindicator is gekozen voor het registreren van een puntprevalentiemeting om inzicht te krijgen in de omvang van de problematiek rond decubitus en huidletsels door incontinentie. Bij een puntprevalentiemeting wordt op een bepaald tijdstip (één dag) bij alle patiënten van het ziekenhuis onderzocht of zij decubitus of huidletsels door incontinentie hebben. Om een goed beeld te krijgen van de gemiddelde prevalentie is het aangewezen om vier keer per jaar een prevalentieonderzoek uit te voeren en hiervan het gemiddelde in te voeren. Om de betrouwbaarheid te bevorderen, wordt decubitus graad 1 niet in de indicator opgenomen. Dit is in overeenstemming met de registratie van de LPZ. Omdat het gaat om decubitus en huidletsels door incontinentie die in het ziekenhuis ontstaan zijn, worden patiënten bij wie bij opname al decubitus en huidletsels door incontinentie aanwezig waren, uitgesloten.*

*Indien de puntprevalentie niet het gehele ziekenhuis betreft maar één of meer afdelingen of een (random) steekproef van patiënten, is het van belang ook aan te geven welk deel van het totale aantal opgenomen patiënten werd onderzocht en hoe en/of waarom deze populatie is geselecteerd.*

- **Inclusie criterium:**
  - Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al decubitus en/of huidletsels door incontinentie hebben en die er tijdens verblijf in het ziekenhuis bij kregen.
- **Exclusie criteria:**
  - Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al verschijnselen van decubitus en/of huidletsels door incontinentie hadden.
  - Patiënten korter opgenomen dan 24 uur, obstetrie, kinderafdeling en psychiatrie.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Is de prevalentie decubitus en huidletsel door incontinentie bekend?  ja  nee

Teller: aantal patiënten met decubitus graad 2 tot en met 4 en/of huidletsels door incontinentie aanwezig in het ziekenhuis op een vast tijdstip in het verslagjaar.

Noemer: aantal op decubitus onderzochte patiënten in het ziekenhuis op het genoemde tijdstip.

# Gegevens  
per locatie  
aanleveren

Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde tijdstip.	
Puntprevalentie:	
Datum en tijdstip van de meting:	
Patiënten worden onderzocht door:	<input type="checkbox"/> Decubitus- en wondconsulent <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
Onderzoek volgens	<input type="checkbox"/> LPZ-protocol <input type="checkbox"/> Eigen protocol <input type="checkbox"/> Geen vast protocol
Beschikt u over een registratiesysteem voor de prevalentie van decubitus en huidletsels door incontinentie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Registreert u volgens het LPZ-systeem?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo nee, volgens welk ander systeem registreert u decubitus en huidletsels door incontinentie?	
Toelichting:	

**3.1.2 Indicator:  
Incidentie decubitus en huidletsels door incontinentie bij een  
homogene patiëntenpopulatie**

*De incidentie bij een homogene patiëntengroep met een decubitusrisico geeft inzicht in de zorg die aan die specifieke groep gegeven wordt. Daarmee wordt duidelijk welke verschillen op dat gebied tussen ziekenhuizen bestaan. Daarom is bij patiënten met een totale heupvervangings gekozen voor de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie. Dit is een betere indicator dan ziekenhuisbrede prevalentie van decubitus en huidletsels door incontinentie, omdat de verschillen in de patiëntenpopulatie minder groot zijn.*

Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie bij patiënten met een totale heupvervangings (CTG-code 038567) in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Beschikt u over een registratiesysteem voor de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Toelichting:			
Teller: aantal nieuwe gevallen van decubitus graad 2 tot en met 4 en/of huidletsels door incontinentie opgenomen voor een totale heupvervangings (CTG-code 038567).			
Noemer: alle voor een totale heupvervangings opgenomen patiënten.			
Incidentie:			
Welke databron(nen) heeft u gebruikt?	<input type="checkbox"/> LPZ <input type="checkbox"/> ZIS <input type="checkbox"/> Complicatieregistratiesysteem, namelijk:	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	
Toelichting:			

# Gegevens  
per locatie  
aanleveren

## 3.2 Ondervoeding

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

Het energiemetabolisme verandert ten gevolge van ziekte, waardoor het lichaam inefficiënt gebruikmaakt van energiebronnen. Ook breekt het lichaam bij ziekte in verhouding meer spiermassa af, waardoor de eiwitbehoefte toeneemt. Om ervoor te zorgen dat er geen lichaamsmassa wordt afgebroken, is het belangrijk om patiënten die in een slechte voedingstoestand verkeren voldoende energie en eiwit te geven.

Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht, eventueel gewichtstoename, een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. Bij kinderen kan ondervoeding leiden tot een vermindering van het IQ en een kortere definitieve lichaamslengte.

Om tijdig te kunnen behandelen, is herkenning van de ondervoede patiënt bij opname een eerste voorwaarde. Systematisch gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument voor ondervoeding kan het percentage terecht herkende ondervoede patiënten vergroten van 50 naar 80 procent.

Een adequate voedingsbehandeling houdt in dat de patiënt bij opname in het ziekenhuis wordt gescreend op ondervoeding, dat er indien nodig binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan ingezet wordt en dat binnen vier dagen de doelstelling wat betreft eiwitinname en energie-inname gehaald wordt.

Deze kwaliteitsindicator meet de mate waarin patiënten systematisch bij opname worden gescreend op ondervoeding en ondervoede patiënten tijdig en op adequate wijze worden behandeld.

Gegevens voor deze indicator worden ziekenhuisbreed verzameld. Hiervoor is gekozen omdat de hoge prevalentie van ondervoeding bij alle patiëntengroepen maakt dat screenen hoort bij de basiszorg. Bovendien zijn er gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar voor alle klinische patiënten. Behalve patiënten in dagbehandeling en op de kraamafdeling zijn er geen patiëntengroepen geëxcludeerd.

Aangezien er op de kinderafdeling op een andere manier gescreend wordt en de criteria voor een optimale voedingsbehandeling ook anders zijn dan voor de volwassen patiëntengroep, moeten de gegevens van kinderen van 28 dagen < 18 jaar apart gerapporteerd worden.

### Definities

Ondervoede patiënten:

- Volwassen patiënten ( $\geq 18$  jaar) met een screeningsuitslag bij opname van SNAQ  $\geq 3$  punten of MUST  $\geq 2$  punten.
- Kinderen (28 dagen-1 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij  $-2$  SD op de groeicurve gewicht naar leeftijd.
- Kinderen (1- < 18 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij  $-2$  SD op de groeicurve gewicht naar lengte<sup>[5, 6]</sup>.

### 3.2.1 Indicator: Screening op ondervoeding

*Een eerste stap om ondervoeding aan te pakken, is iedere patiënt bij opname in de kliniek te screenen (op het risico) op ondervoeding en zo nodig een behandelplan op te stellen. Een voorbeeld van een gevalideerd screeningsinstrument is de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire<sup>[7]</sup>). Met behulp hiervan stelt de verpleegkundige bij opname met drie vragen vast of er sprake is van ondervoeding (zie kader). Bij een uitgebreider onderzoek, met behulp van de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool<sup>[5]</sup>), berekent de verpleegkundige bij elke patiënt ook de BMI (Body Mass Index) en het percentage gewichtsverlies en kent de patiënt een ziektefactor toe. De actuele voedingstoestand bij kinderen kan bepaald worden middels het meten van gewicht en lengte bij kinderen  $\geq 1$  jaar en het gewicht bij kinderen  $< 1$  jaar. Aan de hand van deze gegevens kan de standaarddeviatiescore berekend worden en kan vastgesteld worden of er sprake is van acute ondervoeding. Een optimale screening bevat naast de vaststelling of er sprake is van acute ondervoeding ook een bepaling van chronische ondervoeding. Hiervoor kan er bij kinderen  $\geq 1$  jaar aan de hand van de gemeten lengte vastgesteld worden of er sprake is van chronische ondervoeding. Om vast te stellen of het kind een risico heeft om tijdens opname ondervoed te raken, dient bij opname een screeningsinstrument gebruikt te worden. Een voorbeeld van een screeningsinstrument is de STRONGkids; aan de hand van een viertal vragen kan het risico op ondervoeding bij opname bepaald worden<sup>[8]</sup>.*

*De primaire uitkomst van deze kwaliteitsindicator is het percentage patiënten dat gescreend wordt op ondervoeding. De uitsplitsing in de rapportage naar matige en ernstige ondervoeding bij volwassenen is van belang voor het opstellen van een behandelplan en geeft een indicatie van de mate waarin ziekenhuizen met dit probleem worden geconfronteerd.*

[5] Zie voor groeicurves [www.growthanalyser.org](http://www.growthanalyser.org).

[6] Frederiks AM, van Buuren S, Burgmeijer RJ et al., Continuing positive growth in the Netherlands 1955-1997, *Pediatr Res* 2000; 47:316-323.

[7] Zie voor meer informatie [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl).

[8] Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clin Nutr* 2010;29:106-11

## SNAQ-screeningsinstrument

### Bent u onbedoeld afgevallen?

Meer dan 6 kg in de laatste 6 maanden? ...

Meer dan 3 kg in de afgelopen maand? ..

Had u de afgelopen maanden een verminderde eetlust? •

Heeft u de afgelopen maanden drinkvoeding of sondevoeding gebruikt? •

- geen ondervoeding, geen actie
- matige ondervoeding, 2 x per dag een tussenmaaltijd
- ernstige ondervoeding, 2 x per dag een tussenmaaltijd en behandeling diëtist

### A Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen volwassenen

- **Exclusiecriteria:**
  - Patiënten in formele dagopname<sup>[9]</sup>.
  - Patiënten op de kraamafdeling.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja #  nee

Is het percentage volwassen patiënten dat bij opname in het verslagjaar wordt gescreend op ondervoeding bekend?  ja  nee \*  n.v.t. \*

Welk screeningsinstrument voor de screening bij volwassenen wordt gebruikt?  SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire)  MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)  Anders, namelijk:

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

[9] Dagopname is een opname waarbij opname en ontslag op dezelfde datum plaatsvinden.

A Aantal klinisch opgenomen volwassen patiënten in 2011.

B Aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding.

C Aantal patiënten dat is geclassificeerd als 'matig ondervoed'.

D Aantal patiënten dat is geclassificeerd als 'ernstig ondervoed'.

Percentage 1 (B/A): percentage volwassen patiënten dat gescreend is op ondervoeding (wordt automatisch berekend). %

Percentage 2 (C/B): percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als matig ondervoed (wordt automatisch berekend). %

Percentage 3 (D/B): percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als ernstig ondervoed (wordt automatisch berekend). %

Toelichting:

### B Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

- **Exclusiecriteria:**
  - Kinderen in dagopname.
  - Kinderen jonger dan 28 dagen.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?  ja #  nee

Is het percentage kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend?  ja  nee \*  n.v.t. \*

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

\* Geef toelichting

Welk screeningsinstrument om het risico op ondervoeding te bepalen wordt gebruikt bij kinderen?	<input type="checkbox"/> STRONGkids <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
A Aantal klinisch opgenomen kinderen in 2011.	
B Aantal kinderen, bij opname gescreend op acute ondervoeding.	
C Aantal patiënten dat is geclassificeerd als acuut ondervoed.	
Percentage 1 (B/A): percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding.	%
Percentage 2 (C/B): percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed.	%
Toelichting:	

### 3.2.2 Indicator: Behandeling van ondervoeding

Het vervolg van deze indicator inventariseert bij de ondervoede patiënten welk percentage van de vastgestelde eiwitbehoefte op de vierde opnamedag wordt gehaald.<sup>[10]</sup> Gekozen is voor de vierde opnamedag omdat het van belang is dat de patiënt zo snel mogelijk adequaat wordt gevoed nadat ondervoeding is geconstateerd.

Voor volwassenen en kinderen is de norm voor eiwitinname hieronder weergegeven. Voor kinderen is ook een norm voor energie-inname weergegeven. Het blijkt dat de energiebehoefte bij de meeste ondervoede volwassen patiënten gedekt is, wanneer aan de aanbevelingen voor de voedingsinname van eiwit wordt voldaan. Bij kinderen zijn de fysiologische reserves geringer. Extra energie en voedingsstoffen zijn nodig. Daarom is voor kinderen, naast een minimale norm voor de eiwitinname, tevens een minimale norm voor de energie-inname opgenomen.

Deze indicator bestaat uit twee onderdelen. Voor deel A en B wordt van u verwacht dat u een puntmeting uitvoert.

[10] Dag van opname is dag één. De intake op de vierde opnamedag wordt op de vijfde opnamedag geïnventariseerd door de diëtist ter evaluatie van de voedingsbehandeling. Als patiënten ten gevolge van bijvoorbeeld onderzoek of behandeling (deels) nuchter moeten blijven op de vierde opnamedag, wordt de gemiste maaltijd van de vorige of de volgende dag meegenomen bij de evaluatie van de intake.

\* Geef toelichting # Gegevens per locatie aanleveren

### Puntmeting

Verwacht wordt dat u bij alle ondervoede patiënten (ernstig ondervoede volwassenen en acuut ondervoede kinderen (> 1 jaar)) vier maal per jaar (ieder kwartaal één maal) een puntmeting uitvoert. U bepaalt op de vijfde opnamedag de eiwitinname van de vierde opnamedag (en bij kinderen ook de energie-inname).

Met deze informatie wordt inzichtelijk of de voedingsbehandeling van ondervoede patiënten tijdig en adequaat wordt uitgevoerd.

### Definities

Eiwitbehoefte voor volwassenen en kinderen > 1 jaar: 1,2 tot 1,5 gram per kg lichaamsgewicht<sup>[11]</sup>. Minimale energiebehoefte voor kinderen: Schofield<sup>[12]</sup> + 30% toeslag.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
<b>A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen</b>			
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Meetdag 1 (jan-mrt)	dd-mm-jjjj		
Meetdag 2 (apr-jun)	dd-mm-jjjj		
Meetdag 3 (jul-sep)	dd-mm-jjjj		
Meetdag 4 (okt-dec)	dd-mm-jjjj		
Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten op meetdag 1-4 met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.			

[11] Bij volwassenen met een BMI > 27 dient het lichaamsgewicht bij BMI 27 gehanteerd te worden in deze formule.

[12] De Schofield-formule is een bekende maat om de energiebehoefte voor kinderen te berekenen. Meer informatie is hierover te vinden op [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl)

Noemer: aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten op meetdag 1-4.	
Percentage (wordt automatisch berekend):	%
Toelichting:	
<b>B Behandeling van ondervoeding bij kinderen</b>	
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja # <input type="checkbox"/> nee
Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitname en energie-inname op de 4e opnamedag bekend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee * <input type="checkbox"/> n.v.t. *
Meetdag 1 (jan-mrt)	dd-mm-jjjj
Meetdag 2 (apr-jun)	dd-mm-jjjj
Meetdag 3 (jul-sep)	dd-mm-jjjj
Meetdag 4 (okt-dec)	dd-mm-jjjj
Teller 1: aantal ondervoede kinderen op meetdag 1-4 met een adequate eiwitname op de vierde opnamedag.	
Teller 2: aantal ondervoede kinderen op meetdag 1-4 met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.	
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen op meetdag 1-4.	
Percentage 1 (wordt automatisch berekend):	%
Percentage 2 (wordt automatisch berekend):	%
Toelichting:	

\* Geef toelichting

### 3.3 Delirium

Delirium is waarschijnlijk de meest voorkomende neuropsychiatrische stoornis in het algemeen en academisch ziekenhuis, met een prevalentie van 15 tot 50 procent bij opgenomen oudere patiënten. In geselecteerde patiëntengroepen kan de incidentie zelfs hoger zijn, bijvoorbeeld op een intensive care-afdeling en bij terminale kankerpatiënten<sup>[13]</sup>. Hoewel het delirium niet alleen op hoge leeftijd voorkomt, stijgt de kans op een delirium met het stijgen van de leeftijd (boven de kinderleeftijd) aanzienlijk. Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van het hersenmetabolisme die gepaard gaat met een verscheidenheid aan neuropsychiatrische symptomen. Het wordt gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn met een gestoorde aandacht en concentratie, cognitieve stoornissen, waaronder stoornissen van het geheugen, oriëntatie en taal, en perceptuele stoornissen, zoals hallucinaties. In het meest typische geval ontstaat een delirium binnen een korte periode en heeft het een fluctuerend beloop. De diagnostische criteria zijn gebaseerd op de (DSM-IV)<sup>[14]</sup>.

Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijngevolgen, zoals een langere duur van een ziekenhuisopname, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in het ziekenhuis, een toegenomen ziekenhuissterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere financiële kosten<sup>[15]</sup>.

Een klinisch bruikbaar model voor het delirium is het model ontwikkeld door Inouye. Zij maakt onderscheid tussen enerzijds predisponerende factoren ofwel preëxistente risicofactoren, en anderzijds precipiterende factoren, die de directe aanleiding voor het delirium zijn<sup>[16]</sup>. Doordat de predisponerende factoren al vóór opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

Ondanks de negatieve prognostische implicaties van het doormaken van een delirium wordt in de meeste ziekenhuizen weinig aandacht besteed aan het optreden van een delirium. In veel ziekenhuizen ontbreekt een ziekenhuisbreed protocol voor delirium, is er geen structurele deskundigheidsbevordering en ontbreekt samenwerking in ketenzorg<sup>[14]</sup>. Uit onderzoek is bekend dat het delirium bij tweederde van de patiënten niet herkend wordt. Onduidelijk is in hoeveel procent het delirium niet, of niet volgens de gangbare richtlijnen, behandeld wordt.

[13] Van der Mast, R.C., et al., Richtlijn delirium. 2004, Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

[14] American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Fourth edition, text revision ed. 2000, Washington: American Psychiatric Association.

[15] 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.

[16] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend. 2005, IGZ: Den Haag.

### 3.3.1 Indicator: Deliriumbeleid bij klinische patiënten

De structuurindicator voor de basisvoorzieningen en de aanwezigheid van een ziekenhuisbreed deliriumprotocol vraagt naar de eerste stappen in het ontwikkelen van een beleid voor patiënten met een delirium. Kenmerken van een protocol voor delirium, conform de richtlijnen delirium (NVvP, NVKG 2004 en NVIC verwacht medio 2009) zijn opgenomen in het onderstaande overzicht. Met dit overzicht kunt u de basisvoorzieningen die in uw ziekenhuis aanwezig zijn, in kaart brengen.

#### Kenmerken basisvoorzieningen

- De aanwezigheid van een ziekenhuisbreed protocol voor delirium bij patiënten van 70 jaar en ouder.
- De aanwezigheid van een protocol voor delirium op de Intensive Care Unit.
- De 24-uurs beschikbaarheid van gespecialiseerd personeel voor het management van delirium, met als kerntaken consultatie, behandeling en deskundigheidsbevordering.

#### Kenmerken protocol

- Het protocol is gebaseerd op de gangbare richtlijnen voor delirium (CBO, 2004, NVIC, 2008).
- Het multidisciplinair samenwerken van medisch specialisten en verpleegkundigen.
- Het gebruik van een systematische inventarisatie voor de detectie van het risico op delirium, gericht op primaire preventie (zie deelindicator 2).
- Het gebruik van een systematische inventarisatie voor het vaststellen van de aanwezigheid van delirium (zie deelindicator 3).
- Het gebruik van een meetinstrument voor de vroegtijdige herkenning van delirium, gericht op secundaire preventie (zie deelindicator 3).
- Adviezen voor (aanvullende) diagnostiek en behandeling bij de diagnose delirium.
- Adviezen voor de verpleegkundige begeleiding bij delirium.
- Adviezen voor het consulteren van gespecialiseerd personeel.
- Adviezen over voorlichting aan patiënten en hun relaties.

Beschikt u over een ziekenhuisbreed multidisciplinair protocol voor delirium, dat voldoet aan bovenstaande beschrijving?

ja  nee

Beschikt u over een multidisciplinair protocol specifiek voor delirium op de intensive care-afdeling?

ja  nee

Beschikt u over gespecialiseerd personeel, dat 24 uur beschikbaar is voor consultatie en behandeling bij delirium?

ja  nee

Toelichting:

### 3.3.2 Indicator: Risico op delirium

De volgende stap in de indicator is het screenen van patiënten op een verhoogd risico voor het optreden van delirium. Het risico op delirium is uitgebreid in verschillende specifieke patiëntengroepen onderzocht. Voorspellende factoren voor het optreden van delirium zijn onder te verdelen in factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium (de pre-existente risicofactoren) en factoren die een directe aanleiding vormen voor delirium (de precipiterende factoren). Deze indicator richt zich op de volgende factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium: hoge leeftijd, een reeds gestoorde cognitie en de aanwezigheid van ernstige chronische ziekten die de dagelijkse activiteiten belemmeren (American Society of Anesthesiologists (ASA) III-V). Alcoholmisbruik wordt niet meegenomen, omdat dit niet betrouwbaar is vast te stellen en omdat in het algemene ziekenhuis het onderscheid met andere oorzaken van delirium niet goed te maken is (zie: 'Richtlijn delirium'). Het verhoogde risico op delirium wordt vastgesteld aan de hand van 3 inventariserende vragen aan patiënt en/of mantelzorger.

#### Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke opname wordt het risico op delirium vastgesteld door het stellen van de volgende vragen:

- 1 Hebt u geheugenproblemen?
- 2 Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- 3 Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

Bij elke geplande opname voor een operatie wordt al poliklinisch (bij de preoperatieve screening) het risico op een delirium vastgelegd. Van een verhoogd risico is sprake bij één of meer positieve antwoorden.

#### Andere gronden voor vaststellen verhoogd risico

Indien alle vragen negatief zijn beantwoord maar er op andere gronden (o.a. meerdere psychotrope medicijnen of hersenletsel) toch verdenking is op een verhoogd risico op delirium, dan moet aanvullende risico-inventarisatie plaatsvinden, bijvoorbeeld met een cognitieve screeningstest. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd en te worden opgenomen in de groep die regelmatig geobserveerd wordt op het optreden van delirium indicator 3.

Uitkomst van deze indicator bestaat uit het percentage afdelingen dat structureel bij opname van patiënten van 70 jaar en ouder de risicoscore voor delirium vastlegt. Onder structureel vastleggen wordt verstaan dat bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen op die afdeling, de antwoorden op de bovenstaande drie vragen (vanaf nu 'de risicoscore') bij opname bekend en gedocumenteerd zijn, ongeacht de uitkomst.

De afdelingen waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium zijn bekend.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller: het aantal afdelingen of, in het geval van preoperatieve screening, poliklinieken, waar bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder bij opname een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier.		
Noemer: het aantal afdelingen in het ziekenhuis waar op enig moment in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder zijn opgenomen of in het geval van preoperatieve screening poliklinisch zijn onderzocht. Zie onderstaande voorbeeld-tabel voor de betreffende afdelingen.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

### Hulpmiddel bij inventarisatie

Afdelingen waar screening en observatie actief zijn in 2012	Indicator Structurele screening	Indicator Aantal gescreende patiënten met een verhoogd risico
Polikliniek Anesthesiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Spoedeisende hulp	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Longziekten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Cardiologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Cardiothoracale chirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Hartbewaking	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Intensive Care	<input type="checkbox"/> n.v.t.	
Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Traumatologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Orthopedie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
KNO	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Oogheelkunde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Dagbehandeling	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Inwendige geneeskunde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Neurologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Gynaecologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Urologie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Plastische chirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Kaakchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Vaatchirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Geriatric	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

### 3.3.3 Indicator: Screening op en observatie van delirium

Patiënten met een verhoogd risico op delirium dienen actief en regelmatig geobserveerd te worden met een screeningsinstrument. Twee situaties tijdens ziekenhuisbehandeling zijn bij uitstek startpunt van een op delirium gerichte observatie: een patiënt kan al bij opname in het ziekenhuis delirant zijn (prevalent delirium) of kan tijdens de ziekenhuisopname een delirium ontwikkelen (incident delirium).

De uitkomst van deze indicator bestaat uit de fractie van de patiënten met een verhoogd risico op delirium (indicator 3.3.2), bij wie met een screeningsinstrument is beoordeeld of er sprake is van een delirium, ongeacht de uitkomst. Verpleegkundigen kunnen hiervoor de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) gebruiken, artsen de Confusion Assessment Method (CAM). Meer informatie hierover is te vinden op onderstaande links:

**DOSS**

[http://www.psychiatrienet.nl/oudesite/files/DOS\\_vragenlijst\\_en\\_invulinstructie.doc.pdf](http://www.psychiatrienet.nl/oudesite/files/DOS_vragenlijst_en_invulinstructie.doc.pdf)

**CAM**

<http://www.icudelirium.org/delirium/training-pages/del.assessment.html>

**Meetmethode**

Een dag per 3 maanden vaststellen van het aantal met de DOSS- of CAM-geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder, bij wie een verhoogd risico op delirium is vastgesteld. Dit zijn bij voorkeur zowel de patiënten bij wie een delirium aanwezig was bij opname als de gescreende hoog-risico patiënten van 70 jaar en ouder. De uitslag van de indicator is het gemiddelde van de 4 metingen.

**Populatie**

Totaal aantal patiënten > 70 jaar opgenomen op de 4 meetdagen.

Is het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zijn in de teller en noemer ook de patiënten opgenomen waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller: het aantal patiënten dat met de DOSS of CAM tenminste éénmaal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium, ongeacht de uitkomst.		
Noemer: het aantal patiënten bij wie met de methode van indicator 3.3.4 is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium (teller indicator 3.3.4), aangevuld met de patiënten bij wie op andere wijze een verhoogd risico op een delirium is vastgesteld.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

## 4 Intensive care

Op een IC-afdeling worden patiënten opgenomen bij wie de vitale functies gestoord of ernstig bedreigd zijn en bij wie vaak beademing noodzakelijk is. Afhankelijk van het niveau van de IC-afdeling kan dit om een kortdurende ondersteuning van ademhaling of circulatie bij niet-complexe patiënten gaan of om intensieve behandeling van complexe patiënten. De indicatoren voor de intensive care vormen een apart hoofdstuk binnen de basisset. De intensive care is een belangrijke functie in een ziekenhuis die een rol speelt in veel van de grote zorgprocessen. De afdeling is dan ook een belangrijk onderwerp van toezicht.

In dit hoofdstuk zijn de volgende indicatoren opgenomen:

- De indicatoren voor de intensive care-afdeling.
- Beademingsuren.
- NICE.

De volgende indicator met een relatie met intensive care is in een ander hoofdstuk opgenomen:

- Pancreas.

## 4.1 Structuur van de intensive care-afdeling

### De indicatoren voor de intensive care-afdeling

Op een IC-afdeling waar 24 uur per dag een intensivist aanwezig en medisch eindverantwoordelijk is, blijken bij vergelijkbare patiënten de beademings- en opnameduur korter en de kans op overlijden kleiner dan op IC-afdelingen waar de primaire behandelend arts tijdens een IC-opname de patiënt blijft behandelen en waar niet 24 uur per dag een intensivist beschikbaar is. Echter, niet op iedere IC-afdeling is 24 uur per dag aanwezigheid van een intensivist mogelijk of noodzakelijk. Dit is afhankelijk van de ernst van de aandoeningen van opgenomen patiënten, ook wel zorgzwaarte genoemd<sup>[17]</sup>. Voor verantwoorde zorgverlening is het van belang dat het niveau van zorg dat de IC-afdeling kan bieden, in overeenstemming is met de ernst en complexiteit van de daar opgenomen patiënten. De verhouding tussen de zorgzwaarte enerzijds en de beschikbare zorg anderzijds zijn indicatoren voor een verantwoord aanbod van intensive care.

Wordt de IC-zorg op meerdere locaties?  ja  nee  
#

### 4.1.1 Indicator: Niveau-indeling van de intensive care

In de richtlijn voor organisatie en werkwijze op IC-afdelingen voor volwassenen (2006) is een indeling in drie niveaus van zorg vastgelegd.

- **IC niveau 1:** Basis IC. Dit niveau IC is gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van één vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met een beademingsnoodzaak die naar verwachting niet langer duurt dan twee tot drie dagen.
- **IC niveau 2:** Dit niveau IC is gericht op patiënten met ernstige ziekten waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is, maar op deze afdelingen hoeft men niet in staat te zijn specifieke patiëntengroepen met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen.
- **IC niveau 3:** Hoogste niveau IC. Dit niveau IC is gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd meerdere vitale functies verstoord zijn, waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundige en intensivisten noodzakelijk is.

Voor IC-afdelingen voor kinderen en -pasgeborenen geldt de niveau-indeling uit het Planningsbesluit behorend bij de Wet op de bijzondere medische verrichtingen. In overeenstemming met internationaal gebruik is niveau 3 toegekend aan het hoogste niveau IC en niveau 1 aan een basis IC-afdeling.

# Gegevens per locatie aanleveren

[17] Milstein A., Galvin R.S., Delbanco S.F., et al. Improving the safety of health care: the leapfrog initiative. Eff. Clinical practice. 2000; 3; 313.

\* Geef toelichting

Wat is het niveau van uw IC-afdeling?

- Niveau 1 (basis IC)  
 Niveau 2  
 Niveau 3 (toegerust voor complexe patiënten)

Toelichting:

### 4.1.2 Indicator: Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd

Bij visitatie van de IC-afdeling wordt nagegaan welk niveau aan de IC kan worden toegekend. In afdelingen die intensivisten opleiden (dit zijn altijd IC-afdelingen van niveau 3) is deelname aan een opleidingsvisitatie verplicht. Alle IC-afdelingen kunnen deelnemen aan een vrijwillige kwaliteitsvisitatie. Als uw afdeling niet gevisiteerd is, kunt u in de toelichting aangeven op grond van welke criteria uit bovengenoemde richtlijn u het niveau van uw IC hebt vastgesteld. Met kwaliteitsvisitatie wordt bedoeld: een onder auspiciën van de door de NVIC en NVIC-V ingestelde Commissie Nationale Kwaliteitsvisitatie Intensive Care conform haar visitatiereglement.

In welk jaar vond de laatste kwaliteitsvisitatie plaats?

- 2012  
 2011  
 2010  
 2009  
 2008  
 2007  
 eerder dan 2007  
 (nog) niet gevisiteerd

\*

Is een kwaliteitsvisitatie gepland?

- ja, gepland in 2013  
 ja, gepland in 2014  
 (nog) niet gepland

Is het opgegeven niveau IC bij laatste visitatie bevestigd?

- ja  
 nee  
 indien nee, toelichting:

Toelichting:

**4.1.3 Indicator:**  
**Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling**

*In de Verenigde Staten heeft de Leapfrog Group for Patient Safety berekend dat door het aanstellen van een intensivist en het garanderen van een goede achterwachtfunctie gedurende de diensten, op alle intensive care afdelingen in de VS, 53.850 levens per jaar zouden kunnen worden bespaard.*

*Een geregistreerde intensivist is een medisch specialist die in het bezit is van de aantekening in het aandachtsgebied IC-geneeskunde, uitgereikt door zijn of haar wetenschappelijke vereniging, aangesloten bij de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC).*

*Bij 1 fte wordt uitgegaan van een volledige werkweek voor specialisten, inclusief patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkzaamheden op de IC. Voor vrijgevestigde intensivisten zal hier een 'exacte schatting' gemaakt moeten worden.*

*Voor anaesthesioloog-intensivisten die ook een gedeelte van de aanstelling op de OK werken, moet alleen het IC-gerelateerde gedeelte worden gerekend.*

*Bij een wisselend aantal fte gedurende de periode, moet het gemiddelde aantal fte over de 12 maanden gegeven worden.*

Fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC:

Bereikt u met deze formatie een 7x24 uurs exclusieve beschikbaarheid voor de IC?

ja

nee

Toelichting:

**4.2 Beademingsuren**

**4.2.1 Indicator:**  
**Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling**

*De richtlijn beveelt aan dat patiënten met een beademingsduur van meer dan 72 uur niet op een niveau 1 intensive care-afdeling behandeld worden. Deze intensive care-afdelingen missen de continuïteit van medische zorg die voor deze categorie patiënten noodzakelijk is. Voor niveau 2 en 3 is het aantal van deze patiënten een maat voor de expertise die aanwezig is. De aard van de onderliggende problematiek ((niet-)postoperatief, cardiochirurgisch) geeft inzicht in de reden van mechanische beademing.*

- **Beademingsuur:** Een kalenderuur waarop op enig moment sprake is van invasieve of non-invasieve mechanische beademing van een patiënt binnen een intensive care-afdeling, of indien de beademing elders is gerealiseerd, minimaal onder medische eindverantwoordelijkheid van een intensivist is uitgevoerd.
- **Niet-postoperatieve patiënt:** Iedere patiënt die voorafgaand aan de IC-opname niet geopereerd is, of waarbij de operatie meer dan 7 dagen geleden heeft plaatsgevonden. Of een patiënt in die tijd binnen of buiten het ziekenhuis heeft verbleven, doet hierbij niet terzake.
- **Postoperatieve patiënt:** Iedere patiënt die maximaal 7 dagen voor opname op de intensive care een operatie heeft ondergaan. Of een patiënt in die tijd binnen of buiten het ziekenhuis heeft verbleven, doet hierbij niet terzake.
- **(Postoperatieve) cardiochirurgische patiënt:** Iedere patiënt die tijdens de betreffende ziekenhuisopname een cardiochirurgische ingreep heeft ondergaan.
- **Kinderen:** Patiënten jonger dan 18 jaar.

	Beademingsuren					
	<72 uur		72-120 uur		>120 uur	
	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren
Niet post-operatief						
Postoperatief (excl. cardio-chirurgisch)						
Postoperatief cardio-chirurgisch						
Kinderen (<18 jaar)						

Beschikt u over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

Toelichting:

## 4.3 NICE

### 4.3.1 Indicator: NICE deelname en aanlevering

De stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) stelt Nederlandse IC-afdelingen sinds 1996 in de gelegenheid om van iedere patiënt die op de IC wordt opgenomen gegevens aan te leveren voor de Nationale Database. Hiervoor dient per patiënt een Minimale Data Set (MDS) te worden aangeleverd waarin gegevens staan betreffende de situatie bij opname alsmede omtrent de ernst van ziekte. Tevens worden uitkomstgegevens zoals behandelduur en sterfte geregistreerd, gecorrigeerd voor de ernst van de ziekte. Al deze gegevens worden geanonimiseerd opgeslagen. De data blijven in eigendom van de betreffende IC-afdeling en zijn als zodanig niet openbaar. Sinds 2007 stelt de stichting NICE de IC-afdelingen in de gelegenheid om de kwaliteitsindicatoren zoals geformuleerd door de NVIC tevens in deze database op te slaan. De stichting NICE zorgt voor een uniforme registratie en voor controle op de kwaliteit van de data. Daarmee is zij in staat om een vergelijk in de tijd en een vergelijk met andere IC-afdelingen te maken. Deze analyses worden teruggekoppeld naar de individuele IC-afdelingen waarmee intern het kwaliteitsbeleid kan worden vormgegeven.

Levert uw IC-afdeling data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd?  ja  nee

Zo ja, betreft dit data voor de MDS?  ja  nee

Betreft dit data voor de NVIC kwaliteits-indicatoren?  ja  nee

Toelichting:

## 5 Oncologie

In dit hoofdstuk zullen de indicatoren aan bod komen die een rol spelen in het oncologische proces. Deze indicatoren zijn onderverdeeld in 4 deelprocessen: diagnostiek (multidisciplinair overleg), operatieve en medicamenteuze behandelingen en radiotherapeutische behandelprocessen.

### Multidisciplinair overleg

Het multidisciplinaire overleg speelt een sleutelrol binnen het oncologisch proces. Het is het punt waarin veel diagnostische processen samenkomen en kan een belangrijk schakelpunt zijn tussen het diagnostische en het therapeutische deel van het oncologisch proces. Binnen dit multidisciplinair overleg wordt voor deze indicatoren gefocust op vier speerpunten:

- Gastro-entropologie.
- Urologie.
- Borstkanker.
- Longcarcinoom.

### Operatieve processen

In de tweede plaats komen operatieve processen aan bod op de volgende gebieden:

- Borstkanker.
- Longkanker.
- Gastro-intestinaal.
- Blaascarcinoom.

### Medicamenteuze behandelingen

Als derde onderdeel wordt gekeken naar primair medicamenteuze behandelingen, waarbij voor deze indicator kwaliteitsbewaking bij cytostatica-aanvragen centraal staat.

### Radiotherapeutische behandelingen

Als laatste komt de uitvoering van positioneringsbepalingen bij prostaatbehandelingen aan bod, hetgeen primair radiotherapeutisch is.

De meeste van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis. De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van het oncologisch proces, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- Intensive care.
- Ondervoeding volwassenen.
- Decubitus, prevalentie.

### Indicatiestelling oncologische therapie

Is de oncologische zorgverlening verspreid verspreid over meer dan één locatie?

ja  
#

nee

# Gegevens  
per locatie  
aanleveren

## 5.1 Samenwerking

De behandeling van patiënten met kanker vereist op elkaar afgestemde deskundigheid vanuit verscheidene disciplines. Door het beschikbaar komen van verbeterde behandelingen die gebruik maken van zowel chirurgische, radiotherapeutische als medicinale interventies, is overleg al direct na de diagnostische fase in steeds meer situaties gewenst. In een multidisciplinair opgesteld behandelplan zal na iedere fase in de behandeling opnieuw gekeken worden naar de status en de gewenste behandeling van de patiënt. Dit is een belangrijk onderdeel van de regie van het oncologisch proces. Hierbij zullen effect van de therapie, nadere gegevens over de tumorkarakteristieken en de conditie van de patiënt worden gewogen, zodat een op de individuele patiënt toegesneden behandeling kan worden gegeven. In het continuüm van multidisciplinaire kankerzorg is goede verslaglegging en communicatie tussen betrokkenen, inclusief de patiënt, essentieel.

### 5.1.1 Indicator: Multidisciplinair overleg (MDO)

*Het is gebruikelijk om patiënten te bespreken in een multidisciplinair overleg voordat de therapie is begonnen. Het is aan te raden om deze in te delen per groep van tumoren. De diverse betrokken deskundigen zullen de diagnostische en therapeutische mogelijkheden in dit team bespreken om snel tot een individueel behandeltraject te kunnen komen. Ook kan een bespreking in multidisciplinair verband bijdragen aan behandeling van oncologische patiënten volgens de landelijke richtlijnen. Gezien het recente IGZ-rapport waar dossiervoering en interdisciplinaire afspraken als onvoldoende zijn beoordeeld, is dit onderwerp van belang. Een goede multidisciplinaire bespreking zal bijdragen aan meer transparantie over de afweging van de behandelindicatie, zowel voorafgaande aan de behandeling als na de behandeling.*

- Inslusiecriteria:
  - Een multidisciplinair overleg (MDO) voor een specifieke tumor is aanwezig indien:
    - 1 Er schriftelijke afspraken zijn rond de organisatie over
      - a verantwoordelijkheden
      - b voorzitter
      - c samenstelling
      - d aanwezigheid van alle relevante disciplines voor de betreffende tumormvorm
      - e aanmelden van patiënten
      - f notulen besluiten
      - g uitvoering besluiten
      - h terugkoppeling uitvoering besluiten.
    - 2 Dossiervoering herkenbaar aanwezig en toegankelijk is.

Bij een MDO moeten de volgende deelnemers aanwezig zijn:

radiotherapeut – oncoloog, internist – oncoloog, chirurg – oncoloog en/of orgaanspecialisten.

Specifiek voor de te bespreken tumorsoort: maag-darm-leverarts, of longarts en longchirurg en cardiothoracale chirurg, of uroloog, en patholoog en radioloog. Indien taken in belangrijke mate zijn gedelegeerd naar verpleegkundigen moet hun inbreng gewaarborgd zijn. Over de aanwezigheid van een patholoog en radioloog bij het urologisch MDO bestaat geen consensus. Hierbij kan ja geantwoord worden indien één of beide specialismen afwezig zijn. Dit dient wel in de toelichting te worden gemeld.

De wijze waarop een specifiek multidisciplinair overleg georganiseerd kan worden is afhankelijk van de faciliteiten van het ziekenhuis. Indien disciplines of functies afwezig zijn, dient in de toelichting te zijn aangegeven op welke wijze in deze expertise is voorzien. Alleen indien aan alle bovenstaande vereisten is voldaan kan voor een individueel MDO ja worden gescoord. Als er één algemene bespreking is waarbinnen alle tumormvormen besproken kunnen worden dienen de vragen naar een specifiek MDO met nee te worden beantwoord. De aanwezigheid van een algemene bespreking kan dan in de toelichting aangegeven worden. Als er één bespreking is specifiek voor de gastro-intestinale tumoren met een adequate samenstelling kan dat in de toelichting worden aangegeven.

Beschikt u over een specifiek MDO waarin de volgende tumorgroepen adequaat besproken kunnen worden:

a	Mammapcarcinoom:			
	voor start behandeling	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
	postoperatief	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
b	Rectumcarcinoom:			
	voor start behandeling	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
	postoperatief	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
c	Urologische tumoren:			
	voor start behandeling	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
	postoperatief	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
d	Longcarcinoom:			
	voor start behandeling	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
	postoperatief	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>

Toelichting:

## 5.2 Borstkanker

### 5.2.1 Indicator: Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie

Bij een (relatief) kleine tumor waarbij geen uitzaaiing is aangetoond zijn twee behandelingen mogelijk: mammasparende therapie of borstamputatie. Mammasparende therapie bestaat uit lokale excisie van de tumor met daaromheen een marge van gezond weefsel, gevolgd door radiotherapie op de hele borst. Het doel van borstsparende therapie is het radicaal verwijderen van de tumor met een zo goed mogelijk cosmetisch resultaat. Vooral een goede diagnostiek en accurate bepaling van de uitbreiding van het mammacarcinoom zijn bepalend voor het resultaat<sup>[18]</sup>. De chirurg moet de diverse diagnostische input integreren om tot een goed besluit te komen. Als de tumoruitbreiding wordt overschat, zal te veel gezond weefsel worden verwijderd, leidend tot een slechter cosmetisch resultaat. Als de uitbreiding van de ziekte wordt onderschat, zal de tumor incompleet verwijderd worden, waardoor heroperaties nodig zijn. De meeste recidieven na borstsparende therapie ontstaan door lokale uitgroei van resttumor.<sup>[19]</sup>

Het aantonen van tumorweefsel in de snijvlakken is één van de belangrijkste voorspellers van resttumor. De uitkomst van de eerste borstsparende operatie wordt conform de richtlijn Mammacarcinoom<sup>[20]</sup> als volgt in de kankerregistratie geregistreerd:

0 = radicale excisie (snijranden vrij of alleen focaal irradicaal in snijrand)

1 = irradicale excisie (snijranden meer dan focaal niet vrij van invasieve tumor of ductaal carcinoma in situ (DCIS))

X = onbekend.

- Exlusiecriteria:
  - Mamma-amputatie.
  - Recidief operatie.

Zijn de geïncludeerde patiënten behandeld op meer dan één locatie?

ja  
#  nee

Is het aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie bekend?

ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

[18] Eline Deurloo. Correlation of diagnostic breast imaging data and pathology: application to diagnosis and treatment. Proefschrift UvA 2005.

[19] Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON)-nota. De organisatie van diagnostiek en behandeling van het mammapathologie in Nederland, 1999.

[20] Richtlijn Mammacarcinoom volgens de NABON-Nota 'Handboek organisatie mammazorg', april 2008, uitgegeven onder verantwoordelijkheid van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland.

\* Geef toelichting # Gegevens per locatie aanleveren

Teller 1: aantal patiënten bij wie meer dan focaal kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie (code 1)<sup>[21]</sup>.

Teller 2: aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie (code x)<sup>[19]</sup>.

Noemer: totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS)<sup>[22]</sup>.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend): %

Percentage 2 (wordt automatisch berekend): %

Welke databron(nen) heeft u gebruikt?

- Kankerregistratie IKC  
 Palga  
 OK-verslag  
 PA-verslag  
 CTG-verrichtingen  
 Anders, namelijk:

Toelichting:

[21] Tellergegevens zijn door behandelend artsen in ziekenhuizen op te vragen bij de kankerregistratie conform samenwerkingsovereenkomst model overeenkomst IKC-ziekenhuizen.

Lokale bron teller: indien te betrekken uit ziekenhuisregistraties: PALGA, OK verslag, PA verslag. De meetperiode mag daarbij afwijken van het rapportagejaar, mits daarbij de volledige door het IKC geanalyseerde periode wordt gebruikt.

[22] Noemergegevens zijn door behandelend artsen in ziekenhuizen op te vragen bij de kankerregistratie conform samenwerkingsovereenkomst model overeenkomst IKC-ziekenhuizen.

Lokale bron noemer, indien te betrekken uit ziekenhuisregistratie: PALGA (zoekvraag mamma en carcinoom), CTG-verrichtingenregistratie: OK/CTG-verrichtingen codes MST.

– 333914 r/l tumor excisie.

– 333915 r/l tumor excisie en okselklier toilet (is MST).

**5.2.2 Indicator:**  
**Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD**

*In het continuüm van multidisciplinaire kankerzorg is goede verslaglegging en communicatie tussen betrokkenen essentieel. Dit geldt bij uitstek voor de diagnostiek en behandeling van het mammacarcinoom, waarbij een groot aantal disciplines betrokken is.*

*Veel instituten werken met een eigen vorm van verslaglegging van het MDO. Deze is echter vaak niet benaderbaar via het gewone ziekenhuisinformatiesysteem en niet gekoppeld aan (de voorlopers van) het EPD.*

*Het uitgangspunt voor deze indicator is: de beschikbaarheid van verslaglegging van de multidisciplinaire pre- en postoperatieve bespreking binnen het EPD (of voorloper hiervan binnen het ZIS) is essentieel bij de goede zorg binnen de intramurale oncologische keten.*

Is verslaglegging van de **preoperatieve** multidisciplinaire mammabespreking, waarin een op de patiënt afgestemd behandelplan is opgenomen, beschikbaar binnen het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD?

ja  nee  
\*

Is verslaglegging van de **postoperatieve** multidisciplinaire mammabespreking, waarin een geactualiseerd behandelplan is opgenomen, beschikbaar binnen het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD?

ja  nee  
\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

**5.2.3 Indicator:**  
**Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)**

*Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. In Nederland wordt jaarlijks bij meer dan 13.000 vrouwen de diagnose borstkanker gesteld. In vrijwel ieder ziekenhuis in Nederland worden patiënten met borstkanker behandeld.*

*De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de wetenschappelijke vereniging van chirurgen, heeft begin 2011 de kwaliteitsnormen voor de behandeling van borstkanker vastgesteld. Naast een minimale volumenor (50 borstkankeroperaties per ziekenhuis per jaar) zijn er ook eisen aan de infrastructuur en het zorgproces gesteld, zoals het zowel pre- als postoperatief bespreken van patiënten in een multidisciplinaire bespreking. Als integraal onderdeel van deze kwaliteitsnormen heeft de NVvH deelname aan de door de beroepsvereniging opgezette kwaliteitsregistratie voor borstkanker verplicht gesteld voor haar leden. Het betreft de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA), die is opgezet naar analogie van de kwaliteitsregistratie van darmkankerchirurgie in Nederland, de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).*

*Deze kwaliteitsregistraties zijn een integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NVvH en hebben het doel meer inzicht te verkrijgen in de factoren die leiden tot gewenste en ook ongewenste uitkomsten van zorg. Hiervoor zijn een aantal kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die zowel de kwaliteit van het zorgproces als de zorguitkomsten betreffen. Door tijdige terugkoppeling van individuele resultaten ten opzichte van het landelijk gemiddelde (benchmarking) worden ziekenhuizen in staat gesteld om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren.*

Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van primaire mammacarcinomen in uw ziekenhuis aan de Dutch Breast Cancer Audit geleverd?

ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

Teller: aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de Dutch Breast Cancer Audit (re-excisies, resecties voor recidieven, op zich zelf staande okselklierdissecties niet meetellen).

Noemer: totaal aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis (re-excisies, resecties voor recidieven, op zich zelf staande okselklierdissecties niet meetellen).

\* Geef toelichting

Percentage eerste chirurgische resecties voor primair mamma carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DBCA:

%

Toelichting:

## 5.3 Longchirurgie

### 5.3.1 Indicator: Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd

De indicator voor de longchirurgie heeft tot doel een verdere verbetering van de kwaliteit van de longchirurgie (en de opleiding tot longchirurg). In 1994 is een 1e versie van "Aanbevelingen betreffende de longchirurgie in Nederland" verschenen. Deze aanbevelingen zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) en Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT). De betrokken wetenschappelijke verenigingen hebben dit document geaccordeerd, ook hebben zij (zoals gebruikelijk) deze indicator geaccordeerd.

Omdat de longchirurgie een integraal deel uitmaakt van de opleiding tot cardio-thoracaal chirurg zijn allen die voor dat specialisme staan ingeschreven in het specialistenregister gecertificeerd voor de longchirurgie.

Wanneer een ziekenhuis verantwoorde longchirurgie wil aanbieden, dan dienen tenminste twee (voor de algemene heelkunde gecertificeerde) specialisten zich specifiek op de longchirurgie toe te leggen. Daarnaast wordt het aantal van twintig anatomische resecties per jaar per team als uiterste minimum gezien voor het leveren van verantwoorde zorg.

In de Algemene ledenvergadering van de NVT op 1 april 2011 is besloten voor de cardio-thoracaal chirurgische centra een minimum te hanteren van 50 anatomische resecties.

Indien in een ziekenhuis zowel de algemene heelkunde als de cardio-thoracale chirurgie de longchirurgie willen uitvoeren, dan moeten beide afdelingen voldoen aan het minimum vereiste van hun vereniging.

- **Inclusiecriteria:**
  - CVV-groep 5-324 Lobectomie van long.
  - CVV-groep 5-325 Totale pneumonectomie inclusief radicale dissectie van thoracale structuren.
- **Exclusiecriteria:**
  - Kleinere resecties dan lobectomieën (zoals wigresecties).
  - Diagnostische verrichtingen.

Worden operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?  ja  nee  
#

Is het aantal uitgevoerde anatomische resecties van de long in het verslagjaar bekend?  ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

Totaal aantal patiënten waarbij anatomische resecties (lobectomie, bilobectomie en pneumonectomie) zijn uitgevoerd in het rapportagejaar:

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door longchirurgen:

Aantal anatomische resecties uitgevoerd door cardio-thoracaal chirurgen:

Toelichting:

## 5.4 Gastro-intestinaal

### 5.4.1 Indicator: Deelname aan de DUCA

*De mortaliteit en morbiditeit van de chirurgische behandeling van slokdarmkanker heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen. Slokdarm- en ook maagresecties zijn zogenoemde laagvolume hoogrisico ingrepen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2003 voor het ziekenhuisvolume aan slokdarmresecties een indicator geïntroduceerd. De volumenorm van 10 resecties per jaar per ziekenhuis heeft geleid tot concentratie van deze ingrepen in een kleiner aantal ziekenhuizen. Recent heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) besloten de volumenorm te verhogen naar 20 resecties per jaar. Onderzoek heeft echter aangetoond dat volumennormen een beperkte waarde hebben bij het voorspellen van de kwaliteit van zorg in individuele ziekenhuizen. Bovendien blijkt centralisatie van complexe ingrepen de uitkomsten vooral te verbeteren wanneer dit gekoppeld wordt aan het monitoren van de uitkomsten van zorg (clinical audit).*

*Het verkrijgen van meer inzicht in en verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten die een resectie voor slokdarm- of maagkanker ondergaan is de reden geweest voor de NVvH om een landelijke audit te starten voor de chirurgische behandeling van slokdarm- en maagkanker. Deelname aan deze audit is een integraal onderdeel van de kwaliteitsnormen van de NVvH.*

Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van slokdarmkanker in uw ziekenhuis geleverd aan de Dutch UpperGI Cancer Audit?  ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

Teller 1: aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de Dutch UpperGI Cancer Audit.

Noemer 1: totaal aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis.

Percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA:

%

Toelichting:

\* Geef toelichting

Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van maagkanker in uw ziekenhuis geleverd aan de Dutch UpperGI Cancer Audit?  ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

Teller 2: aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de Dutch UpperGI Cancer Audit.

Noemer 2: totaal aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis.

Percentage maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA: %

Toelichting:

#### 5.4.2 Indicator: Resectie van de pancreas of delen hiervan

*Opmerking: overal waar in deze indicator pancreasresectie wordt vermeld betreft het een klassieke Whipple resectie of een pylorus sparende pancreaticoduodenectomie (PPPD).*

*Een carcinoom van de pancreas is relatief zeldzaam. De incidentie is 10 tot 12 per 100.000. De ziekte heeft een slechte prognose. Bij het ductale pancreascarcinoom is de mediane overleving na diagnose 4 tot 6 maanden<sup>[23]</sup> en de 5-jaars overleving 2 tot 5 procent. Het papil-carcinoom heeft een langere overleving<sup>[24]</sup>. Van de patiënten met een pancreascarcinoom komt slechts 10-20 procent na de diagnose in aanmerking voor een op genezing gerichte behandeling, welke bestaat uit een operatieve resectie.*

*Resectie van een pancreascarcinoom is een procedure waarvoor deskundigheid ten aanzien van de techniek van de ingreep en ervaring met het postoperatieve beleid vereist zijn. Uit de literatuur blijkt dat in gespecialiseerde centra, met een hoog aantal ingrepen per jaar, minder postoperatieve complicaties en een lagere postoperatieve sterfte worden waargenomen. Bovendien is in deze centra de overleving op de lange termijn hoger.*

\* Geef toelichting

[23] Dat wil zeggen dat 50 procent van de patiënten binnen 6 maanden na diagnose is overleden.  
[24] [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl).

# Gegevens per locatie aanleveren

*Niet alleen de ervaring van de chirurg, maar het hele zorgproces rond deze groep patiënten is van belang. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in de ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goed samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Het is belangrijk dat het veld op korte termijn een systeem ontwikkelt waardoor verwijzers kunnen beoordelen welk ziekenhuis de beste zorg levert voor hun patiënt. De verwachting is dat dit systeem binnenkort zal worden gerealiseerd. Deze wens tot concentratie is dan ook opgenomen in de richtlijn.*

Worden er in uw ziekenhuizen pancreasresecties uitgevoerd?  ja  nee

Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Aantal patiënten bij wie in het verslagjaar een klassieke Whipple of een PPPD van de pancreas is uitgevoerd (code klassieke Whipple 335430 en PPPD 335417A)

- Indien u geen pancreasresecties uitvoert:

Naar welk(e) ziekenhuis (ziekenhuizen) verwijst u deze patiëntengroep:

Hoeveel patiënten heeft u in het verslagjaar naar deze ziekenhuizen verwezen?

Toelichting:

## 5.4.3

**Indicator:  
Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal  
carcinoom**

Verreweg de meeste operaties binnen 30 dagen na een eerdere operatie voor dezelfde indicatie, zijn ongeplande heroperaties. Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.

Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale perioperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

Heroperaties zijn vanuit patiëntenperspectief belastend en dus ongewenst en zorgen daarnaast voor hoge kosten. Inzicht in hoe vaak heroperaties voorkomen, kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Dit is niet eenvoudig, omdat de initiële operatie en de heroperatie niet altijd in hetzelfde ziekenhuis worden uitgevoerd. Het registreren van heroperaties helpt bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen.

In deze basisset is het percentage heroperaties na een colorectale operatie met een oncologische indicatie opgenomen.

Gevraagd wordt naar het aantal patiënten waarbij resectie van een primair colorectaal carcinoom heeft plaatsgevonden, waarbij reïnterventie is verricht door middel van een heroperatie of een percutane ingreep (eventueel radiologisch) in de buik, in dezelfde opname of binnen 30 dagen na de resectie.

- Definities
  - Resectie: het operatief verwijderen van het darmsegment waar het colorectaal carcinoom in gelegen is.
  - Reïnterventie: een heroperatie in de buik óf een ingreep waarbij (bijvoorbeeld radiologisch) een complicatie in de buik wordt behandeld (inclusief percutane abscesdrainages, drainages via het rectum, embolisaties van bloedingen in de buik etcetera).
  - Opname: de tijd waarin de patiënt direct aansluitend op de operatie in het desbetreffende ziekenhuis of een ander ziekenhuis waar naar overplaatsing heeft plaatsgevonden, is opgenomen (deze periode is eventueel langer dan 30 dagen).
- Inclusie criterium:
  - Primair colorectaal carcinoom = een eerste presentatie van een colorectaal carcinoom (dus geen recidief) eventueel zijnde een 2e of volgende primaire presentatie.
- Exclusie criteria:
  - Transanale endoscopische microchirurgie (TEM).
  - Endoscopische poliepectomieën.
  - Open poliepectomieën.

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het percentage heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Beschikt u over een registratiesysteem voor colorectale heroperaties?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
Teller: aantal reïnterventies binnen dezelfde opname of binnen 30 dagen na de resectie (langste interval kiezen) binnen het verslagjaar.			
Noemer: totaal aantal primaire resecties van een colorectaal carcinoom binnen het verslagjaar.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

Deze indicator is rechtstreeks uit het DSCA af te leiden, mits alle patiënten volledig zijn aangeleverd

\* Geef  
toelichting  
# Gegevens  
per locatie  
aanleveren

**5-4-4 Indicator:  
Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)**

Darmresecties zijn chirurgische procedures die in elk ziekenhuis in Nederland worden uitgevoerd. Alhoewel het volume van deze ingrepen hoog is (ongeveer 10.000 resecties per jaar), blijkt het risico op complicaties (bijvoorbeeld naadlekkage) aanzienlijk en overlijdt 7 procent van de patiënten post-operatief [Engel 2005]. In de behandeling van colorectale tumoren wordt steeds vaker gebruik gemaakt van verschillende modaliteiten en endoscopische technieken. Hierdoor wordt het zorgproces complexer. Een adequate patiëntselectie, een kwalitatief goed diagnostisch proces, een juiste chirurgische behandeling en goede peri-operatieve zorg bepalen de korte- én lange termijn uitkomsten.

Voor de chirurgische behandeling van colorectale tumoren zijn belangrijke verschillen in uitkomsten van zorg beschreven tussen hoog- en laag volume ziekenhuizen en tussen gespecialiseerde en niet gespecialiseerde chirurgen [Birkmeyer 2002, 2003, Chowdhury 2007]. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren zou er meer inzicht moeten zijn in de factoren die leiden tot (on)gewenste uitkomsten van zorg. Dit is het doel van Dutch Surgical Colorectal Audit. Vergelijkbare uitkomstregistraties in binnen- en buitenland hebben bewezen dat deze een krachtig kwaliteitsverbeterend effect kunnen hebben. Met name wanneer de resultaten worden teruggekoppeld naar de individuele leden van het behandelteam [Wibe 2003, Rowell 2007].

De Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) stelt elk ziekenhuis in Nederland in staat gegevens ten aanzien van de behandeling van patiënten, bij wie een darmresectie is uitgevoerd voor een colorectale tumor, landelijk en eenduidig te registreren. Behalve informatie over de uitkomsten van de chirurgische behandeling, wordt ook gedetailleerde informatie verkregen over de 'case-mix', zoals stadium van de tumor, leeftijd en comorbiditeit van de patiënt. Deze informatie wordt in periodieke rapporten teruggekoppeld naar de individuele ziekenhuizen en behandelaars. Zij worden daardoor in staat gesteld de eigen prestaties af te zetten tegen die van ziekenhuizen en collega's met een vergelijkbare patiëntengroep (spiegelinformatie). Het is hierbij uitdrukkelijk de bedoeling dat geïndividualiseerde kwaliteitsinformatie aangewend wordt om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het identificeren en -etalen van 'best practices' kan hierbij behulpzaam zijn. Op landelijk niveau worden de beroepsverenigingen in staat gesteld vroegtijdig kwaliteitsproblemen te signaleren en verbetertrajecten te implementeren met gerichte (bij) scholing, visitatie en certificatie.

Heeft u in het verslagjaar informatie over chirurgische resecties van colorectale carcinomen aan de Dutch Surgical Colorectal Audit geleverd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: aantal chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom gelegen in colon of rectum (alleen primaire carcinomen meetellen) waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de Dutch Surgical Colorectal Audit.			
Noemer: totaal aantal chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom gelegen in colon of rectum (alleen primaire carcinomen meetellen).			
Percentage (wordt automatisch berekend):			%
Toelichting:			

\* Geef toelichting

## 5.5 Blaascarcinoom

Invasief blaascarcinoom kan een levensbedreigende ziekte zijn afhankelijk van het stadium. Bij een invasief blaascarcinoom dat nog niet is uitgezaaid wordt standaard de blaas verwijderd (cystectomie) en wordt een pelvine lymfklierdissectie uitgevoerd (lymfeklieren worden uit het kleine bekken verwijderd). Een alternatieve behandeling is radiotherapie: welke behandeling gekozen wordt kan variëren per kliniek. In Nederland worden ongeveer 600 cystectomieën per jaar gedaan verspreid over vele klinieken. Een cystectomie waarbij een nieuwe urine-uitgang wordt gemaakt is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt, langdurige ziekenhuisopname en een sterftecijfer rondom de operatie variërend tussen de 2,5 en 8 procent (Birkmeyer 2002, Finlayson 2003, Konety 2005, McCabe 2005, Elting 2005). In 2011 is bekend gemaakt, dat er voor deze ingreep een minimumnorm geldt van 10 blaasresecties per jaar. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren zou er meer inzicht moeten zijn in de factoren die leiden tot (on-)gewenste uitkomsten van zorg. Dit is het doel van de database voor invasief blaascarcinoom, in navolging van de Dutch Surgical Colorectal Audit. Vergelijkbare uitkomstregistraties in binnen- en buitenland hebben bewezen dat deze registraties een krachtig kwaliteitsverbeterend effect kunnen hebben. Met name wanneer de resultaten worden teruggekoppeld naar de individuele leden van het behandelteam [Wibe 2003, Rowell 2007].

### 5.5.1 Indicator: Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom

*De database voor invasief blaascarcinoom stelt elk ziekenhuis in Nederland in staat gegevens ten aanzien van de behandeling van patiënten, bij wie een invasief groeiend blaastumor is geconstateerd, landelijk en eenduidig te registreren. Behalve informatie over de uitkomsten van de chirurgische behandeling, wordt ook gedetailleerde informatie verkregen over de 'case-mix', zoals stadium van de tumor, leeftijd en comorbiditeit van de patiënt. Deze informatie wordt in periodieke rapporten teruggekoppeld naar de individuele ziekenhuizen en behandelaars. Zij worden daardoor in staat gesteld de eigen prestaties af te zetten tegen die van ziekenhuizen en collega's met een vergelijkbare patiëntengroep (spiegelinformatie). Het is hierbij uitdrukkelijk de bedoeling dat de ziekenhuisgebonden kwaliteitsinformatie gebruikt wordt om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op landelijk niveau worden de beroepsverenigingen in staat gesteld vroegtijdig kwaliteitsproblemen te signaleren en verbetertrajecten in te zetten.*

- **Inclusiecriteria:**
  - Patiënten met een cT2-4NoMo blaascarcinoom.
  - Patiënten bij wie een cystectomie is verricht bij blaascarcinoom maar < cT2NoMo.
- **Exclusie criterium:**
  - Cystectomie bij benigne afwijkingen (bijvoorbeeld therapie-resistente incontinentie).

Heeft u het afgelopen jaar patiënten ingevoerd in de NVU database spierinvasief blaascarcinoom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: aantal ingevoerde patiënten dat in 2010 een cystectomie hebben ondergaan in verband met spierinvasief blaascarcinoom			
Noemer: aantal patiënten dat in 2010 een cystectomie hebben ondergaan in verband met spierinvasief blaascarcinoom (CTG-coderingen: 36250, 36251, 36252, 36253, 36255, 36256).			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

\* Geef toelichting

## 5.6 Medicatieveiligheid

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

Voor het opstellen van de kwaliteitsindicator Medicatieveiligheid is gekozen voor cytostatica als groep van risicogeneesmiddelen.

Het risico op fouten bij de bereiding, het Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) en de toediening van cytostatica is groot. Als een fout optreedt, is het risico op schade voor de patiënt groot. De inspectie wordt bij herhaling geconfronteerd met doseringsfouten van cytostatica en heeft naar aanleiding daarvan in november 2005 een circulaire<sup>[25]</sup> doen uitgaan betreffende maatregelen ter voorkoming van deze doseringsfouten. Bij het opstellen van de indicator is deze circulaire als uitgangsdokument gebruikt.

De bedoeling van deze indicator is om na te gaan in een aselechte groep met cytostatica behandelde patiënten of het ziekenhuis werkt met volledig ingevulde aanvraagformulieren<sup>[26]</sup> zoals bedoeld in de circulaire. Tevens wordt de vrijgifte van cytostatica bevestigd. De inspectie hanteert als definitie voor vrijgifte de definitie volgens GMP-z. Hierin staat: vrijgifte is het formeel verklaren dat de gehele geproduceerde charge geschikt is voor gebruik. Vrijgifte van voorraadbereidingen moet volgens de GMP-z plaatsvinden door een ziekenhuisapotheker die verantwoordelijk is voor kwaliteitsbewaking en niet door degene die belast is met de bereiding. Vrijgifte van cytostaticabereidingen (ad hoc, magistraal) moet plaatsvinden door een apotheker, mits deze de bereiding niet zelf heeft uitgevoerd.

### 5.6.1 Indicator: Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag

Worden cytostaticabereidingen op meer dan één locatie uitgevoerd?  ja  nee  
#

Aantal cytostaticabereidingen in het verslagjaar:

# Gegevens per locatie aanleveren

[25] Zie [www.igz.nl/publicaties/circulaire/circulaires2005](http://www.igz.nl/publicaties/circulaire/circulaires2005).

[26] Per aanvraagformulier tellen, ook indien meerdere cytostatica op één aanvraagformulier worden aangepast.

### Aanvraagformulieren

- **Inclusie criterium:**
  - Alleen eerste kuren.
- **Exclusie criterium:**
  - Vervolgkuren.

Controleer de aanvraagformulieren op het volledig ingevuld zijn ten aanzien van de volgende kenmerken:

Kenmerk	Aantal volledig ingevuld	Aantal onderzocht	% automatisch berekend
Lichaamsgewicht + lengte of het lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt:			
Dosering:			
Datum van toediening:			

Beschikt u over een registratiesysteem automatisch te waaruit de gegevens voor deze indicator verkrijgen zijn?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

Toelichting:

### 5.6.2 Indicator: Vrijgifte van cytostatica

Geeft een apotheker cytostaticabereidingen (VTGM) vrij vóórdat de cytostatica de apotheek verlaten?  ja  nee  
\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 5.7 Radiotherapie: positionering bij bestraling

Het goed richten van een bestraling is belangrijk voor zowel een goed resultaat van de therapie als het beperken van de bijwerkingen van de behandeling door het beschadigen van omliggende organen. Des te kleiner het volume dat bestraald moet worden, des te beter.

De omvang van het bestraalde volume in een patiënt is mede afhankelijk van de precisie waarmee het doelvolumen gepositioneerd wordt: een betere positionering maakt het gebruik van kleinere marges mogelijk. Hierdoor kunnen kleinere bestralingsvelden gebruikt worden en neemt de kans op complicaties voor gezond weefsel af. Een voorbeeld hiervan is de prostaatbestraling.

### 5.7.1 Indicator: Positioneringcontrole bij prostaatbehandelingen

- **Inclusiecriteria teller:**  
Een patiënt kan worden opgenomen in de teller indien:
  - 1 De positie is bepaald via (aangeven in de toelichting):
    - EPID
    - (cone beam) CT
    - Een andere techniek, namelijk:
  - 2 Een onderstaand protocol is gebruikt voor het bepalen van de noodzaak tot aanpassing van de positie voor bestraling. Geldende protocollen zijn (in de toelichting vermelden):
    - NAL
    - SAL
    - On-line
    - Een ander protocol, namelijk:
- **Inclusiecriterium noemer:** alle patiënten waarbij de prostaat met minimaal één fractie werd bestraald.
- **Teller:** aantal patiënten waarbij voor minimaal één fractie de positie van de prostaat wordt bepaald volgens de inclusiecriteria.
- **Noemer:** Alle patiënten die op hun prostaat bestraald worden.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een prostaatacarcinoom behandeld met radiotherapie?  ja  nee

Heeft u een steekproef genomen?  ja  nee

Indien ja, vul in:  
Populatiegrootte: N =  
Selectiecriteria:

Teller: wat is het aantal patiënten waarbij voor minimaal één fractie de positie van de prostaat wordt bepaald volgens de inclusiecriteria?

Noemer: wat is het aantal patiënten dat op hun prostaat bestraald wordt?

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

## 6 Hart en vaten

Hart- en vaatziekten zijn vanuit het oogpunt van de volksgezondheid belangrijke oorzaken van sterfte en invaliditeit. In de afgelopen decennia waren zij steeds doodsoorzaak nummer één in Nederland. Door de toegenomen medisch-technologische mogelijkheden is het sterftcijfer per 100.000 inwoners aanzienlijk gedaald van 478 in 1980 naar 295 in 2000<sup>[27]</sup>, maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk.

Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Zo hadden in 2003 ongeveer 179.000 patiënten in Nederland enige vorm van hartfalen en de verwachting is dat dit aantal verder zal toenemen<sup>[28]</sup>.

Gezien het belang voor de volksgezondheid en de grote verschillen die nog bestaan in de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten zijn meerdere indicatoren opgenomen.

De volgende indicatoren kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar het zorgproces voor patiënten met een aandoening aan het hart of de vaten. Als we kijken naar therapie en uitkomst kunnen we de volgende onderverdelingen maken:

- **Therapie**
  - Medicamenteus
    - Door-to-needle time trombolysie (CVA) (laatste indicator in dit hoofdstuk).
  - Primair operatief/interventie.
    - Chirurgisch.
      - Aneurysma abdominale aorta (AAA).
- **Uitkomst**
  - STEMI.
  - Re-interventies na het inbrengen van een pacemaker.

Veel van deze indicatoren geven ook een indicatie voor onderzoek van een ander belangrijk proces in het ziekenhuis. De volgende indicatoren zijn van belang voor delen van het zorgproces voor patiënten met aandoeningen aan hart en/ of vaten, maar zijn opgenomen in andere hoofdstukken:

- **Intensive care**
  - Beademingsuren op intensive care: cardiochirurgie.
- **Ziekenhuisinfecties**

[27] Koek HL, Van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland. In: Van Leest LATM, Koek HL, Van Trijp MJCA, Van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML, Verschuren WMM (red.). Hart- en vaatziekten in Nederland 2005, cijfers over risicofactoren, ziekte, behandeling en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005:6-12.

[28] Nationaal Kompas Volksgezondheid, zie [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl).

### 6.1 Volume van risicovolle interventies

Als gevolg van de uitvoer van risicovolle interventies kunnen ernstige complicaties optreden. Voorbeelden van risicovolle interventies zijn operaties aan een aneurysma van de abdominale aorta (AAA-operaties), oesophaguscardiaresecties (OCR's) en pancreasresecties. Bij de handelingen in het algemeen en bij technisch gecompliceerde handelingen zoals de AAA-operaties en de OCR in het bijzonder, is het duidelijk dat hoe vaker een operatie wordt uitgevoerd, hoe kleiner de kans is dat complicaties optreden. Dit geldt niet alleen voor de operateur, maar zeker ook voor de kwaliteit van de indicatiestelling, het hele chirurgisch team, de anesthesiologie, medici en verpleegkundigen op de intensive care of verpleegafdeling. Voor 2012 geldt een norm van 20 electieve resecties per jaar per team.

#### 6.1.1 Indicator: Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties

*Het aneurysma van de abdominale aorta is een veel voorkomende aandoening. De incidentie ervan neemt in de westerse landen toe. De prevalentie wordt bij mannen boven de 65 jaar op 5 tot 8 procent geschat en bij vrouwen boven de 65 jaar op ongeveer 2 procent. Het herstellen van een aneurysma van de abdominale aorta is een procedure waarvoor deskundigheid vereist is. Complicaties die hierbij kunnen optreden, zijn aritmie, een acuut myocardinfarct, bloedverlies, nierfunctiestoornissen en een ischemie, met soms een dodelijke afloop tot gevolg. Uit de literatuur blijkt dat patiënten die een AAA-operatie ondergaan in een ziekenhuis waar dit weinig gebeurt, een grotere kans hebben om te overlijden en postoperatieve complicaties dan patiënten die behandeld worden in een ziekenhuis waar het team veel ervaring heeft met deze ingreep. De Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie is van mening dat AAA-chirurgie uitsluitend door vaatchirurgen verricht dient te worden. Bij de relatie tussen volume en resultaat speelt niet alleen de ervaring van de chirurg, maar de expertise van het gehele team een rol. Dit geldt zowel voor de acute als de niet-acute AAA-operatie.*

*In de toelichting kunt u onder andere aangeven of in het ziekenhuis specifiek beleid bestaat rond deze ingreep (verwijzingen naar andere ziekenhuizen, afspraken met de ambulancedienst, of het uitvoeren van specifieke vormen zoals endovasculaire ingrepen).*

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?  ja  nee  
#

Aantal patiënten waarbij een AAA-operatie (ongeacht type of urgentie) is uitgevoerd in het verslagjaar.

Toelichting:

# Gegevens per locatie aanleveren

## 6.2 Sterfte na eerste consult<sup>[29]</sup>

### 6.2.1 Indicator: Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie

Adequate diagnostiek en behandeling spelen een rol bij de kans op (gezond) overleven. Hiervoor dient de poliklinische zorgketen optimaal georganiseerd te zijn. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) stelt dat de sterfte in het jaar na een eerste polikliniekbezoek aan de cardioloog, het eerste administratief consult, een indicator is voor de kwaliteit van de poliklinische zorg voor patiënten met (verdenking op) een cardiovasculaire aandoening. Deze indicator bestrijkt twee jaar: in het eerste jaar (2011) werd vastgelegd wie een eerste administratief consult (vroeger eerste polikliniek bezoek) heeft gekregen op de polikliniek cardiologie. Aan het einde van het tweede jaar (2012) werd via het Burger Service Nummer (BSN) vastgesteld wie van de patiënten uit het eerste jaar zijn overleden. Medio 2008 is het BSN actief.

Alle patiënten van 70 jaar en ouder die electief door een cardioloog gezien zijn op de polikliniek, vallen binnen de populatie van deze indicator; dat wil zeggen alle patiënten die voldoen aan de eisen voor een initiële DBC voor reguliere zorg (DBC codering 11) in het verslagjaar. De uiteindelijke achterliggende cardiovasculaire diagnose is geen in- of exclusie criterium, ieder polibezoek dat voldoet aan de definitieve eisen voor een EAC dient geïncludeerd te worden, ook als het eerste polibezoek aansluit op een opname op de afdeling cardiologie of als de patiënt al eerder bekend was op de polikliniek. Bijvoorbeeld: een patiënt die reeds bekend is, maar pas na minimaal één jaar en een dag retour gezien wordt op de polikliniek moet geïncludeerd worden.

- Exclusiecriteria:
  - Patiënten die niet electief gezien worden (spoed en acute patiënten, reanimaties, patiënten gezien op SEH, EHH).
  - Patiënten jonger dan 70 jaar bij het eerste administratieve consult.

[29] Eerste administratieve consult. Er is sprake van een eerste administratieve consult wanneer een patiënt voor de eerste maal in het ziekenhuis een medisch specialist van een bepaald soort specialisme consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste administratieve consult worden geregistreerd indien in de 12 maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste administratieve consult bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Zijn van alle patiënten die electief (reguliere zorg) door een cardioloog gezien zijn op de polikliniek voor een Eerste Administratief Consult de NAW-gegevens en datum bezoek geregistreerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in 2011 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC en in 2011 en 2012 zijn overleden.			
Noemer: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in 2010 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

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

### 6.3.1 Indicator: Behandeling patiënten met een STEMI

*Uitgangspunt bij de behandeling van patiënten met een acuut infarct is dat een Percutane Coronair Interventie-procedure (PCI) de voorkeur verdient boven de behandeling met thrombolytica indien het mogelijk is om een PCI uit te voeren binnen 120 minuten na het eerste contact (<90 minuten bij patiënten <75 jaar met een groot anterior infarct) en <12 uur na ontstaan van de klachten. Indien de delay naar verwachting groter is dan 120 minuten (of >90 minuten bij patiënten <75 jaar met een groot anterior infarct) kan met thrombolysie worden gestart en moet patiënt alsnog naar een PCI-centrum worden vervoerd.*

*Het is bekend dat na opvang op een SEH of CCU van een ST-elevatie acuut infarct patiënt er onnodige delay kan ontstaan in het initiëren van de behandeling. Het is daarom belangrijk dat hierover ook binnen het ziekenhuis afspraken zijn gemaakt.*

*De zorg voor patiënten met een acuut myocardinfarct (<12 uur na ontstaan klachten) kan sterk worden verbeterd door een aantal punten in acht te nemen en om te zetten in regionale zorgafspraken.<sup>[30, 31]</sup>*

*Uitgangspunten regionale acuut infarct zorg:*

- 1 *Voor iedere patiënt met een ST-elevatie acuut infarct (<12 uur na ontstaan klachten) is het van belang om zo snel als mogelijk in een ervaren PCI-centrum te worden gepresenteerd.*
- 2 *Dit kan slechts door op regionaal niveau de zorg voor deze patiënten te organiseren, waarbij afspraken worden gemaakt met onder andere regionale ambulancediensten, huisartsenposten, PCI-centra, en niet-PCI centra. De implementatie van een regionaal netwerk gebaseerd op pre-hospitale diagnose, transport naar PCI-centrum en start behandeling in de ambulance heeft een klasse I, level of evidence A, gekregen in de nieuwe ESC/EACTS guideline.*
- 3 *Ook voor patiënten die zich melden in een niet-PCI centrum is het belangrijk dat vervolgens diagnose en vervoer naar een PCI-centrum goed zijn geregeld.*

#### Vragen bestemd voor alle ziekenhuizen

- |   |  |                             |                              |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | Zijn er in uw regio schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt voor wat betreft de zorg voor patiënten met een acuut infarct gebaseerd op de hierboven genoemde uitgangspunten waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI centrum voorop staan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|

[30] Volgens de (meest recente) European Society of Cardiology (ESC)/European Association for Cardio-Thoracic surgery (EACTS) guideline voor myocardiale revascularisatie.

[31] Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2010 Oct;31(20):2501-55. Epub 2010 Aug 29.

2	Zo ja, is de regionale ambulancedienst betrokken geweest bij deze afspraken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3	Zo ja, welke regionale ambulancedienst(en) is/zijn betrokken bij deze afspraken?		
4	Wordt reeds vanuit de ambulance contact opgenomen met het PCI-centrum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5	Wordt in de ambulance reeds gestart met medicatie? (Alleen medicatie relevant voor cardiale aandoening zoals antithrombotica meenemen.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
6	Verricht uw ziekenhuis PCI-procedures? Indien nee: ga naar vraag 7 Indien ja: ga naar vraag 15	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

#### Vragen bestemd voor Niet Acuut PCI-centra

7	Zijn er schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt tussen uw centrum en een regionaal PCI-centrum voor wat betreft de behandeling van patiënten die zich in uw ziekenhuis melden met een acuut myocardinfarct?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8	Zo ja, met welk centrum?		
9	Zo ja, is de regionale ambulancedienst betrokken geweest bij deze afspraken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
10	Zo ja, welke regionale ambulancedienst(en) is/zijn betrokken bij deze afspraken?		
11	Zijn er in uw ziekenhuis afspraken gemaakt om een delay in het begin behandeling van patiënten met een acuut infarct te voorkomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

12	Hoeveel STEMI patiënten zijn er in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd? (zelf-verwijzers/huisarts/ambulance dienst)	N=
13	Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI centrum?	N=
14	Hoeveel patiënten zijn behandeld met thrombolysie?	N=

#### Vragen alleen bestemd voor PCI-centra met WBMV-vergunning

De volgende vragen dienen alleen door centra te worden ingevuld met een WBMV-vergunning voor het uitvoeren van PCI-procedures.

15	Verricht uw centrum PCI-procedures bij patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct: indien nee dan vragen niet-PCI centrum ook invullen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
16	Hoeveel in het verslagjaar?	N=
17	Worden deze procedures uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> alleen tijdens kantooruren <input type="checkbox"/> 7x24 uur per week
18	Indien alleen tijdens kantooruren: wordt de zorg door een regionaal PCI-centrum overgenomen (vastgelegd in een protocol) buiten kantooruren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
19	Zo ja, welk centrum?	
20	Zo nee, welke waarborgen zijn er dan voor het veilig opvangen van patiënten?	
21	Hoeveel interventiecardiologen participeren in de acuut infarct zorg in uw centrum?	

#### Resultaten alle PCI-centra

22	Teller: Aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (30 dagen sterfte of ziekenhuisterfte) (exclusief patiënten na reanimatie).	
23	Noemer: Totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI.	
24	Percentage (wordt automatisch berekend):	%
25	Gemiddelde door-to-needle time in minuten <sup>[32]</sup>	
Heeft u een steekproef genomen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:		
Toelichting:		

[32] Om de organisatie van de acuut infarct zorg te kunnen meten, is de zogenaamde door-to-needle time een internationaal geaccepteerde tijd: Bradley EH, Herrin J, Wang Y, Barton BA, Webster TR, Mattera JA.

## 6.4 Evaluatie na inbrengen pacemakers

### 6.4.1 Indicator: Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens

Pacemakerimplantaties worden bijna 10.000 maal per jaar in Nederland uitgevoerd, waar inbegrepen bijna 7000 primo implantaties. In vrijwel elk Nederlands ziekenhuis worden pacemakers geïmplant. De meest voorkomende indicaties voor pacemakerimplantaties betreffen bradycardie en/of hartfalen. Pacemakerimplantatie kan gepaard gaan met diverse complicaties waaronder infectie van het geïmplanteerde systeem en dislocatie of breuk van de pacemakerdraad. Complicaties leiden tot versnelde vervanging en/of langer verblijf in het ziekenhuis. In de zorgketen zijn diverse disciplines actief: cardioloog, pacemakertechnici en gespecialiseerde verpleegkundigen, vaak ook nog assistent-geneeskundigen al dan niet in opleiding. Coördinatie van de zorgketen is van groot belang omdat dit complicaties kan voorkomen. De inspectie beschouwt registratie en analyse van gegevens over pacemakerimplantaten als belangrijk voor een goede kwaliteit van zorg.

Voert u een registratie binnen uw ziekenhuis van voor kwaliteit van zorg belangrijke gegevens over het inbrengen van pacemakers?  ja  nee\*  n.v.t.\*

Indien **ja**, op welke wijze voert u deze registratie:

1 Registratie via DIPR.<sup>[33]</sup>

2 Eigen registratie, volgens eigen ontwerp.

3 Eigen registratie, gebruikmakend van externe standaard, zo ja, welke standaard?

Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties (dit kan ook gebeuren door eigen gegevens naar een landelijke punt te sturen waar deze toetsing wordt verricht, mits hierover naar het eigen ziekenhuis wordt gerapporteerd)?  ja  nee\*  n.v.t.\*

\* Geef toelichting

[33] DIPR: Dutch Icd & Pacemaker Registry; voor informatie zie [www.dipr.nl](http://www.dipr.nl).

Toelichting:

### 6.4.2 Indicator: Implanteren en/of wisselen van pacemakers

Conventionele pacemakers voor de behandeling van brady-aritmieën worden in vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland ingebracht. Dat geldt niet voor pacemakers in het kader van resynchronisatietherapie bij hartfalen (biventriculaire pacemakers) en ICD's, met of zonder biventriculaire pacing. Mogelijke complicaties van genoemde ingrepen zijn lead-dislocaties, systeemfailures, infecties en bloedingen. Met de voorgestelde indicator wordt een poging gedaan om zicht te krijgen op het proces rondom de procedure en de follow-up hiervan.

1 Worden in uw centrum de volgende pacemakers geïmplant of gewisseld?  ja  nee

Indien **ja**, hoeveel primaire implantaties plus wisselingen (inclusief leadextracties zonder wisseling van het device) zijn er uitgevoerd?

a Conventionele pacemakers (DBC-code).  ja  nee  indien ja, N=

b Biventriculaire pacemakers zonder ICD-functie.  ja  nee  indien ja, N=

c Biventriculaire pacemakers met ICD-functie.  ja  nee  indien ja, N=

d ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie.  ja  nee  indien ja, N=

Totaal (wordt automatisch berekend): N=

- 2 Hoe vaak is in het verslagjaar een interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid uitgevoerd om een device-, lead-, of proceduregerelateerd probleem op te lossen van een pacemaker of ICD ongeacht het type, waarbij de primaire ingreep lag tussen 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het verslagjaar en 31 december van het verslagjaar zelf (ook al vond de primaire ingreep in een ander centrum plaats)? Hierbij wordt elke hernieuwde interventie afzonderlijk geteld, dus ook als dat er meerdere zijn geweest bij één patiënt.

Op welke wijze zijn deze gegevens verzameld:

- 1 Registratie via DIPR<sup>[34]</sup>.
- 2 Eigen registratie, gebruikmakend van externe standaard; zo ja, welke standaard.
- 3 Eigen registratie, volgens eigen ontwerp.

Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties? (dit kan ook gebeuren door eigen gegevens naar een landelijke punt te sturen waar deze toetsing wordt verricht, mits hierover naar het eigen ziekenhuis wordt gerapporteerd.)

ja       \* nee       \* n.v.t.

Toelichting:

\* Geef toelichting

[34] DIPR: Dutch Icd & Pacemaker Registry; voor informatie zie [www.dipr.nl](http://www.dipr.nl).

## 6.5 Cerebrovasculair accident (CVA)

Een cerebrovasculair accident (CVA) kan zowel door een infarct als door een bloeding veroorzaakt worden. In Nederland krijgen jaarlijks 30.000 mensen voor het eerst een CVA. In 2002 zijn hieraan 11.773 patiënten<sup>[35]</sup> overleden. Daarmee is het CVA doodsoorzaak nummer vier en de meest voorkomende oorzaak van blijvende invaliditeit. Bij een hersenbloeding is de kans op overlijden veel groter dan bij een herseninfarct. Bij veel CVA-patiënten is sprake van een herseninfarct door verstopping van een bloedvat in de hersenen. Met de invoering van trombolysie in de eerste uren na het ontstaan van een herseninfarct is de kans op verbetering van ADL-functies groter. Een goede organisatie van de acute opvang blijkt samen te hangen met een geringere sterfte.

### 6.5.1 Indicator: Door-to-needle time trombolysie

*Trombolysie is een effectieve en veilige behandeling voor een herseninfarct. Het gunstige effect neemt echter af wanneer er meer tijd verstrijkt tussen het optreden van de beroerte en het begin van de behandeling. Hoe eerder de patiënt wordt behandeld hoe beter. Daarom is het ook belangrijk dat de eerste lijn zich bewust is van de noodzaak van een snelle verwijzing naar een ziekenhuis. Een efficiënte organisatie van de trombolysiebehandeling, dus een korte doorlooptijd van binnenkomst van de patiënt in het ziekenhuis tot het starten van de trombolysie (door-to-needle time) is een goede indicator voor de kwaliteit van zorg. Bij een efficiënte organisatie is de door-to-needle time korter dan 1 uur. In een recente publicatie werd nog eens aangetoond dat het verkorten van de door-to-needle time veilig en mogelijk is<sup>[36]</sup>. Het blijkt dat de 3-uursgrens voor veel behandelaars bepalend is voor het behandelbeleid. De doorlooptijd kan echter toenemen wanneer de patiënt snel in het ziekenhuis is vanuit de gedachte "er is nog tijd genoeg". Wanneer de 3-uursgrens genaderd wordt, blijkt het proces ineens wel sneller te kunnen worden doorlopen<sup>[37, 38]</sup>. Bij de registratie voor deze indicator wordt onderscheid gemaakt tussen groepen patiënten die binnen 1 uur, tussen 1 en 2 uur en later dan 2 uur na binnenkomst behandeld worden.*

- **Inclusie criterium:**
- Alle patiënten behandeld met trombolysie na een herseninfarct (DBC-behandelcode 210 (211, 212, 213)).

[35] Nationaal Kompas Volksgezondheid, zie [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl).

[36] Sattin JA, Olson SE, Liu L, Raman R, Lyden PD. An Expedited Code Stroke Protocol Is Feasible and Safe Stroke. 2006;37:2935.

[37] Saver JL. Number needed to treat estimates incorporating effects over the entire range of clinical outcomes: novel derivation method and application to thrombolytic therapy for acute stroke. Arch Neurol 2004;61:1066-70.

[38] Hacke W, Donnan G, Fieschi C, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004;363:768-74.

Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het aantal patiënten dat is behandeld met trombolysen na een herseninfarct bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Beschikt u over een registratiesysteem voor doorlooptijden van trombolysenbehandelingen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:			
A Aantal patiënten met een herseninfarct binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysen.			
B Aantal patiënten met een herseninfarct later dan 1 uur, maar binnen 2 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysen.			
C Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolysen.			
Percentage 1 (A/C) (wordt automatisch berekend):	%		
Percentage 2 (B/C) (wordt automatisch berekend):	%		
Percentage 3 (C-(A+B)/C) (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting			

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

## 7 Infectieziekten

De indicatoren die in dit deel van de basisset aan bod komen kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar aspecten van de zorg waarbij infecties een rol spelen. Infecties zijn de voornaamste bron van nieuwe ziektegevallen in Nederland. Verreweg de meeste hiervan vragen geen ziekenhuiszorg. Toch zijn lage luchtweginfecties een belangrijk gezondheidsprobleem: 30.000 patiënten worden jaarlijks opgenomen met een lage luchtweginfectie als voornaamste diagnose. Een longontsteking (pneumonie) vormt hiervan de grootste groep. Infecties vormen een van de belangrijkste groepen van complicaties bij vele vormen van behandelingen die patiënten in een ziekenhuis ondergaan. Daarom speelt infectiepreventie een belangrijke rol bij het inrichten van een verantwoord zorgproces.

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de preventie van ziekenhuisinfecties. Verder staat de inschatting van de ernst van de longontsteking centraal bij de indicator voor de behandeling van Community Acquired Pneumonia.

## 7.1 Ziekenhuisinfecties

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

Het risico op het krijgen van een ziekenhuisinfectie varieert sterk. De kans op een ziekenhuisinfectie is groot bij alle invasieve ingrepen, operaties, beademingstubes, infusen en katheters, maar hangt ook af van de ernst van de aandoening(en) waaraan de patiënt lijdt, de soort ingreep en de ziekenhuishygiënische routines van de ziekenhuismedewerkers. Inzicht in het aantal en de soort ziekenhuisinfecties geven het ziekenhuis een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en te bepalen waar verbeteracties mogelijk of nodig zijn.

Uit de literatuur blijkt dat het percentage ziekenhuisinfecties kan worden teruggebracht door gegevens over ziekenhuisinfecties te registreren, te analyseren en terug te rapporteren (surveillance).

### 7.1.1 Indicator: Surveillance van ziekenhuisinfecties

*Bij het voorkómen van ziekenhuisinfecties spelen adequate routinemaatregelen op het gebied van infectiepreventie een rol. Veel ziekenhuizen voeren een gericht beleid om ziekenhuisinfecties te reduceren. Surveillance van ziekenhuisinfecties maakt deel uit van dit beleid. Het doel is optimalisatie van het infectiepreventiebeleid, waarvan het effect middels voortgaande surveillance kan worden gemeten. Onderstreept moet worden dat surveillance veel 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; zonodig gevolgd door de implementatie van interventie maatregelen. In haar rapport 'Infectiepreventie in ziekenhuizen' (IGZ, mei 2004) stelt de inspectie dat actieve surveillance (opsporen, analyseren, interveniëren, evalueren) onderdeel dient te zijn van het infectiepreventiebeleid en beveelt zij aan dat ziekenhuizen tenminste eenmaal per jaar een periode participeren in één van de incidentie-modules van het PREZIES-netwerk.*

Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?

ja #  nee

Surveilleert het ziekenhuis ziekenhuisinfecties?

ja  nee\*  n.v.t.\*

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

		Post-operatieve wondinfecties	Wondinfecties na hartchirurgie	Centrale lijn gerelateerde sepsis (Lijnsepsis)	Beademing gerelateerde pneumonie
	Noch incidentie-, noch prevalentie-meting worden uitgevoerd (zie toelichtingsvraag 2 verderop in deze indicator)				
Incidentie-meting	Via PREZIES				
	Eigen incidentie meting (zie toelichtingsvraag 1 verderop in deze indicator)				
	Hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de incidentiemeting?				
	Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentiemeting in aanmerking?				
Prevalentie-meting	Via PREZIES				
	Eigen prevalentie-meting (zie toelichtingsvraag 1 verderop in deze indicator)				
	Hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de prevalentiemeting?				
	Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentiemeting in aanmerking?				
Algemeen	Zijn naar aanleiding van de surveillance interventies gepleegd?				
	Hadden de interventies het gewenste resultaat?				

Gebruikt u voor de definiëring van ziekenhuisinfectiesde criteria van de CDC/WIP (Centre of Disease Control/Werkgroep Infectie Preventie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
1 Indien eigen incidentie- en prevalentie-meting, geef toelichting over de wijze van surveillance:		
2 Indien geen incidentie- en prevalentie-meting, geef toelichting over de wijze van infectiepreventie zonder specifieke surveillance:		
Toelichting:		

## 7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Voor patiënten die opgenomen worden met de diagnose Community Acquired Pneumonia (CAP) is het van groot belang dat ze tijdig antibiotische therapie toegediend krijgen (op de SEH of na opname in het ziekenhuis). Deze indicator richt zich dan ook op deze vroegtijdige toediening.

In de meeste nationale en internationale richtlijnen en literatuur<sup>[39-41]</sup> wordt deze indicator als relevant beschouwd.

### 7.2.1 Indicator: Gebruik scoresysteem CAP

*De 'ernst van ziekte' bij de patiënt met een pneumonie is essentieel bij het kiezen van de optimale initiële behandelstrategie: ernstig zieke patiënten worden immers empirisch behandeld met therapie gericht tegen meerdere potentiële pathogenen, waaronder Legionella spp. Indeling naar 'ernst van ziekte' kan het beste gedaan worden op basis van gevalideerde scoresystemen (zoals de Pneumonia Severity Index of de AMBU-65 score). De AMBU-65 score is een score gebaseerd op vijf criteria, namelijk Ademhalingsfrequentie, Mentale toestand, Bloeddruk, Ureum en Leeftijd >65 jaar. De aanwezigheid van een hoge ernst van ziekte score (PSI 5; AMBU-65 >2) heeft daarnaast consequenties voor de optimale plaats van behandeling en de in te zetten diagnostiek (bijvoorbeeld de Legionella sneltest in urine).*

- Definities
  - PSI: Pneumonia Severity Index.
  - AMBU-65: scoringsstelsel gebaseerd op Ademhalingsfrequentie, Mentale toestand, Bloeddruk, Ureum en Leeftijd >65 jaar.
- Inclusie criterium
  - Alle patiënten >18 jaar.

[39] Meehan TP, Fine MJ, Krumholz HM, et al. Quality of care, process, and outcomes in elderly patients with pneumonia. JAMA 1997; 278:2080-4.

[40] Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, et al. Timing of antibiotic administration and outcomes for medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 2004; 164:637-44.

[41] Schouten JA, Hulscher MEJL, Wollersheim H, et al. Quality of antibiotic use for lower respiratory tract infections at hospitals: (how) can we measure it? Clin Infect Dis 2005; 41:450-460.

Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Wordt er in het ziekenhuis gebruik gemaakt van een gevalideerd score-systeem (PSI score of AMBU-65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Indien ja, wordt dit scoresysteem standaard bij elke nieuwe patiënt met CAP afgenomen en in het patientendossier vastgelegd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> nee
Toelichting:			

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

**Referenties**

[42] Schouten JA, Hulscher MEJL, Wollersheim H, et al. Quality of antibiotic use for lower respiratory tract infections at hospitals: (how) can we measure it? Clin Infect Dis 2005; 41:450-460.

## 8 Maag-darm-lever (MDL)

Aandoeningen van het spijsverteringssysteem vormen een belangrijke groep van aandoeningen, zowel qua mortaliteit als qua chronische ziektelast. Meerdere indicatoren hebben een relatie met delen van de zorg voor MDL-patiënten. Een belangrijke daarvan is dit jaar vervallen, de chirurgische behandeling van het oesophagus-cardia carcinoom. De enige indicator die in dit hoofdstuk is opgenomen is de indicator waarbij gekeken wordt naar de spoedbehandeling door middel van een scopie.

De volgende indicatoren met een relatie met MDL-ziekten zijn in andere hoofdstukken opgenomen:

- **Verpleging**
  - Ondervoeding.
  
- **Oncologie**
  - Multidisciplinair overleg waarbij rectumcarcinomen worden besproken.
  - Pancreasresectie.
  - Colorectale heroperaties.
  - Dutch Surgical Colorectal Audit.
  - Dutch UpperGI Cancer Audit.

## 8.1 MDL-infrastructuur

Het aantal opnames voor een acute bloeding van de proximale tractus digestivus bedraagt 60 per 100.000 inwoners per jaar. De mortaliteit bedraagt 5 tot 10 procent. Bloeding in het proximale maag-darmkanaal is een veel voorkomend ziektebeeld en gaat gepaard met een hoog sterftecijfer. Tijdige endoscopie kan bepalend zijn voor overleving van de patiënt. Aan de hand van klinische scoringssystemen kunnen patiënten worden geïdentificeerd die deze interventie, na stabilisatie, binnen 24 uur na opname behoeven. Deze kwaliteitsindicator meet enerzijds of een ziekenhuis beschikt over alle voorzieningen voor interventie-endoscopie, en anderzijds in hoeverre deze binnen de optimaal geachte termijn van 24 uur plaatsvindt.

### 8.1.1 Indicator: Dienstenstructuur

*Deze indicator gaat over de faciliteiten waar een ziekenhuis over beschikt. Het gaat over de mogelijkheid om in het eigen ziekenhuis, dan wel binnen een aantoonbaar hiertoe ingericht netwerk van ziekenhuizen, 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten, 7 dagen per week. Dit gebeurt bij patiënten die zich presenteren met een bloeding in het proximale maag-darmkanaal. Hiervoor is een gecertificeerde endoscopist aanwezig, met assistentie van een hiertoe aantoonbaar gekwalificeerde endoscopie-assistent in een hiertoe geschikte endoscopieruimte. Deze ruimte is voorzien van alle hiervoor benodigde apparatuur en medicatie, volgens de door de wetenschappelijke vereniging opgestelde richtlijn.*

Deze indicator vraagt naar de aanwezigheid van faciliteiten voor een 24-uurs-opvang en een dienstensysteem, blijkt uit dienstlijsten dan wel een sluitende verwijfspraak.

Zijn in uw ziekenhuis faciliteiten en een diensten-systeem aanwezig teneinde 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten?  ja  nee

Indien **nee**, hebt u afspraken die u in staat stellen patiënten die een interventie-endoscopie nodig hebben te verwijzen naar een ander ziekenhuis op zodanige wijze dat zij binnen 24 uur een scopie kunnen ondergaan?  ja  nee

Toelichting:

- Indien er binnen uw regio gedocumenteerde afspraken aanwezig zijn met ambulancediensten die waarborgen dat patiënten vervoerd worden naar een ziekenhuis met 24-uurs faciliteiten, kan deze vraag met **ja** worden beantwoord.

### 8.1.2 Indicator: Digitale verslaglegging endoscopie

*De endoscopische procedures die worden uitgevoerd door het MDL-team zijn niet zelden geïndiceerd in het kader van surveillance van een bekende aandoening of een verhoogd risico hierop. Daarnaast worden vaak endoscopische verrichtingen uitgevoerd op verzoek van andere specialismen zoals de Huisartsgeneeskunde, de Inwendige Geneeskunde of de Heelkunde. Een duidelijke verslaglegging die gemakkelijk te herleiden of terug te vinden is, is dan ook essentieel. Digitale verslaglegging is hiervoor de meest aangewezen methode. Dit biedt namelijk de mogelijkheid van opslaan van verslagen inclusief afbeeldingen. Hierdoor wordt het oproepen en het delen van verslagen met andere gebruikers vergemakkelijkt. Daarnaast kan op gestructureerde wijze (bijvoorbeeld middels het gebruik van tekstblokken en het aanvinken van bevindingen) verslag worden gedaan van procedures waardoor diverse gegevens makkelijker te gebruiken zijn. Onderzoek heeft uitgewezen dat digitale verslaglegging weliswaar een kostbare investering is, maar dat deze investering na drie jaar terugverdiend kan worden en dus kosteneffectief is.<sup>[43]</sup>*

*Deze indicator is een indicatie hoe verslagen van endoscopische procedures worden opgeslagen, kunnen worden gebruikt voor nauwkeurige surveillance en toegankelijk zijn voor belanghebbenden. Het gaat hierbij dus om de documentatie van de complete procedure, inclusief (een selectie van) beeldmateriaal, gekoppeld aan de procedure. Het opstellen van een digitaal verslag op een tekstverwerker valt dus niet binnen de definitie van digitale verslaglegging.*

Is er sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure, inclusief beeldmateriaal)?  ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

Toelichting:

\* Geef toelichting

[43] Groenen MJ, Ajodhia S, Wynstra JY, et al. A cost-benefit analysis of endoscopy reporting methods: handwritten, dictated and computerized. *Endoscopy* 2009;41:603-9.

## 8.2 Snelheid uitvoeren scopie

### 8.2.1 Indicator: MDL-scopie binnen 24 uur

*Tijdige diagnose en therapie van bloedingen in de proximale tractus digestivus beperkt de bloedtransfusiebehoefte en de opnameduur. Ook verbetert de uitkomst met betrekking tot het aantal recidiefbloedingen en de overleving.*

- **Exclusie criterium:**
  - Patiënten met een bloeding ontstaan tijdens een opname op andere indicatie.
- **Definities:** bloeding proximale tractus digestivus kenmerkt zich door een combinatie van haematemesis, melaena, collaps, RR-systolisch < 110 mm Hg, Polsfrequentie > 100 /min, Ureum > 6,5 mmol/l, Hb < 8 mmol/l (m) en/of Hb < 7,5 mmol/l (v).

De uitkomst van deze indicator is het percentage van het aantal patiënten dat geregistreerd is met een acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal volgens de geldende DBC-code, bij wie binnen 24 uur na opname in het ziekenhuis een endoscopie plaatsvond. De geldende DBC-code is 403 oorz(aken) ac(uut) bloedverl(ies) (gn varices)<sup>[44]</sup>. De volledige DBC-typering voor de MDL-artsis:

- 11-403-101
- 11-403-102
- 11-403-103.

Als er een voldoende deskundige internist aanwezig is, kunnen deze scopieën ook opgenomen worden in de indicator.

- **Teller**  
Het aantal patiënten bij wie binnen 24 uur na binnenkomst in het ziekenhuis een endoscopie plaatsvond in het verslagjaar. Bron hiervoor is het verslagleggingstelsel van de afdeling Endoscopie.
- **Noemer**  
Het aantal patiënten dat opgenomen is in het verslagjaar wegens acute bloeding van de proximale tractus digestivus. Bron hiervoor is het DBC-registratiesysteem van het ziekenhuis.

[44] 11 staat voor reguliere zorg, 403 oorzaken acuut bloedverlies (niet varices), 101 = reguliere behandeling poliklinisch, 102 = reguliere behandeling met dagopname, 103 = reguliere behandeling met klinische episode). De volledige prestatiecode van de DBC is xx 18110004030101(of 102 of 103), waarbij xx de code van het ziekenhuis is en 18 de code van het specialisme MDL. De scopie valt als verrichting binnen het profiel van de DBC.

Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:		
Teller: aantal patiënten bij wie binnen 24 uur na opname endoscopie plaatsvond.		
Noemer: aantal patiënten opgenomen wegens acute bloeding proximale tractus digestivus.		
Percentage (wordt automatisch berekend):	%	
Toelichting:		

#### Referenties

- [45] National survey of UK emergency endoscopy units. BMJ 2005;330:1000-1001.
- [46] Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. NEJM 2008;359:928-937.
- [47] Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal hemorrhage: multicenter validator and prospective evaluation. Lancet 2009;373:42-45.
- [48] Out of hours gastroenterology, a position paper. BSG 2007.

## 9 Verloskunde

### 9.1 De spontane bevalling

Verloskundige zorg heeft een belangrijke plaats in het ziekenhuis. Daaruit volgt dat het een toezichtonderwerp met aandacht is. De geboorte is een belangrijk moment in het leven waarop orgaansystemen als de longen voor het eerst belangrijke functies uit gaan oefenen. Dit vraagt om een deskundige begeleiding. Tegelijkertijd is het ook een normaal fysiologisch proces dat vraagt om terughoudendheid bij medisch ingrijpen. Daarom is in deze groep ook een indicator opgenomen die een indicatie geeft van die balans tussen ingrijpen in en toezien op het natuurlijke proces.

#### 9.1.1 Indicator: Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'

De zorg voor de bevalling richt zich op het op zo veilig mogelijk wijze komen tot een zo normaal mogelijke bevalling. Zowel sectio caesarea als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met een verhoogde kans op morbiditeit en mortaliteit van moeder en kind. Een spontane partus geeft de laagste kans op morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind, bij de huidige bevalling en bij toekomstige bevallingen. Daarom is gekozen voor een indicator die zich richt op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane partus in de tweede- en derdelijnszorg. Zoals veel indicatoren indiceert deze indicator bij een laag (of hoog) aantal spontane partussen alleen voor nader onderzoek door de IGZ. Een laag aantal normale partussen kan veroorzaakt worden door het vóórkomen van veel pathologie in de groep zwangeren waarvoor het ziekenhuis zorg draagt. De indicator maakt onderscheid in twee groepen waarvan groep a geheel door de tweede of derde lijn wordt begeleid en groep b tijdens de bevalling wordt overgedragen. De indicator is geaccordeerd door de algemene ledenvergadering van de NVOG op 13 november 2009. NTSV staat voor 'nulliparous term singleton vertex', ook gebruikt in de internationale literatuur, een referentiegroep van à terme (37<sup>o</sup> - 41<sup>+6</sup> weken) nulliparae met een éénlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

- **Definities**  
Onder spontane partus wordt verstaan een bevalling waarbij de vrouw het kind op eigen kracht uitdrijft, eventueel geholpen met fundusexpressie. Partus waarbij een vaginale kunstverlossing of een sectio caesarea zijn toegepast, zijn uitgesloten.
- **Inclusiecriteria:**
  - Eerste zwangerschap van de moeder (nulliparae).
  - Zwangerschap á terme (37<sup>o</sup> - 41<sup>+6</sup> weken).
  - Het kind in hoofdligging.

# Gegevens  
per locatie  
aanleveren

Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten  
verspreid over meer dan een locatie?

ja  
#  nee

#### Spontane partussen volgens definitie in de inclusiegroep

A Moeder en kind voor de start van de bevalling (ontsluiting of uitdrijving) onder verantwoordelijkheid gebracht/verwezen naar de tweede lijn.

B Moeder en kind overgedragen van de 1e naar de 2e lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.

C Totaal alle spontane partussen in de 2e lijn (C = A + B).

#### Partussen in de inclusiegroep

D Moeder en kind voor de start van de bevalling (ontsluiting of uitdrijving) onder verantwoordelijkheid gebracht/verwezen naar de tweede lijn.

E Moeder en kind overgedragen van de 1e naar de 2e lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.

F Totaal alle partussen in de 2e lijn (F = D + E) in de inclusiegroep.

Percentage 1 (A/D) (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (B/E) (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 1 (C/F) (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Bron  
LVR 2

#### Referentie

[49] NVOG Kwaliteitsnorm 'Preventie van moedersterfte' (2003); NVOG Richtlijn 'Vaginale kunstverlossing' (2005) 107, [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl).

## 9.2 Audit van perinatale zorg

In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen. Het overgrote deel van de zwangerschappen eindigt met een gezonde moeder en een gezond kind. Echter, jaarlijks overlijden ongeveer 1700 kinderen rond de geboorte (0,1%).

In Nederland bestaat de perinatale sterfte uit foetale sterfte (ongeveer 6-7 per 1000) en neonatale sterfte (ongeveer 3-4 per 1000). Nederland presteert relatief slecht op dit gebied en verbeteringen zijn mogelijk. Eén van de mogelijkheden voor het verbeteren van de perinatale sterfte is het verbeteren van de samenwerking van de zorgverleners betrokken bij de perinatale zorg. De perinatale audit is een instrument om suboptimale aspecten van zorg op te sporen en de kwaliteit van (keten)zorg te verbeteren door analyse van sterfgevallen.<sup>[50-52]</sup> In de toekomst kan de audit uitgebreid worden met de analyse van morbiditeit.

De bij de perinatale zorg betrokken beroepsgroepen werken samen aan de invoering van een landelijk gestandaardiseerd systeem van audits. In 2007 is een start gemaakt met de voorbereiding en sinds eind 2009 is deze landelijke audit ingevoerd. Deze wordt gecoördineerd door de Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). De meerwaarde van een georganiseerde perinatale audit ligt in de systematiek en methodiek. Goede voorbereiding, een systematische aanpak, het gebruik van de juiste analysemethoden en een getraind multidisciplinair team zijn de voorwaarden voor het vinden van goede verbeterpunten voor de zorg.

Het systeem van audits bestaat uit:

- Lokale audits waarbij zorgverleners binnen een perinatologisch samenwerkingsverband op termijn alle gevallen van perinatale sterfte analyseren. De lokale audit vormt de basis van het landelijk systeem van perinatale audit.
- Audits georganiseerd door de tien regioteams waarbij punten worden besproken die voor de hele regio van belang zijn.
- Een jaarlijkse landelijke audit over een specifiek onderwerp. Deze kan leiden tot richtlijnontwikkeling, verbetering van de (na)scholing of beleidsveranderingen.

Gegevens over de audits worden elektronisch vastgelegd. Het systeem heeft voorzieningen voor terugkoppeling van de conclusies en aanbevelingen naar de eigen maatschap, het ziekenhuis of het samenwerkingsverband.

[50] Jaarboeken PRN.

[51] Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

[52] Website Perinatale Audit Nederland.

### 9.2.1 Indicator: Mate van invoering perinatale audits

Met deze indicator wordt inzichtelijk of de perinatale audit is uitgevoerd en zo ja, of deze is uitgevoerd volgens de daarvoor landelijk ontwikkelde systematiek.

- Definities
  - Perinatale sterfte: doodgeboorte of sterfte tot en met 28 dagen na de geboorte, na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken.
  - Perinatale audit: een op gestructureerde wijze uitgevoerde, kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening, die voldoet aan de volgende eisen:
    - De aanwezigheid van minimaal de volgende zorgverleners:
      - . Gynaecoloog.
      - . 1e lijnsverloskundige/verloskundig actieve huisarts.
      - . 2e lijnsverloskundige/verloskundig actieve huisarts (indien aanwezig in samenwerkingsverband).
      - . Kinderarts.
      - . O&G verpleegkundige.
      - . indien relevant voor de te bespreken casus, worden andere zorgverleners uitgenodigd.
    - Er is een chronologisch verslag van de casus opgesteld.
    - De gegevens van de audit zijn vastgelegd in de relevante registratiesystemen (PARS1 en PARS2).

Wordt in uw ziekenhuis perinatologische zorg verleend?

ja

nee

Hoeveel lokale audits die aan bovengenoemde voorwaarden voldoen zijn er in het verslagjaar georganiseerd binnen het perinatologisch samenwerkingsverband?

Toelichting:

## 10 Kwetsbare groepen

De IGZ stelt zich in haar meerjarenplan onder andere als doel meer en gericht aandacht te besteden aan de zorg voor kwetsbare groepen. Over veel kwetsbare groepen is geen aparte informatie beschikbaar, zoals asielzoekers of allochtonen. Patiënten die een speciale kwetsbaarheid hebben op grond van leeftijd zijn op vele plaatsen in de basisset beschreven.

Het betreft dan kinderen óf oudere patiënten. Zo is in deze basisset voor 2011 een indicator delirium bij ouderen opgenomen die specifiek op ouderenproblematiek ingaat. Aan de groep oudere patiënten wordt op vele plaatsen aandacht besteed, ook omdat nu eenmaal veel ziekten vooral op oudere leeftijd voorkomen.

Kinderen en ouderen hebben met elkaar gemeen dat de belastbaarheid van hun lichaam aanzienlijk kleiner is dan dat van jongere volwassenen. Dat uit zich in een hogere frequentie van aandoeningen, een relatief groot gebruik van ziekenhuisvoorzieningen en een grotere kans op complicaties bij behandelingen. Dezelfde problematiek doet zich voor bij chronisch zieken, die ook verhoogd kwetsbaar zijn voor andere aandoeningen. Hieraan zal bij de specifieke indicatoren aandacht worden besteed.

### Ouderen als kwetsbare groep

De meeste ziekten waarvoor indicatoren zijn opgenomen in de basisset komen vaker voor bij ouderen. Er is geen duidelijke leeftijdsgrens waarboven dit geldt. Bij enkele indicatoren beschreven fenomenen speelt de leeftijd een zo belangrijke rol dat er een minimum leeftijdsgrens is opgenomen. Indicatoren waarbij de sterfte een rol speelt, zoals het myocardinfarct, zijn daar een voorbeeld van, maar ook de heupfractuur. Deze fractuur komt wel op jongere leeftijd voor, maar osteoporose speelt bij ouderen een zo belangrijke rol dat er eigenlijk sprake is van een andere aandoening. Daarom beperkt deze indicator zich tot patiënten van 65 en ouder. Hetzelfde geldt voor het delirium dat ook op jongere leeftijd voorkomt (zelfs met een hoge incidentie op de kinderleeftijd), maar dat boven de 70 een zoveel hogere incidentie kent dat alleen boven die leeftijd specifieke screening effectief is. De betreffende indicator beperkt zich dan ook tot patiënten van 70 jaar en ouder.

Er is bij deze groep geen lijst met indicatoren opgenomen. Vrijwel elke indicator die zich niet expliciet beperkt tot de kinderleeftijd raakt aan delen van de zorg die belangrijk zijn voor ouderen.

### Kinderen als kwetsbare groep

Kinderen zijn in meerdere opzichten een bijzondere groep. Ten eerste is zoals gezegd de reservercapaciteit van kinderen kleiner dan volwassenen, en daarmee hun belastbaarheid. Ten tweede groeit het kinderlichaam en ook dit leidt tot een bijzondere problematiek. Tot slot ondervinden kinderen gezien hun potentieel lange levensduur veel langer last van langetermijncomplicaties van behandelingen. Dit alles maakt hen tot een groep die bijzondere aandacht verdient van een inspectie voor de gezondheidszorg. De indicatoren die in deze groep vallen zijn nadrukkelijk breder dan de kindergenees-

kunde. Ze omvatten alle zorg die aan kinderen tussen de 0 en 18 jaar wordt gegeven, inclusief de zorg voor bevallingen die plaatsvinden in het ziekenhuis.

De indicator die in dit hoofdstuk wordt omschreven is de indicator kindermishandeling. Indicatoren die in andere hoofdstukken zijn opgenomen die specifieke onderdelen voor de zorg voor kinderen omvatten zijn:

- **Verpleging**
  - Ondervoeding.
- **Intensive care**
  - Beademingsuren bij kinderen.

## 10.1 Infrastructuur signalering kindermishandeling

Kindermishandeling is elke vorm van geweldpleging of verwaarlozing op fysiek, psychisch of seksueel gebied, door toedoen of nalaten van personen met wie het kind (< 18 jaar) in een afhankelijkheidsrelatie staat, waardoor schade voor het kind ontstaat of in de toekomst zou kunnen ontstaan (Wet op de jeugdzorg 2005). Hieronder vallen ook verwaarlozing en onthouding van essentiële hulp, medische zorg en onderwijs en het getuige zijn van huiselijk geweld. De omvang van kindermishandeling wordt in de studie van IJzendoorn<sup>[48]</sup> geschat op 107.200, dit betekent 30 gevallen van kindermishandeling op iedere 1000 kinderen per jaar. 40.000 kinderen zijn slachtoffer van lichamelijke, emotionele of educatieve verwaarlozing. Lichamelijke mishandeling komt voor bij ruim 19.000 kinderen, seksueel misbruik bij ruim 4.700 kinderen. 25 procent van het totaal aantal slachtoffers is dus slachtoffer van lichamelijk of seksueel geweld. Verder komen verwaarlozing en emotionele mishandeling voor. Uit onderzoek van Kuyvenhoven<sup>[50]</sup> blijkt dat er mogelijk 40-50 kinderen per jaar in Nederland overlijden aan de gevolgen van kindermishandeling. Zeer waarschijnlijk ligt het getal hoger.

### Signaleren en aanpakken

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 ernstig tekort.

In 2009 was slechts 7 procent van de meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) afkomstig uit een ziekenhuis. Gebrekkige signalering en aanpak van kindermishandeling door ziekenhuizen kan het gevolg zijn van lacunes in kennis, maar ook van weerstanden op emotioneel gebied. Ook vormt de communicatie met ouders en kinderen over dit buitengewoon lastige onderwerp vaak een barricade.

### 10.1.1 Indicator: Multidisciplinair team kindermishandeling

*Het doel van deze kwaliteitsindicator is het verbeteren van de signalering van kindermishandeling in ziekenhuizen.*

*Signalen en symptomen van kindermishandeling zijn zeer divers en zelden eenduidig. Een juiste aanpak vereist een zorgvuldige werkwijze volgens het medisch model: anamnese, lichamelijk onderzoek, differentiaal diagnose en verzamelen van aanvullende informatie. In het ziekenhuis moet een aantal experts, verzameld in een team kindermishandeling, de individuele medewerker adviseren. De toetsing van het vermoeden kan op deze manier plaatsvinden in dit team. Dit team zal minimaal bestaan uit een kinderarts, een gedragsdeskundige of een maatschappelijk werkende, een (kinder-)chirurg/SEH-arts en/of orthopeed, een verpleegkundige van de kinderafdeling, een verpleegkundige van de SEH-afdeling en een vertrouwensarts van het AMK. Vertegenwoordiging van een gynaecoloog en een radioloog op afroep wordt aanbevolen. Het team levert inhoudelijke expertise over patiëntenproblemen, maar ook morele en zo nodig juridische steun c.q. intervisie en supervisie. Daarnaast kan via het team een centrale registratie van alle vermoedens en de aanpak daarvan met follow-up van de patiënt plaatsvinden.*

Is er in het ziekenhuis een team kindermishandeling actief met een vergelijkbare samenstelling als bovengenoemd?  ja  nee

Zo ja, komt dit team minstens 4 keer per jaar bij elkaar om patiëntencasussen te bespreken?  ja  nee

Heeft naast diverse ziekenhuismedewerkers ook een vertrouwensarts van het AMK zitting inzake kindermishandeling?  ja  nee

Toelichting:

## 10.2 Signalering kindermishandeling

### 10.2.1 Indicator: Signalering kindermishandeling

*Kindermishandeling kan naar voren komen op alle afdelingen waar ouders en kinderen worden gezien en signalering is daarmee de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. Door de inzet van gestructureerde signaleringsmethodes, een beleid gericht op scholing van medewerkers, een actieve meldcode en een actief functionerend team kindermishandeling wordt de signalering van vermoedens van kindermishandeling bevorderd.*

*Vanuit de gedachte dat het kind centraal moet staan, richt deze kwaliteitsindicator zich op signalering van kindermishandeling op alle (poli-)klinische afdelingen.*

*De zorgverlener die deskundige interventie biedt, zorgt ervoor dat professionele deskundige interventie biedt, zorgt ervoor dat professionele diagnostiek bij elk vermoeden plaats kan vinden en dat de veiligheid van de patiënt altijd voorop staat.*

*Elk blijvend vermoeden leidt tot een melding bij het AMK, of, in uitzonderlijke gevallen wordt afgezien van melding en wordt hulpverlening ingezet met adequate follow-up. Ook na melding wordt de patiënt vervolgd tot men tevreden is met de ingezette hulpverlening dan wel interventies.*

*Kindermishandeling komt vaker voor bij bepaalde bevolkingsgroepen. Aantallen van in de werkgroep besproken kinderen zullen naast demografie afhangen van de ervaring van betrokken artsen en verpleegkundigen. De kwaliteitsindicator kan leiden tot een verdere analyse van de factoren die hebben bijgedragen aan het resultaat.*

Teller: aantal kinderen (< 18 jaar) met een vermoeden van kindermishandeling aangemeld (mondeling of schriftelijk) bij het team kindermishandeling in datzelfde jaar.

Noemer: het totaal aantal eerste bezoeken van kinderen < 18 jaar aan alle (poli-) klinische afdelingen.<sup>[53]</sup>

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

[53] Opnames + eerste polikliniekbezoeken + (dag)opnames ongeacht indicatie en inclusief verloskunde (tweedelijns).

## 11 Algemeen kwaliteitsbeleid

Een ziekenhuis is meer dan een verzameling processen en functies. Een samenhangend beleid, het goed faciliteren van de zorg voor patiënten en een goed kwaliteitsbeleid zijn enkele van de punten die een goed ziekenhuis kenmerken. Ook heeft een goed kwaliteitsbeleid voor een toezichthouder een ander groot belang. Bij een goed beleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen kan worden gepraat kan voorkomen dat er zelfs maar enig risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van het ziekenhuis. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen. Dit zijn ook de indicatoren die zijn opgenomen in dit hoofdstuk.

Het is natuurlijk ook zo dat bijna alle indicatoren die zijn opgenomen in andere hoofdstukken een indicatie geven van het algemene kwaliteitsbeleid. Een belangrijk onderdeel dat overal terugkomt is de beschikbaarheid van kwaliteitsdata over het eigen proces. Zonder gegevens is een algemeen kwaliteitsbeleid blind.

- **Indicatoren**
  - Jaargesprekken
  - IFMS
  - Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

## 11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist. Dat leidt tot de stelling dat verantwoorde medisch specialistische zorg in belangrijke mate wordt bepaald door de kwaliteit van de medisch specialist. Het feit dat de kwaliteit van een ziekenhuisorganisatie eveneens zeer belangrijk is voor verantwoorde zorg doet niets af aan die constatering. Ook staat niet ter discussie dat de mate van integratie tussen determinanten voor verantwoorde zorg zo mogelijk nog belangrijker is dan de individuele kwaliteiten.

Het moge duidelijk zijn dat alle partijen betrokken bij de basisset de ontwikkeling, die de individuele kwaliteit van de medisch specialist effectief en efficiënt verhoogt, toejuichen. De afgelopen jaren zijn hier een aantal belangrijke initiatieven in genomen.

Op dit moment zijn er tenminste twee systemen operationeel waarmee of waarin medisch specialisten werken om hun individueel functioneren te evalueren. Deelname aan één of beide systemen draagt bij aan het verhogen van de kans op verantwoorde zorg. Dit is de ratio voor het invoeren van een indicator op dit gebied in de basisset voor het toezicht.

De kwaliteitswet zorginstellingen legt de integrale eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij de Raad van Bestuur van de instelling. Het is voor de IGZ dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de gesprekken zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

### 11.1.1 Indicator: Jaargesprekken

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

Is het systeem van jaargesprekken tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist ingevoerd in het ziekenhuis?  ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

In welke maand van welk jaar is het eerste gesprek volgens dit systeem gehouden (indien meer dan 24 maanden geleden mag meer dan 24 maanden geleden als antwoord gegeven worden)?

Teller: het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar<sup>[64]</sup> aan minimaal één jaargesprek heeft deelgenomen.

Noemer: het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht heeft in de instelling (ongeacht het soort dienstverband).

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

[64] Het gaat hier om individuele medisch specialisten. Een medisch specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren telt één maal. Medisch specialisten die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.

\* Geef toelichting

**11.1.2 Indicator:  
IFMS**

Op 21 april 2008 is het Rapport IFMS (Individueel Functioneren van Medisch Specialisten) van de Orde van Medisch Specialisten na een succesvolle pilot officieel gepresenteerd<sup>[65]</sup>. IFMS heeft als motto: 'van medisch specialisten, voor medisch specialisten' en richt zich op het versterken van het individueel functioneren van de medisch specialist. De medisch specialist houdt daartoe onder andere een portofolio bij van gegevens over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zeven in de CCMS genoemde kerncompetenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, afhankelijk van de locale invulling inclusief de patiënt. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd met een collega medisch specialist.

Is IFMS, zoals beschreven in het Orde-rapport d.d. 21 april 2008, in volle omvang ingevoerd? Zo nee: gaarne toelichting welke modificaties zijn uitgevoerd.  ja  nee  n.v.t.

In welke maand van welk jaar is het eerste gesprek volgens dit systeem gehouden (indien meer dan 24 maanden geleden mag meer dan 24 maanden geleden als antwoord gegeven worden)?

Teller: het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar<sup>[66]</sup> aan minimaal één gesprek heeft deelgenomen.

Noemer: het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht heeft in de instelling (ongeacht het soort dienstverband); noemer is gelijk aan indicator 11.1.1.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

[65] [http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_397\\_TICH\\_R2087051227327008](http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_397_TICH_R2087051227327008)

[66] Het gaat hier om individuele specialisten. Een specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn functioneren telt één maal. Specialist die als gespreksleider functioneren bij gesprekken over andere specialisten mogen niet meegeteld worden.

\* Geef toelichting

Ontvangt de Raad van Bestuur informatie over het aantal aan IFMS deelnemende medisch specialisten in het eigen ziekenhuis?  ja  nee  n.v.t.

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 11.2 Disfunctioneren medisch specialisten

### 11.2.1 Indicator: Regeling mogelijk disfunctioneren<sup>[67]</sup> medisch specialisten

De kerntaak van de IGZ is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij in geen enkele instelling behandeld worden door medisch specialisten die zo disfunctioneren dat zij onverantwoorde zorg ontvangen. De IGZ is recent aangesproken op het hebben van onvoldoende inzicht in het beleid rond het disfunctioneren van professionals in ziekenhuizen. Het IFMS-rapport stelt dat er een goede procedure in het ziekenhuis aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. De IGZ treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De IGZ gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord.

De IGZ kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

Heeft het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?  ja  nee \*

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed?  ja  nee \*

Toelichting:

\* Geef toelichting

[67] 'Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.'

## Wijzigingen basisset 2012 ten opzichte van 2011

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
<b>1</b>	<b>Operatief proces</b>					
1.1	Pijn na een operatie	x				
1.2	Heupfractuur		x			Een typefout gecorrigeerd in de DCB codes.
1.3	Herstel achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer door middel van een vitrectomie				x	
1.4	Stopmoment IV: Time-out				x	Indicator opgenomen in de richtlijn peroperatief proces.
<b>2</b>	<b>Spoedprocessen</b>	x				
<b>3</b>	<b>Verpleegkundige zorg</b>					
3.1	Decubitus en huidletsels door incontinentie	x				
3.2	Ondervoeding	x				
3.3	Delirium	x				
<b>4</b>	<b>Intensive care</b>	x				
4.1	Structuur van de intensive care-afdeling	x				
4.2	Beademingsuren	x				
4.3	NICE	x				
<b>5</b>	<b>Oncologie</b>					
5.1	Samenwerking		x			Een vraag naar het multidisciplinair overleg (MDO) voor longcarcinoom is toegevoegd.
5.2	Borstkanker		x			Een vraag naar de deelname aan de borstkankerregistratie (DBCA) toegevoegd.
5.3	Longchirurgie				x	
5.4	Gastro-intestinaal		x			Een vraag toegevoegd naar deelname aan de DUCA, kwaliteitsbewaking van de behandeling van slokdarm en maagcarcinoom.

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
5.5	Blaascarcinoom	x				
5.6	Medicatieveiligheid	x				
5.7	Radiotherapie	x				
<b>6</b>	<b>Hart en vaten</b>					
6.1	Volume van risicovolle interventies		x			Vermelding normen toegevoegd.
6.2	Sterfte na eerste consult	x				
6.3	Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)				x	Indicator sterfte na myocardinfarct en PCI samengevoegd en opnieuw ingericht.
6.4	Evaluatie na inbrengen pacemakers		x			Al eerder bekend gemaakt erratum ingevoegd.
6.5	Cerebrovasculair accident (CVA)	x				
<b>7</b>	<b>Infectieziekten</b>					
7.1	Ziekenhuisinfecties	x				
7.2	Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)				x	Indicator over tijdigheid Procesindicator over antibiotica-toediening vervangen door structuurindicator over risicoscore.
<b>8</b>	<b>Maag-darm-lever (MDL)</b>					
8.1	MDL-infrastructuur					Vraag over de verslaglegging van scopieën toegevoegd.
8.2	Snelheid uitvoeren scopie	x				
<b>9</b>	<b>Verloskunde</b>					
9.1	De spontane bevalling	x				
9.2	Audit van perinatale zorg				x	
<b>10</b>	<b>Kwetsbare groepen</b>					
10.1	Infrastructuur signalering kindermishandeling		x			
10.2	Signalering kindermishandeling		x			Inclusiecriteria nader gespecificeerd (tweedelijnsbevallingen).

Nr.	Indicator	Vraagstelling ongewijzigd	Aangepast	Vervallen	Nieuw	Opmerking
<b>11</b>	<b>Algemeen kwaliteitsbeleid</b>					
11.1	Evaluëren van het functioneren van medisch specialisten	x				
11.2	Disfunctioneren medisch specialisten	x				
	<b>Vervallen</b>					
	Cataractverslaglegging, interval tussen ingrepen			x		
	Complicatieregistaties			x		



# Colofon

De Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2012 is totstandgekomen in samenwerking met

NVZ Vereniging van ziekenhuizen

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

OMS Orde van Medisch Specialisten