



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het resultaat telt
ziekenhuizen

2011

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	7
Inleiding resultaten	11
1 Operatief proces	15
1.1 Pijn na een operatie	18
1.2 Heupfractuur	26
1.3 Cataract	35
2 Verpleegkundige zorg	38
2.1 Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie	40
2.2 Ondervoeding	45
2.3 Delirium	52
3 Spoedprocessen	58
4 Intensive care	61
5 Oncologisch proces	70
5.1 Multidisciplinair overleg (MDO)	73
5.2 Borstkanker	78
5.3 Gastro-intestinaal	83
5.4 Blaascarcinoom	89
5.5 Medicatieveiligheid	94
5.6 Radiotherapie	99
6 Hart en vaten	102
6.1 Volume van risicovolle interventies in de vaatchirurgie	104
6.2 Cardiologie	108
6.3 Cerebrovasculair accident (CVA)	121
7 Infectieziekten	127
7.1 Ziekenhuisinfecties	129
7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	134
8 Maag-darm-lever (MDL)	139
9 Verloskunde	143

10	Kwetsbare groepen	147	
11	Algemeen kwaliteitsbeleid	151	
	11.1	Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	154
	11.2	Complicatieregistratie	160
	Lijst van afkortingen	166	

Voorwoord

Jaarlijks publiceert de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapportage over de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen. In dit rapport kunt u de resultaten lezen van de kwaliteitsindicatoren over 2011. De basisset kwaliteitsindicatoren en onderhavige publicatie komen tot stand in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten, NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Dit jaar is ook Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) tot het bestuurlijke samenwerkingsverband toegetreden. Ik ben erg blij met hun aanwezigheid en vertrouw erop dat zo de verpleegkundige expertise stevig verankerd wordt in de kwaliteitsindicatoren.

Kwaliteitsindicatoren richten zich op de aspecten in de zorgverlening die de grootste risico's voor kwaliteit en veiligheid kennen. Dit is geheel in lijn met het Meerjarenbeleidsplan 2012-2015 van de inspectie. Wij gebruiken indicatoren om risico's in kaart te brengen en ons inzicht te geven in de aard en omvang daarvan. Zo kunnen we beoordelen welke risico's of welke ziekenhuizen nadere aandacht behoeven. Eventuele handhavende maatregelen worden pas genomen ná nader onderzoek. Uit de indicatoren blijkt dat er vooruitgang is op vele terreinen. De indicatoren die vragen naar screening op ondervoeding en delirium, snelheid van trombolysen na CVA, en de volumecriteria, laten duidelijke verbeteringen zien ten opzichte van voorgaande jaren. Dat is erg positief en wil ik hier graag benadrukken.

Dit rapport heeft elk jaar een thema. Dit jaar is het thema de zorg voor kwetsbare ouderen. Wij hebben gemerkt uit de resultaten maar ook uit de gesprekken die we daarover voerden met de koepels, de wetenschappelijke verenigingen, de branches en andere betrokkenen, dat in ziekenhuizen vooral oog en aandacht moet zijn voor een goede balans tussen wat mogelijk is en wat wenselijk is voor de oudere patiënt. Dat wat een oudere patiënt kan dragen, moet in balans zijn met de last afkomstig van de behandeling. Goede regievoering en goede communicatie is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde.

Daarnaast spelen bij oudere patiënten vaak veel meer zaken dan 'enkel' het ziektebeeld. Denk bijvoorbeeld aan de voedingstoestand van de oudere of de grote kans op een delier. Wij zien dat steeds meer ziekenhuizen via gerichte screenings deze problematiek trachten te beheersen. De investering is groot, maar ook de positieve effecten zijn groot. Ik vraag daarom graag uw aandacht hiervoor. Het ziekenhuis moet de screenings ook in samenhang bezien. Het is aangetoond dat ondervoeding, decubitus, pijn en delier elkaar onderling beïnvloeden. Een samenhangende aanpak verbetert de zorg voor de oudere patiënt.

De inspectie zal de komende jaren haar focus leggen op veilige zorg voor deze kwetsbare groep patiënten. Ik vraag u met klem om in uw ziekenhuis te bezien waar de zorg voor ouderen verbeterd kan worden. Er wordt door verschillende wetenschappelijke

verenigingen gewerkt aan normen op de terreinen van regievoering en hoofd-behandelaarschap, informatieoverdracht en screening op kwetsbaarheid. Uw aandacht voor deze aspecten zal de zorg voor de oudere patiënt veiliger maken.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Inleiding

‘Het resultaat telt 2011’ heeft als thema de zorg voor kwetsbare ouderen. Dit is een van de speerpunten uit het meerjarenbeleidsplan van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De grote groep kwetsbare, oudere patiënten loopt verschillende gezondheidsrisico’s waarbij de mogelijke gevolgen van ieder risico tevens groter zijn dan bij jongere patiënten die meer aan kunnen. Daarbij komt dat veel minder bekend is over de effecten van medische interventies bij ouderen omdat zij vaak niet worden opgenomen in wetenschappelijk onderzoek. Ouderenzorg is sowieso een maatschappelijk relevant thema omdat de groep kwetsbare ouderen zowel relatief als absoluut een steeds groter deel van de ziekenhuispopulatie vormt. Als een ziekenhuis de specifieke noodzakelijke extra maatregelen voor deze moeilijke groep patiënten goed weet te integreren in hun zorgprocessen, is de kans groter dat de zorg voor minder complexe patiënten ook goed is.

Casus inzicht en verwachtingen

De heer Gupps (75) heeft een alcoholprobleem en kreeg twee jaar geleden een herseninfarct (CVA). Het gevolg hiervan is uitval van zijn linker gezichtshelft, krachtsverlies en karakterverandering. Vaak gaat een herseninfarct gepaard met kleplijden, met hemodynamische afwijkingen. Op basis van metingen is vastgesteld dat Grupps’ hartfunctie beperkt is door de slechte kwaliteit van zijn hartkleppen. Hij komt in aanmerking voor nieuwe hartkleppen. De ingreep wordt echter door de toestand van de heer Grupps uitgesteld en hij leeft twee jaar in afwachting van zijn nieuwe hartkleppen. De verwachtingen zijn hooggespannen: Grupps denkt dat na de operatie zijn geheugen verbetert en dat hij ‘zich weer beter voelt’. Recent heeft hij samen met zijn vrouw opnieuw een gesprek met zijn cardioloog. In dat gesprek wordt echter duidelijk dat geen van zijn huidige klachten een relatie heeft met het functioneren van zijn hartkleppen. Daarom wordt besloten de kleppen pas te vervangen als hij klachten krijgt. Het echtpaar is zeer tevreden met het gesprek. De verwachtingen over het functioneren van de heer Grupps zijn reëler geworden en er is vertrouwen dat als hij klachten krijgt de ingreep zal plaatsvinden.

Geen enkele casus kan een zo complexe groep als kwetsbare ouderen helemaal typeren, maar veel aspecten van het probleem worden in de bovenbeschreven casus wel aangeraakt. Er is altijd een complexe voorgeschiedenis waarvan een deel direct van invloed is op het nieuwe probleem. Er zijn mogelijkheden om te behandelen, maar niet om alle problemen op te lossen. Bij de bepaling van wat mogelijk en wenselijk is, speelt naast medische factoren ook de persoonlijke situatie van de patiënt – waaronder zijn sociale situatie – een belangrijke rol. Er is een spanning tussen wat ‘technisch’ mogelijk is en de verwachtingen van de patiënt en zijn omgeving. De patiënt (of in deze casus zijn vrouw) spreekt met de orgaanspecialist, maar spreekt feitelijk over meer algemene zaken – zijn kwaliteit van leven. Het is van belang dat een arts aandacht voor deze algemene zaken heeft of krijgt.

Kwetsbaarheid, een balans tussen draagkracht en draaglast

Iemand is kwetsbaar als de belasting van het dagelijks leven gelijk of groter is dan wat hij aan kan. Dit betekent dat alles wat extra 'belasting' geeft niet meer opgevangen kan worden. Er is geen reservecapaciteit meer. Zo kan een lichte verkoudheid bij een kwetsbare patiënt al zorgen voor een grote achteruitgang in zijn functioneren. Zijn 'draagkracht' daalt verder en zijn belastbaarheid neemt daardoor ook weer af. Al snel is er sprake van een vicieuze cirkel. Een medische interventie zorgt altijd voor extra belasting. Als niet goed gekeken wordt naar de balans tussen de draagkracht van de patiënt en de belasting van de interventie, dan kan de patiënt in deze vicieuze cirkel terechtkomen. Kwetsbare ouderen is een verzamelterm, waarbij het om twee losse begrippen gaat. Kwetsbaarheid is waar het om draait. Aangezien de draagkracht afneemt met het stijgen van de leeftijd, worden ouderen geleidelijk steeds kwetsbaarder. Wetenschappelijke verenigingen benadrukken in gesprekken hierover dat een criterium met alleen leeftijd als uitgangspunt voor 'de kwetsbare ouderen' niet te geven is. Het hangt af van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast. Niet iedere oudere is kwetsbaar en niet iedere kwetsbare patiënt is oud.

Bij het vinden van een goede balans tussen de draagkracht en de draaglast van een patiënt spelen onder meer de volgende vier elementen een rol: de beoordeling van de draagkracht, inzicht in de zwaarte (draaglast) van interventies, de regie (overzicht) over de zorg en aandacht voor revolutionaire technieken. Deze vier elementen zijn aan elkaar gerelateerd. Voor adequate zorg moet eerst bekend zijn wat de draagkracht van de patiënt is. Vervolgens moet bekend zijn wat de draaglast van de beoogde behandeling(en) is. Om disbalans tussen draagkracht en -last te voorkomen is een compleet behandeloverzicht noodzakelijk. Dat vraagt om regievoering. Tenslotte moet men rekening houden met revolutionaire technieken die behandelingen met minder impact mogelijk maken. Of die eerder zijn toegepast en nu nog onbekende gevolgen kunnen hebben voor de draagkracht van de patiënt.

Beoordeling van de draagkracht

Over de behandeling van de patiënt vindt vaak al multidisciplinair overleg (MDO) plaats. Bij de huidige MDO's zitten voornamelijk specialisten die zich specifiek richten op de behandeling of de diagnostiek binnen één vakgebied, zoals de radiotherapeut bij een kwaadaardige tumor. Wat vaak nog ontbreekt is een generalist, zoals een algemeen internist of een geriatr, die de mogelijke behandeling afweegt tegen de draagkracht van de patiënt. Die afweging kan goed worden gemaakt met de comprehensive geriatric assessment, een uitgewerkte onderzoeksmethode voor het bepalen van de balans tussen belasting en draagkracht. De comprehensive geriatric assessment is een uitgebreid klinisch geriatrisch onderzoek, gedefinieerd als een 'multidisciplinair onderzoek dat de problemen van een oudere zoveel mogelijk opspoor, beschrijft en verklaart en de capaciteiten en zorgbehoeften van de persoon onderzoekt, om zo te komen tot een gecoördineerd en integraal zorgplan voor het individu'.^[1] Met deze aanpak kunnen de betrokken specialisten komen tot een behandel-

[1] Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment, NVKG (2010). www.kwaliteitskoepel.nl/kwaliteitsbibliotheek/richtlijnen.

plan dat rekening houdt met het evenwicht tussen de draagkracht en draaglast. Dit is van groot belang voor de kwaliteit van leven van de patiënt na een mogelijke ingreep.

Inzicht in de draaglast van interventies bij ouderen

Evidence based medicine gaat ervan uit dat de keuzes in de zorg vooral worden gemaakt op basis van wetenschappelijk bewijs en minder op persoonlijke voorkeur en ervaring. Kwetsbare ouderen zijn echter als groep sterk ondervertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek. Dat is niet verwonderlijk. Zij kunnen de extra belasting van een onderzoek vaak niet dragen. Zij hebben zoveel andere problemen dat het samenstellen van een goede onderzoeksgroep veel complexer is. Bij meerdere gezondheidsproblemen zijn veel effecten van behandelingen moeilijk waar te nemen en bijwerkingen lastig te onderscheiden. Het gemis aan evidence bij ouderen is bijvoorbeeld zichtbaar in de uitkomst na een operatie aan de darmen. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde gaf aan dat die uitkomst bij patiënten boven de 80 jaar slechter is dan op basis van het beschikbare onderzoek werd verwacht. De vereniging denkt erover de indicatie bij deze groep patiënten aan te passen. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie geeft het voorbeeld van de Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD). Studies naar deze inwendige defibrillator voor patiënten met een levensbedreigende hartritmestoornis houden op bij 75 jaar, terwijl de meeste patiënten die voldoen aan de criteria voor plaatsing van een ICD ouder zijn. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie stipt aan dat vaatschade na een operatie vaker een probleem is bij oudere patiënten. Ook hebben oudere patiënten eerder nierschade door het gebruik van verschillende medicatie.

De afwezigheid van goed onderzoek bij ouderen en vertaling daarvan in richtlijnen vergroot de onzekerheid over de draaglast van behandelingen bij deze groep patiënten. Dat maakt dat een behandelaar van kwetsbare ouderen vaker terug moet vallen op eigen ervaring en intuïtie en weinig wetenschappelijke houvast heeft.

Regie over de belasting van de zorg

Kwetsbare ouderen hebben bijna altijd meerdere problemen waarvoor zij zorg ontvangen. Dat maakt het lastig om een compleet beeld te krijgen van de belastbaarheid van de patiënt. Daarbij komt dat verschillende behandelingen een versterkend effect kunnen hebben wat weer ten koste gaat van wat de patiënt aankan. Dat geldt bijvoorbeeld voor medicatie, waarbij er zoveel medicamenten worden voorgeschreven dat er sprake is van polyfarmacie. Ook de interactie tussen medicamenten, ingrepen en bestraling bij de behandeling van kanker hebben nadelige effecten. Daarbij komt dat de zelfstandige gezondheidsproblemen negatieve gevolgen kunnen hebben. Zo vergroot ondervoeding de kans op doorligwonden en delirium. Delirium vergroot de kans op vallen en heupfracturen. Een heupfractuur vergroot de kans op doorligwonden. Het totale palet aan problemen overzien en vervolgens een verstandige keuze maken, vraagt specifieke vaardigheid en infrastructuur. De belangrijkste vaardigheid is het voeren van de regie over complexe, multidisciplinaire behandelteams, waarbij recht wordt gedaan aan de hooggespecialiseerde behandelaars maar ook aan de beperkte draagkracht van een kwetsbare oudere. In sommige gebieden van de oncologie lopen experimenten met 'casemanagers' als verantwoordelijke voor de regie. De hand-

reiking verantwoordelijkheidsverdeling^[2] van de KNMG geeft een overzicht van de aspecten, waaronder infrastructuur (zoals een toegankelijk behandelplan en een goede informatievoorziening), die daarbij geregeld moeten worden.

Alertheid voor de mogelijkheden van revolutionaire technieken

Minimaal invasieve chirurgie biedt nieuwe behandel mogelijkheden voor patiënten die onvoldoende draagkracht hebben om een open chirurgische ingreep te doorstaan. Voorbeelden daarvan zijn de endovasculaire behandeling van een verwijde buikslagader. Of het via de lies vervangen van hartkleppen. Deze technieken zijn ontworpen om toe te passen bij kwetsbare patiënten, maar zijn vaak minder effectief dan de conventionele techniek. De draaglast van deze ingreep voor de patiënt is minder, maar het lange termijn resultaat van de behandeling ook. Daarnaast is de behandeling zelf kostbaar en is de levensverwachting van de patiënten beperkt. Dat maakt dat een zorgvuldige afweging noodzakelijk is om tot verantwoorde toepassing van deze technieken te komen. Nieuwe technieken leiden er ook toe dat patiënten in een latere fase van hun leven te maken krijgen met complicaties van behandelingen die zij op jonge leeftijd ondergingen. Patiënten met aangeboren hartafwijkingen worden door een beter behandeling nu zo oud dat er een groep oudere patiënten bestaat die nooit is gecontroleerd en kampt met complicaties van operaties waar geen documentatie meer over beschikbaar is. Orthopeden hebben aandacht gevraagd voor problemen bij patiënten die op middelbare leeftijd een totale heupvervangende ondergingen en bij wie op latere leeftijd breuken ontstaan rondom de prothese. Dat maakt duidelijk dat verantwoorde zorg voor ouderen ook inhoudt dat bij de zorg voor jongeren al wordt doorgedacht over de effecten van deze zorg op latere leeftijd.

Rol van de IGZ

De IGZ zal zich in haar toezicht rond het thema kwetsbare ouderen richten op:

- Versterken van de signalering van kwetsbaarheid via:
 - Aandacht voor screening en het gebruik van screeningsgegevens voor onder meer ondervoeding, delirium, wondzorg en pijn.
 - Geïntegreerde beoordeling van de toestand van de patiënten via een comprehensive geriatric assessment of gelijkwaardige beoordeling bij risicovolle behandelingen.
- Toe zien op de invoering van de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling om te komen tot betere regie van de zorg bij kwetsbare ouderen. Onder zorg wordt in dit geval verstaan: alle interventies, inclusief medicatie^[3], operatieve interventies al dan niet minimaal invasief of andere middelen zoals fysiotherapie.
- Toe zien op verantwoorde overdracht van informatie tussen behandelaars.
- Toe zien op verantwoorde zorgdocumentatie bij behandelingen waarvan op latere leeftijd gevolgen zijn te verwachten.
- Stimuleren van aandacht voor de effecten van behandeling op ouderen bij het opstellen van richtlijnen.

[2] Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG, 26 januari 2010.

[3] Speerpunten van de IGZ rond medicatie zijn polyfarmacie bij kwetsbare ouderen en medicatieoverdracht op de polikliniek geriatrie.

Inleiding resultaten

De IGZ heeft de basisset van 2011 en daarmee ‘Het resultaat telt’ over hetzelfde verslagjaar anders ingedeeld. Indicatoren zijn gegroepeerd naar grotere zorgprocessen (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg of operatief proces). Vanaf nu worden de resultaten op de indicatoren dan ook eerst op het niveau van deze overkoepelende zorgprocessen besproken, en vervolgens op het niveau van de onderwerpen waarvoor indicatoren bestaan (bijvoorbeeld decubitus, ondervoeding). Een doorlopend thema in deze uitgave is ‘De kwetsbare ouderen’.

In deze inleiding bij de resultaten worden de elementen besproken die voor alle onderdelen identiek zijn, zoals de algemene indicaties voor een onderzoek. Zo is de IGZ van mening dat het altijd een indicatie voor nader onderzoek is wanneer een instelling een bepaald gegeven niet kan leveren, of wanneer de kwaliteit van dat gegeven onvoldoende is.

Per zorgproces leest u steeds eerst het overkoepelende hoofdstuk en daarna de individuele indicatoren. Deze hoofdstukken komen deels overeen met de hoofdstukken van de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2011*. In ieder hoofdstuk staat een additionele paragraaf: waarom vindt de IGZ dit deel belangrijk en welke vragen kunnen gesteld worden bij een bijzondere indicatoruitslag? In de afsluitende paragrafen staan de specifieke opmerkingen van de inspectie over het gebied waarbinnen de indicator valt.

Algemene lijn inspectie-indicaties

In ieder hoofdstuk staan vragen die de IGZ kan stellen bij een opvallende uitslag. Deze vragen zijn nadrukkelijk ook bedoeld voor ziekenhuizen als zelfevaluatie. De indicaties voor deze vragen zijn zó gekozen dat de kans op onverantwoorde zorg groter is als de indicatiewaarde bereikt of overschreden wordt. De vragen gaan met name over de datakwaliteit en over de inhoudelijke kwaliteit. Beide worden hieronder uitgelegd.

Onderzoeksindicaties naar de datakwaliteit

Bij indicaties naar de datakwaliteit stelt de IGZ vragen over het ontbreken van of over fouten in de data. Het eerste doel hiervan is de kwaliteit van de data te verbeteren. Het feit dat een ziekenhuis een gegeven niet kan leveren, of alleen met veel fouten in de data, geeft ook aan dat de kans groter is dat het ziekenhuis dat deel van het (zorg)proces minder in beeld – en dus onder controle – heeft. De IGZ let daarom op ziekenhuizen waarbij:

- Essentiële indicatorgegevens ontbreken, tenzij het ziekenhuis heeft aangegeven dat de indicator niet van toepassing is en deze melding heeft voorzien van een (specifieke) toelichting.
- Een steekproef heeft plaatsgevonden van onvoldoende omvang (laag aantal of onduidelijke selectiecriteria) om betrouwbare conclusies te trekken.
- De indicatorwaarde 100% is.

Onderzoeksindicaties naar de inhoudelijke kwaliteit

De IGZ stelt eveneens in principe vragen als de uitkomsten van een specifieke instelling in vergelijking met andere ziekenhuizen relatief laag of hoog zijn. De afkappunten hierbij zijn:

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

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

Gebruik van de uitslagen voor handhaving

De basisset kwaliteitsindicatoren is onderdeel van het risicoindicatorentoezicht, gericht op het verminderen van schade door risico's in de patiëntenzorg. De basisset vormt hiermee een belangrijk instrument voor het handhaven van een minimale kwaliteit van zorg op de lange termijn.

Veel van de opvallende uitkomsten zijn indicaties voor aanvullend onderzoek. Ook bijzonder goede zorg kan uitslagen opleveren die indiceren voor nader onderzoek. De inspectie wil echter niet te snel concluderen dat afwijkend slecht is, aangezien dit kan leiden tot het remmen van gewenste ontwikkelingen. Bijna nooit hoeft op basis van één opvallende uitslag direct ingegrepen te worden.

De IGZ gebruikt de indicatoren als volgt in haar toezicht:

- De inspectie publiceert jaarlijks over de bevindingen en conclusies in ‘Het resultaat telt’.
- De inspectie bekijkt de voortgang op het behalen van landelijke normen en doelstellingen.
- Bij direct patiëntengevaar neemt de inspectie gelijk maatregelen, zo mogelijk al voor aanlevering van de definitieve uitslagen (in de periode tussen 15 april en 1 juni).
- Bij opvallende uitslagen op brede schaal voert de inspectie aanvullend onderzoek uit.
- Bij opvallende uitslagen met een bekende norm verwacht de inspectie dat een ziekenhuis zelf de eerste verbeteracties onderneemt. Het onderwerp en de genomen acties komen later terug in (jaar)gesprekken.
- Bij overige opvallende uitslagen van (een groep) indicatoren stelt de inspectie vragen uit de rubriek ‘Wat kan de inspectie vragen bij een opvallende uitslag’. Indien nodig onderneemt de IGZ actie.
- Aan de hand van de basisset en de gesprekken met ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen bevordert de inspectie de ontwikkeling van de veiligheid en de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

Algemene aandachtspunten bij de uitslagen

Namen van ziekenhuizen

Soms worden in deze uitgave ziekenhuizen bij naam genoemd. Er is hierover veel discussie geweest met vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en andere betrokkenen bij de basisset. De IGZ wil graag een transparant en openbaar gesprek kunnen voeren over de uitslagen van die indicatoren, zonder dat dit leidt tot veroordeling van de instelling. Daarvoor zijn een aantal redenen:

- **Transparantie:** een doel van de indicatoren is het gesprek hierover te openen met specifieke ziekenhuizen. Voor een publieke toezichthouder is dit een publiek proces. De IGZ wil inzage bieden in de wijze waarop signalen gebruikt worden. Ziekenhuizen worden daarbij ook soms met naam genoemd, omdat lezers zo de gebruikte gegevens kunnen verifiëren. Het betreft hier in alle gevallen alleen gegevens die publiek en op naam beschikbaar zijn.
- **Naming:** een vuistregel van de inspectie is om namen van ziekenhuizen te noemen als vier of minder ziekenhuizen bij een bepaalde indicator opvallen, ongeacht positieve of negatieve uitslag. Het is dus nadrukkelijk geen veroordeling, hoogstens een indicatie voor een gesprek.
- **Beleid:** het is het algemene beleid van de IGZ om ziekenhuizen te benoemen in rapporten, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen.

Kwaliteit van gegevens

De IGZ vindt informatie van goede kwaliteit wanneer het gespreksindicaties oplevert voor ziekenhuizen of over specifieke zorgprocessen. Ook ontbrekende gegevens of bekend foutieve gegevens leveren een goede gespreksindicatie op, bijvoorbeeld over het beeld dat een raad van bestuur zelf heeft van de werkelijke situatie. De volgende uitgangspunten zijn belangrijk:

- Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en publicatie van haar gegevens. De IGZ waarschuwt al sinds 2009 niet meer wanneer gegevens waarschijnlijk onjuist zijn.
- De betrokken zorgverleners controleren bij voorkeur voor verzending de gegevens. Veel indicatoren bevatten onderdelen waarvan de betrouwbaarheid van de data op zijn minst geschat kan worden. Sommige fouten zijn er door een vertegenwoordiger van een afdeling snel uit te halen.
- Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen als de gegevens gecontroleerd kunnen worden. De IGZ neemt sinds 2009 registraties alleen op als de houders ervan bereid zijn de gegevens te controleren en afwijkingen op naam te melden.
- De inspectie vraagt indicatief documenten op ter verificatie, zoals operatieverslagen, verslagen van multidisciplinaire overleggen en van pathologisch onderzoek. Deze documenten geven waardevolle aanvullingen op de informatie uit de indicator en een belangrijke verdieping van het toezicht.
- Door het bijhouden van trends en het vergelijken van informatie uit verschillende indicatoren kan de inspectie de betrouwbaarheid van informatie beter beoordelen. Ook worden opgaven vergeleken met andere data, bijvoorbeeld over het totaal aantal uitgevoerde ingrepen of de gepubliceerde incidentie van ziekten.

Opvallende resultaten in ‘Het resultaat telt 2011’

Er zijn opvallende resultaten die individuele indicatoren overstijgen:

- Indicatoren met een duidelijk ontwikkeldoel en een duidelijk handelingsperspectief (screening op ondervoeding en delirium, snelheid van trombolyse, voldoen aan volume-criteria etc.) laten elk jaar een duidelijk betere uitslag zien in de richting van het doel.
- Indicatoren zijn een goede manier om kwaliteitsregistraties te stimuleren. Vrijwel alle registraties die opgenomen zijn in de set bereiken 95% deelname in drie jaar. Dit is een voorbeeld van het belang van een duidelijke mandaat van een betrokken beroepsgroep. Als er op een zorgvuldige wijze gekozen wordt voor één registratiemethode gaat de invoering sneller en is het eindresultaat beter. Wanneer er meerdere registraties mogelijk zijn vraagt invoering meer tijd.
- Het signaleren van individuele ziekenhuizen met bijzondere situaties is zinvol. In de meeste gevallen is de zorg het volgende jaar duidelijk verbeterd.
- De IFMS-indicator laat over 2011 een duidelijke toename zien van het aantal gesprekken over het individueel functioneren. Er is nog steeds een grote variatie tussen ziekenhuizen.
- Nieuwe proces- en uitkomstindicatoren laten vrijwel altijd een grote variatie in de zorg zien. Het voorbeeld daarvan voor 2011 is de verloskunde-indicator waarbij de resultaten zo sterk variëren tussen ziekenhuizen dat de IGZ deze zorg in een afzonderlijk project onder de loep neemt.

1 Operatief proces

U vindt de omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset van 2011, hoofdstuk 1 (www.igz.nl/onderwerpen).

Het uitvoeren van een operatie is een complex proces. Het omvat onder meer de indicatiestelling, de voorbereiding, het screenen op en beheersen van risico's, het uitvoeren van de ingreep en het herstel en de overdracht naar (meestal) de thuissituatie.

Bij kwetsbare ouderen is dit proces nog complexer. Bij de indicatiestelling moet bijvoorbeeld extra rekening worden gehouden met de draagkracht van de patiënt en de belasting van de ingreep. Meerdere aandoeningen (comorbiditeit) vragen om aanvullende inbreng van internist, cardioloog of longarts. En bij het ontslag moet meer rekening worden gehouden met de thuissituatie. Daar staat tegenover dat de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen een goede indicator kan zijn voor de kwaliteit van het proces voor alle patiënten. Twee onderwerpen zijn daarbij extra belangrijk: de coördinatie en de informatievoorziening.

In de volgende hoofdstukken komt meermalen aan de orde dat patiënten met een heupfractuur veel zorgproblemen hebben die elkaar beïnvloeden. Vroeger werd vaak alleen de fractuur behandeld en bleven de andere problemen buiten beeld. Gelukkig is er steeds meer oog voor de samenhang tussen de aandoeningen. Het is belangrijk dat dit bewustzijn nu omgezet wordt in een stevige coördinatie van de behandeling van deze aandoeningen.

In de richtlijn voor de behandeling van een heupfractuur wordt al wel de preventie van decubitus en delirium besproken, maar nog niet wie de zorg rond deze groep patiënten moet coördineren. Uit overleg met de Nederlandse Orthopeden Vereniging blijkt dat zij de noodzaak inzien van een goede coördinatie. De Nederlandse Vereniging van Klinisch Geriaters wil stappen zetten en deze rol van coördinator op zich nemen.

Van deze ontwikkelingen in het operatief proces kan geleerd worden voor andere patiëntengroepen. Op dit moment zijn verschillende indicatoren in ontwikkeling die bij kunnen dragen aan een goede coördinatie bij complexe patiënten.

Het coördineren van een operatief proces vraagt daarnaast om goede informatie. Een elektronisch patiëntendossier (EPD) is belangrijk om goede informatievoorziening te waarborgen. Dat belang neemt toe naarmate de zorg rondom een patiënt complexer wordt en het aantal zorgverleners toeneemt, zoals bij patiënten met een heupfractuur.

Regelmatig beschikt de raad van bestuur niet over voldoende informatie om gegevens voor de indicatoren te kunnen leveren. Dan is de vraag gerechtvaardigd of zij wel de juiste informatie krijgen om andere processen in hun ziekenhuis goed te kunnen besturen.

Een tekort aan informatie heet in kwaliteitsjargon 'onbewust onbekwaam'. Het niet hebben van informatie is in ieder geval geen argument om handhaving uit te stellen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het operatief proces?

Het ziekenhuis geeft ten minste op drie van de volgende vragen bevestigend antwoord:

- 1 Het ziekenhuis voert relatief weinig ingrepen bij ASA >2 patiënten uit binnen een kalenderdag na opname (voor 2011: minder dan de 70,5%).
 - 2 Het ziekenhuis heeft geen multidisciplinair overleg voor patiënten met borst, blaas en/of rectum carcinoom.
 - 3 Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever is relatief laag (voor 2011: bij minder dan 79% van de patiënten is de pijn gemeten).
 - 4 Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2011: bij minder dan 58,6% van de patiënten is de pijn gemeten).
 - 5 Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol, geen multidisciplinair deliriumprotocol specifiek voor de IC of geen 24-uurs beschikbaarheid van gespecialiseerd personeel voor het managen van delirium (consultatie, behandeling en deskundigheidsbevordering).
 - 6 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen is relatief laag (voor 2011: minder dan 11,9%).
 - 7 Het ziekenhuis heeft geen gegevens over het percentage patiënten dat met instrumenten (de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM)) is geobserveerd op de aanwezigheid van delirium. Of het percentage patiënten dat is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2011: minder dan 14,5%).
 - 8 Het ziekenhuis kan op één van de bovenstaande vragen geen antwoord geven door het ontbreken van informatie.
- Hoe wordt de veiligheid van complexe patiënten die een operatie ondergaan gewaarborgd?
 - Wie heeft de coördinatie van dit beleid?
 - Wie is verantwoordelijk voor de begeleiding van de patiënten?
 - Hoe organiseert het ziekenhuis de screening?
 - Hoe ver is het ziekenhuis met het invoeren van de relevante VMS modules?
 - Op welke wijze is de informatievoorziening voor de coördinator/hoofdbehandelaar gewaarborgd?

Het ziekenhuis gebruikt steekproeven voor het verzamelen van gegevens over pijn, ondervoeding en delirium

- Op welke wijze wordt het operatief proces ondersteund door ICT?
- Welke waarborgen zijn er voor een voldoende informatievoorziening?
- Is de overdracht van gegevens gewaarborgd?

Het ziekenhuis voldoet bij ten minste twee van de onderstaande ingrepen niet aan de minimumnormen:

- 1 Het aantal pancreasresecties is minder dan 20.
 - 2 Het aantal AAA-operaties is minder dan 20.
 - 3 Het aantal cystectomieën van een spierinvasief blaascarcinoom is minder dan 10.
- Voert het ziekenhuis deze ingrepen nog steeds uit?
 - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?

- Wat is het concentratiebeleid van andere maatschappen in het ziekenhuis voor verrichtingen met een hoog risico, zoals urologie, gynaecologie, interventiecardiologie of -radiologie?
- Welke zeldzame, risicovolle behandelingen of ingrepen worden in dit ziekenhuis uitgevoerd?
 - Hoe komt de keuze tot stand?
 - Welke maatregelen worden uitgevoerd om voldoende ervaring te krijgen en te behouden?
- Wat voor regionale afspraken heeft het ziekenhuis over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met de regionale huisartsen en ambulancezorg?

Ouderen en het operatief proces

Oudere patiënten vormen bij het operatief proces bij uitstek een risicogroep. Ze hebben vaak meerdere problemen. Zo zijn heupfracturen vaak het gevolg van een val terwijl een delirium weer wordt geassocieerd met een groter valrisico. Bovendien neemt door de opname en de ingreep na een heupfractuur de kans op een delirium aanzienlijk toe. Het behandelen van een heupfractuur vereist samenwerking tussen veel verschillende disciplines, zoals de spoedeisende hulp, radiologie, chirurgie, orthopedie, geriatrie, anesthesiologie, de operatie-afdeling en soms de intensive care afdeling. Om het risico van complicaties te reduceren, is een complexe serie van interventies vereist, waarbij acties van verschillende specialismen en ziekenhuisafdelingen gecoördineerd dienen te worden. Goede pijnbestrijding speelt bij ouderen nog meer aangezien ernstige pijn de kans op een delirium vier keer zo groot maakt. Sommige vormen van pijnmedicatie vergroten echter de kans op een delirium. Daarom is beleid met een zorgvuldig beoordeeld patiëntenrisico met name voor oudere patiënten cruciaal. De revalidatie na een heupfractuur verloopt bij ouderen vaak moeizaam. Patiënten met een heupfractuur hebben een grote kans op overlijden in het eerste jaar na de fractuur. Gemiddeld overlijdt 15 tot 20 procent van de patiënten binnen twaalf maanden.

1.1 Pijn na een operatie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 1.1 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

Goede pijnbestrijding speelt een belangrijke rol in het operatieve proces. Voor patiënten is pijnbestrijding belangrijk: het kan complicaties voorkomen, spoedig herstel en mobilisatie bevorderen. De bijwerkingen van de pijnbestrijding mogen het goede effect echter niet in de weg staan. Door te sterke medicatie (oversedatie) beleeft een patiënt op een verpleegafdeling dan weinig of geen pijn, maar kan ook niet gemobiliseerd worden met een grote kans op trombose als gevolg. Patiënten ervaren pijn verschillend en het is voor patiënt en hulpverlener moeilijk te beoordelen hoeveel pijn aanvaardbaar of normaal is. Pijnstilling en de keuze van medicamenten dienen te passen bij de individuele (vraag van de) patiënt en de ingreep.

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

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

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen binnen de inrichting van het zorgproces, van de aanwezigheid van de infrastructuur tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoge pijnscore. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van een infrastructuur, vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screenings van patiënten (op de verkoever- en verpleegafdelingen). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt. De vierde fase (nog geen vraag in de basisset) is het toepassen van de screening voor adequate preventie van pijn. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever is relatief laag (voor 2011: bij minder dan 79% van de patiënten is de pijn gemeten)

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

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever is relatief hoog (voor 2011: bij 100% van de patiënten is de pijn gemeten)

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

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

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2011: bij minder dan 58,6% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de afdeling, inclusief criteria voor ontslag naar huis (welke pijnbestrijding is mogelijk, welke protocollen, wie is verantwoordelijk, scholing, etc.)?
- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting?
- Hoe is de verdeling van de percentages over de afdelingen?

- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van patiëntbewaking op de afdeling (pols, tensie, bloedcontrole, hoeveelheid zuurstof (O₂ –saturatie), ademfrequentie, neurologische functies bij epidurale pijnbestrijding)?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde processen op de verpleegafdeling (decubitus, delier, dubbelcheck bij medicatie) uitgevoerd?
- Op welke wijze organiseren het ziekenhuis of de verschillende afdelingen feedback en audits?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid?

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief hoog (voor 2011: bij 98,2% van de patiënten is de pijn gemeten)

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

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever én de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2011: verkoever minder dan 79%, verpleegafdeling minder dan 58,6%)

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

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

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 (op een schaal van 1 tot 10) is relatief hoog (voor 2011: meer dan 12% van de patiënten hebben een pijnscore boven de 7)

- Wat is het pijnbeleid op de verpleegafdeling?
- Hoe functioneren de pijnteams/de acute pijnservice en hoe is hun bereikbaarheid?
- Welke middelen heeft een verpleegafdeling om pijn te bestrijden?
- Hoe is het beleid ter preventie van een delirium?
- Worden de pijnscores met pijnteam en verpleegafdelingen besproken?
- Hoe wordt het medicatiebeleid vastgelegd?

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is relatief laag (voor 2011: minder dan 3%)

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

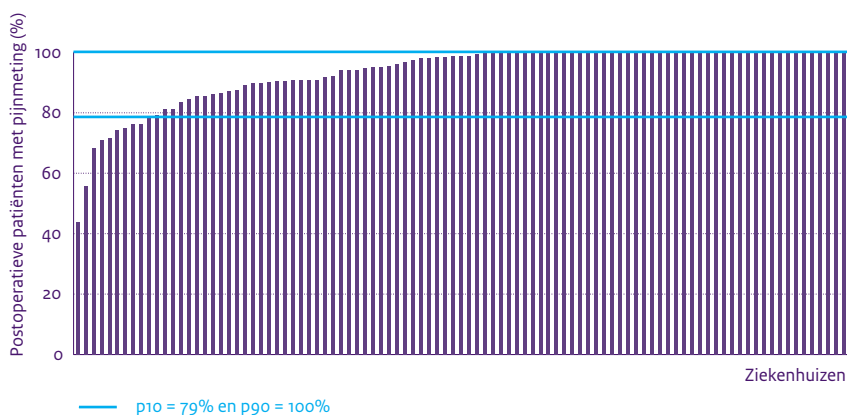
Resultaten

Alle ziekenhuizen hebben cijfers aangeleverd over de pijnmetingen op de verkoeverafdeling. Cijfers over de pijnmetingen op de verpleegafdelingen konden alleen het LUMC (Leiden) en het Diaconessenhuis Meppel niet aanleveren. 2 ziekenhuizen (Kennemer Gasthuis te Haarlem en Amphia Ziekenhuis te Breda) gaven alleen op basis van het protocol aan dat bij 100% van de patiënten op zowel de verkoeverafdeling als op de verpleegafdelingen een pijnmeting wordt uitgevoerd.

De percentages van de gestandaardiseerde pijnmetingen op de verkoeverafdeling en op de verpleegafdeling blijven ten opzichte van 2010 ongeveer gelijk. Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie is licht gedaald.

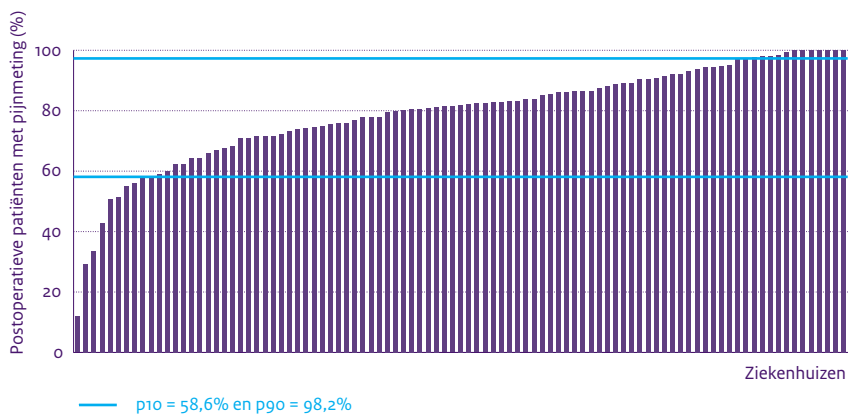
Figuur 1.1.1

Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verkoeverafdeling (n=97)



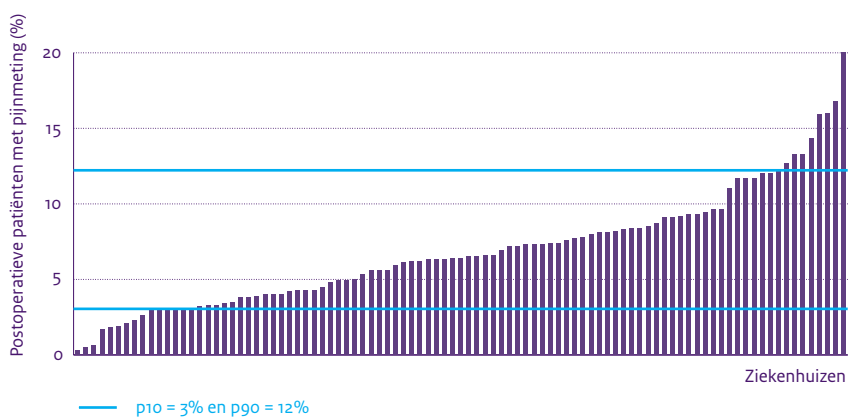
Figuur 1.1.2

Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling (n=95)



Figuur 1.1.3

Patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie (n=95)



Tabel 1.1.1

Kengetallen pijn na een operatie

Pijnmetingen	Gemiddeld (%) (min – max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%	Geen antwoord
Verkoever: percentage geregistreeerde pijnmetingen	93,3 (43,7 - 100)	98,9	44	0
Verpleegafdeling: percentage geregistreeerde pijnmetingen	79,2 (11,9 - 100)	82,0	7	2
Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	8,2 (0,3 - 20,1)	6,4	-	3

Aandachtspunten bij het pijnbeleid na een operatie en de daarbij horende indicatoren

Pijn, anesthesie en delirium, balanceren met therapie en indicatoren

Sommige vormen van pijnmedicatie vergroten de kans op een delirium, maar ook pijn zelf vergroot deze kans. Sommige medicamenten veranderen de vorm van een delier van een gemakkelijk waarneembaar, geagiteerd delirium in een veel minder opvallend – sommige zeggen minder lastig – stil delirium. Pijnbestrijding is een vak en dat is het eenvoudigst te illustreren aan de hand van de behandeling van pijn bij ouderen. Dat dilemma is ook zichtbaar in de indicatoren. De vraag naar het aantal patiënten met een pijnscore boven de 7 heeft het gevaar in zich dat patiënten zoveel medicatie krijgen dat pijn op dat niveau niet bereikt kán worden. Zeker bij oudere patiënten kan dat leiden tot het optreden van een delirium. Opiaten intraveneus toegediend via een infuus of een epidurale catheter vergroten de kans op een delirium. Ernstige pijn zelf geeft een vier keer zo grote kans op delirium. Kortom: veel pijn is niet goed maar nooit pijn is niet automatisch goed. Daarom is een beleid met een zorgvuldig beoordeeld patiëntenrisico voor alle patiënten van belang, maar met name voor oudere patiënten. De IGZ zal vragen moeten ontwikkelen die zicht geven op dat beleid, waaronder de postoperatieve verantwoordelijkheidsverdeling. Pijnstilling is onderdeel van de basiszorg van een ziekenhuis. Het is zeker geen eenvoudige zorg.

Het aantal pijnmetingen

Vergeleken met 2010 is het aantal pijnmetingen bij patiënten – relatief gezien – niet toegenomen. In absolute aantallen gaat het met ongeveer 73.500 meer patiënten wel om een stijging van bijna 10 procent meer patiënten in het ziekenhuis (verkoever- en verpleegafdelingen). Het aantal patiënten waarbij systematisch de pijnscore na een operatie is gemeten, is zelfs met bijna 20 procent gestegen, naar 62.908 patiënten. Als we voor deze indicator alleen naar de percentages pijnmetingen en pijnscores kijken, is weinig verbetering te zien. Maar dit is dus wel het geval voor de onderliggende cijfers. De IGZ ziet het ook als een verbetering dat het aantal ziekenhuizen dat bij 100 procent van de patiënten een pijnmeting uitvoert, is gedaald. Natuurlijk is de inspectie voorstander van zoveel mogelijk pijnmetingen. De inspectie begrijpt echter ook dat pijnmetingen uitvoeren bij alle patiënten op alle verpleegafdelingen in de praktijk onhaalbaar is. Ziekenhuizen die aangeven dit wel te doen, zeggen dit meestal op basis van het protocol en niet op basis van daadwerkelijke metingen. Pijnmetingen uitvoeren vraagt echter om méér dan het hebben van een protocol. Voor goede pijnbestrijding is inzicht nodig in de uitvoering van het protocol, mogelijke knelpunten hierbij en hoe het pijnbeleid bij een patiënt aangepast kan worden.

Pijn en de voortgang van de fasen: waar mikken we op?

In de uitgave van 'Het resultaat telt' van 2010 is ingegaan op het aantal ziekenhuizen dat steekproeven nodig had om de gegevens aan te leveren voor deze indicatoren. Ziekenhuizen nemen meestal een steekproef omdat de gegevens niet elektronisch beschikbaar zijn. Het risico van een eenmalige steekproef is dat ziekenhuizen dit alleen doen om één keer per jaar de gegevens aan de IGZ aan te leveren en niet om systematisch inzicht te hebben – en te

houden – in de juiste zorg voor de patiënten. Terwijl dit juist belangrijk is voor het voorkomen van complicaties, het bevorderen van spoedig herstel en het beter kunnen richten van het pijnbeleid op risicogroepen.

In 2011 hebben meer ziekenhuizen dan in 2010 steekproeven gebruikt: 23 ziekenhuizen namen een steekproef op de verkoever (fase 2a), 29 ziekenhuizen op de verpleegafdelingen (fase 2b) en 35 ziekenhuizen bij het percentage pijnmetingen boven de 7 (fase 3). Dit lijkt een indicatie dat de kwaliteit van de ICT in de Nederlandse ziekenhuizen nog niet verbetert. In de vragen die de inspectie kan stellen bij een opvallende uitslag is hierover een vraag opgenomen.

1.2 Heupfractuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 1.2 en 1.3 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt met de indicator Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is naar de organisatie van de spoedeisende hulp in een ziekenhuis. Andere indicatoren voor de spoedeisende hulp zijn: de snelheid van trombolyse, antibioticatoediening en die van de MDL-scopie. Het verschil tussen deze indicatoren is de tijdfactor: trombolyse en antibioticatoediening vinden binnen enkele uren plaats, de heupfractuur en MDL-scopie bestrijken tientallen uren. De zorg wordt geleverd door orthopeden en (trauma)chirurgen (een subspecialisme van de algemene heelkunde). Ook besteedt de IGZ aandacht aan heupfracturen, omdat het kwetsbare, oudere patiënten betreft, die meerdere problemen tegelijk hebben en waarbij de revalidatie naderhand vaak moeizaam verloopt. Oudere patiënten met een heupfractuur worden door zorgverleners dan ook aangewezen als dé groep patiënten die het meeste schade ondervindt van inadequate zorg en incidenten tijdens het zorgproces^[4]. Daarbij is dit zorgproces ook nog eens (zeer) complex. Het behandelen van een heupfractuur vereist samenwerking tussen veel verschillende disciplines, zoals de spoedeisende hulp, radiologie, chirurgie/orthopedie, geriatrie, anesthesiologie, de operatie-afdeling en soms de intensive care afdeling. Om het risico van complicaties te verminderen is naast aandacht voor de fractuur ook aandacht nodig voor de eventuele comorbiditeit van de patiënt. Het is belangrijk dat een zorgverlener de regie voert over deze complexe serie van interventies van verschillende specialismen en ziekenhuisafdelingen^[5].

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten dat binnen één kalenderdag is geopereerd is relatief laag (voor 2011: ASA (conditiescore) 1-2: minder dan 82,9%, ASA hoger dan 2: minder dan 70,5%, ASA onbekend: 0%)

- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?

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

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

- Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?
- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis zelf gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces? En wat was daarvan het resultaat?
- Welke andere groepen ingrepen en patiëntenproblemen zijn ook in het onderzoek betrokken?
- Heeft het ziekenhuis zich vergeleken met andere ziekenhuizen?

Het percentage patiënten dat binnen één kalenderdag is geopereerd is relatief hoog (voor 2011: ASA 1-2: meer dan 99,2%, ASA hoger dan 2: meer dan 95,6%, ASA onbekend: 100%)

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

Het percentage patiënten met ASA 1-2 dat binnen één kalenderdag is geopereerd is lager of gelijk aan het percentage patiënten met ASA hoger dan 2

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

Het percentage patiënten waarbij de ASA-classificatie onbekend is, is relatief hoog (voor 2011: meer dan 55,8% van het totaal aantal patiënten met een heupfractuur)

- Welk deel van deze groep bestaat uit conservatief behandelde patiënten (patiënten die behandeld worden zonder operatieve ingreep)?
- Indien dit niet van belang is:
 - Hoe waarborgt het ziekenhuis de communicatie van preoperatieve gegevens?
 - Hoe ver is het elektronisch patiëntendossier ontwikkeld in het ziekenhuis?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief hoog (voor 2011: na interne fixatie van een collum femoris (dijbeenhals) fractuur meer dan 8,3%, na een endoprothese van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) meer dan 7,6%, na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) meer dan 4%)

- Wat was in 2011 de ziekenhuismortaliteit (tijdens de opname) na een heupfractuur?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling voor operaties?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?
- Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met het tijdstip van de ingreep?
- Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met de operateur (orthooped, chirurg, traumatoloog, assistent)?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding, decubitus)?

- Worden de ingrepen door meerdere vakgroepen uitgevoerd?

Zo ja:

- Worden (verschillen in) technieken en resultaten tussen de vakgroepen besproken?
- Wordt de traumatologie in het ziekenhuis door een geïntegreerde groep van specialisten bestaande uit chirurgen en orthopeden uitgevoerd?
- Hebben alle uitvoerende specialismen ook inzage in de complete complicatieregistratie?
- Gebruiken alle uitvoerende specialismen gestandaardiseerde ziektespecifieke protocollen?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief laag (voor 2011: 0%)

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

Het ziekenhuis kan geen onderscheid maken tussen de operatietypen

- Hoe houdt het ziekenhuis kwaliteit van de verschillende ingrepen, en daarmee de zorg voor deze kwetsbare groep patiënten, in de gaten?
- Hoe ver is het elektronisch patiëntendossier ontwikkeld in het ziekenhuis?

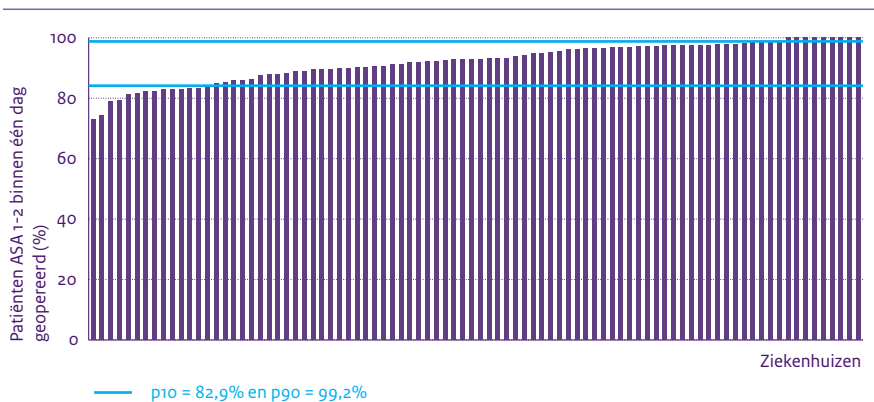
Resultaten

Het aantal patiënten dat binnen 1 kalenderdag is geopereerd, steeg in 2011 licht ten opzichte van 2010. Dit geldt zowel voor de ASA 1-2, de ASA groter dan 2 en bij de patiënten waarvan de ASA onbekend is. Van de totale populatie patiënten met een heupfractuur is in 2011 88,1% binnen 1 kalenderdag geopereerd. In 2010 was dit 85,3%.

6 ziekenhuizen hebben geen gegevens over de ASA-klasse van hun patiënten. Het AZM Maastricht, het Stg. Medisch Centrum Alkmaar en het Delfzicht Ziekenhuis Delfzijl konden dit in 2010 ook niet aangeven. De andere 3 ziekenhuizen konden in 2010 juist nog wel de ASA-klassen van hun patiënten aangeven.

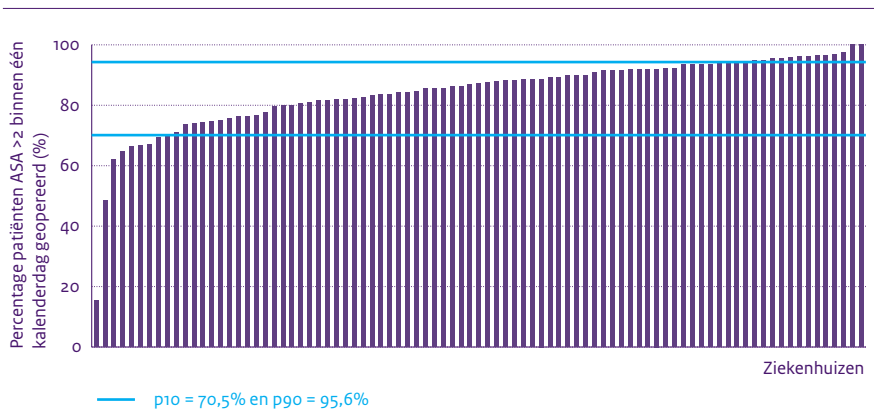
Figuur 1.2.1

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



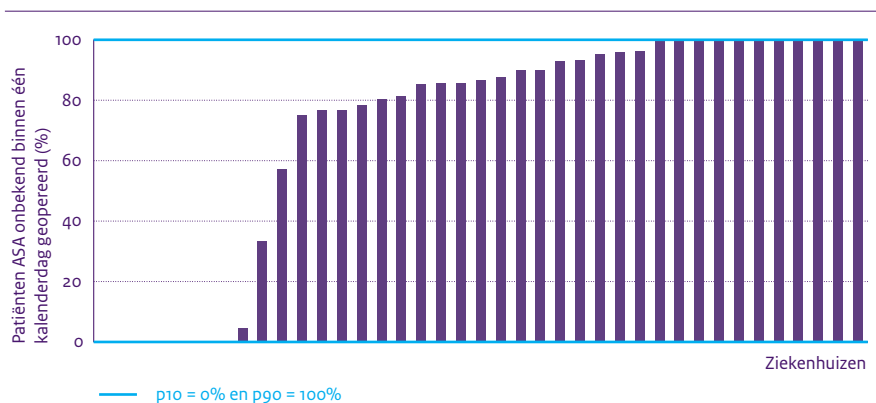
Figuur 1.2.2

Percentage patiënten ASA groter dan 2 met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd (n=87)



Figuur 1.2.3

Percentage patiënten ASA onbekend met een heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd (n=39)



Tabel 1.2.1

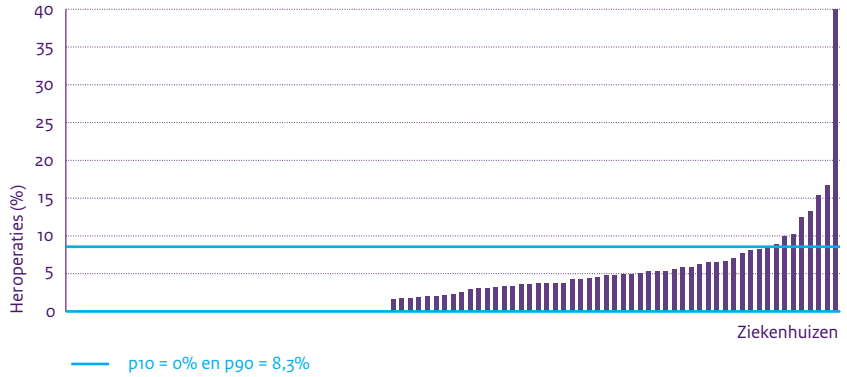
Heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd

Heupfractuur binnen 1 kalenderdag geopereerd	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Aantal ziekenhuizen met 100%	Geen antwoord
Percentage patiënten ASA 1-2	92 (73,1 - 100)	92,9	9	6
Percentage patiënten ASA >2	84,4 (15,4 - 100)	87,1	2	6
Percentage patiënten ASA onbekend	70,4 (0 - 100)	86,6	11	55

Het aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) is in 2011 met 0,1% licht gestegen ten opzichte van 2010. Het aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met endoprothese en na interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) zijn juist gedaald met respectievelijk 0,7% en 0,8%. Het LUMC Leiden en de IJsselmeerziekenhuizen Lelystad en Emmeloord hebben de indicator over de heroperaties niet beantwoord.

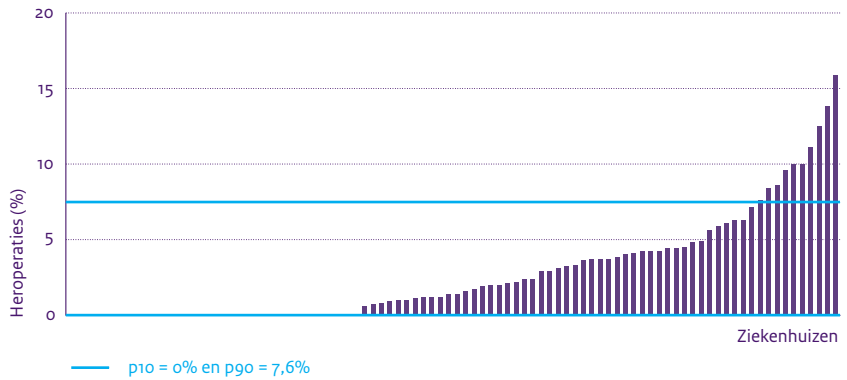
Figuur 1.2.4

Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) (n=91)



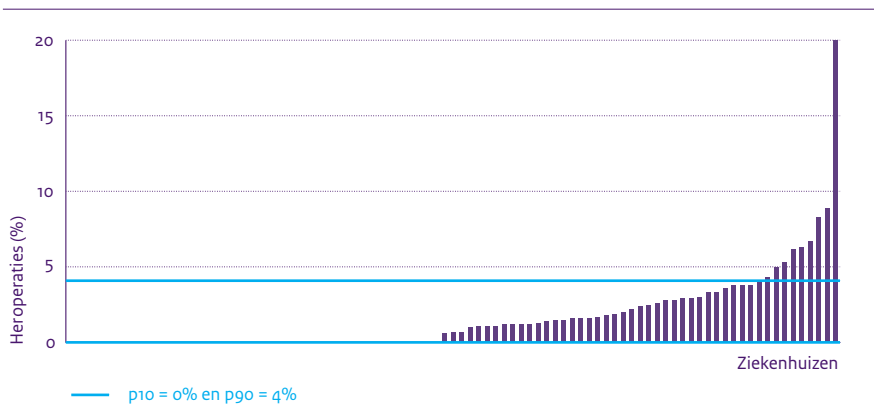
Figuur 1.2.5

Percentage na heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) met een endoprothese (n=92)



Figuur 1.2.6

Percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur (n=91)



Tabel 1.2.2

Percentage heroperaties

Percentage heroperaties 1 kalenderdag geopereerd	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Aantal met 0%	Geen antwoord
Na interne fixatie van een collum femoris fractuur	3,6 (0-40)	2,3	38	2
Na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese	2,8 (0-15,9)	1,4	35	2
Na interne fixatie van een pertrochantere fractuur	1,6 (0-20)	0,7	44	2

Aandachtspunten voor de zorg bij een heupfractuur en de daarbij horende indicatoren

Heupfractuur als signaal voor kwetsbaarheid

Vallen komt voor op elke leeftijd. De oorzaak en de gevolgen van een val zijn echter zeer leeftijdsafhankelijk. Een voorbeeld daarvan is de heupfractuur. De zorg rondom deze veel voorkomende aandoening kan goed dienen als algemene indicator voor de kwaliteit van de zorg in Nederlandse ziekenhuizen. De incidentie van heupfracturen bij vrouwen verdubbelt vanaf het 55ste jaar elke vijf jaar, bij mannen verdubbelt dit pas na het 70ste jaar^[6]. Omdat er meer vrouwen van tachtig jaar zijn dan mannen, is het niet gek dat dit probleem vooral bij vrouwen voorkomt. De epidemiologie laat ook andere aspecten van kwetsbaarheid zien; de draagkracht. Vanaf de leeftijd van tachtig jaar zijn er voor het eerst meer mensen alleenstaand dan gehuwd. Veel van hen hebben in de laatste jaren hun partner verloren. Tweederde van de nog gehuwden zal dat in de komende vijf jaar overkomen. Heupfracturen en kwetsbaarheid zijn zodoende gerelateerd, deze relatie wordt bij het stijgen van de leeftijd steeds sterker.

Eenzelfde relatie bestaat tussen het optreden van een delirium en de leeftijd^[7]. Het optreden van een delirium wordt ook geassocieerd met een groter valrisico. Bovendien neemt door de opname en de ingreep na een heupfractuur de kans op een delirium aanzienlijk toe. Vaurio^[8] vond een incidentie van delirium bij patiënten op de chirurgische IC met een heupfractuur van 46% en vergelijkt dat met bevindingen uit andere publicaties die 10-60% opgeven. Ook andere problemen zoals decubitus en ondervoeding komen vaker voor naarmate iemand ouder wordt. Hoewel de IGZ de indicator voor de snelheid van de operatie na opname gaat afschaffen, zal zij niet minder aandacht aan dit probleem besteden, integendeel.

Verdeling van operaties over meerdere specialismen

In veel ziekenhuizen verdelen de maatschappen de patiënten met een heupfractuur over twee specialismen: de traumatologie en de orthopedie. Het risico hiervan is dat de specialismen geen gebruikmaken van elkaars kennis, nog afgezien van de coördinatieproblemen. Hierdoor kunnen grote verschillen in zorg ontstaan. De indicatoren maken dit zichtbaar als een van de twee groepen niet in staat is om cijfers aan te leveren voor onderdelen van de indicator. Dat patroon is goed te zien in het jaar dat de IGZ een nieuwe indicator invoert. Het specialisme met de slechtste organisatie blijft dan achter. Inmiddels blijkt daar ook een verschil in kwaliteit achter schuil te gaan. Kortom: de zorg voor deze

[6] www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/heupfractuur/cijfers-aneurysma-van-de-buikaorta-incidentie-en-sterfte-uit-de-vtv-2010-kopie/#reference_4461 Tabel: Aantal ziekenhuisopnamen met heupfractuur als hoofdonslagdiagnose (absoluut en per 1.000) naar leeftijd en geslacht in 2007 (Bron: LMR, 2009).

[7] De incidentie van delirium buiten het ziekenhuis stijgt van 1,1% in de groep boven de 55 jaar tot 14% in de groep boven de 85 jaar (die ook deel uitmaken van de groep boven de 55). Wass S, Webster PJ, Nair BR. Delirium in the Elderly: A Review. *Oman Med J*. 2008 July; 23(3): 150-157.

[8] Vaurio LE, Sands LP, Wang Y, Mullen EA, Leung JM. Postoperative Delirium: The Importance of Pain and Pain Management. *Anesth Analg*. 2006 Apr;102(4):1267-73.

groep patiënten is te complex om over twee specialismen te verdelen, tenzij met sterke waarborgen voor eenheid van beleid. Ontbreken deze dan is het uiteindelijk beter dat de vakgroep met de slechtste organisatie de coördinatie over draagt aan de vakgroep met de betere organisatie.

Lange termijn ontwikkeling: mortaliteit en heupfracturen

Patiënten met een heupfractuur hebben een grote kans op overlijden in het eerste jaar na de fractuur. Gemiddeld overlijdt 15 tot 20 procent van de patiënten binnen twaalf maanden. Een deel van die sterfte hangt ongetwijfeld samen met het complex aan problemen dat deze patiënten hebben. Meyer meldt dat er geen verschil is in mortaliteit tussen gezonde oudere patiënten met en zonder heupfractuur^[9]. Dit alles maakt de mortaliteit zowel interessant als complex. Gezien het aantal betrokken patiënten is de meting betrouwbaar uit te voeren. Goede informatieverzameling en een goede analyse door het ziekenhuis zijn noodzakelijk voor een goede correctie van de zorgswaarte. Tegelijkertijd is de prevalentie van comorbiditeit in deze groep zo hoog dat het niet heel eenvoudig zal zijn om een goede patiëntenpopulatie te vinden. Het plan is om een dergelijke indicator te ontwikkelen voor de set van 2014.

[9] Meyer HE, Tvevdal A, Falch JA, Pedersen J. Factors associated with mortality after hip fracture. *Osteoporosis Int*, 11 (2000), 228–232

1.3 Cataract

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 1.4 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

Cataractoperaties (grijze of grauwe staar) zijn de meest voorkomende operaties in Nederlandse ziekenhuizen. Verreweg de grootste groep patiënten die deze ingreep ondergaat zijn ouderen. Hoewel het risico per ingreep klein is, maakt het grote aantal operaties het toch een belangrijk onderwerp voor toezicht. De eerste indicator gaat over automatisering van de gegevens over en rondom het operatieve proces. Voor de inspectie levert dit informatie op in hoeverre een ziekenhuis in staat is de kwaliteit van de oogheelkunde te bewaken aan de hand van data. De tweede indicator vraagt bij een operatie aan beide ogen naar de wachttijd tussen de operaties. Er is een klein risico dat een operatie gecompliceerd verloopt, met als gevolg kans op sterk verminderd zicht in het geopereerde oog. Als de beide ingrepen te kort na elkaar worden uitgevoerd, bestaat het risico op ernstige slechtziendheid aan beide ogen. Om een goede diagnose te stellen voor de operatie aan het tweede oog wordt daarom een wachttijd van 28 dagen gehanteerd^[10]. Er zijn publicaties die stellen dat een goed operatief proces deze ernstige complicaties kan voorkomen, zelfs wanneer de ingrepen kort na elkaar plaatsvinden. Bij postoperatieve anisometropie (verschil in sterkte tussen beide ogen) kan het voor de patiënt wenselijk zijn wél binnen 28 dagen de operatie aan het tweede oog te ondergaan. De patiënt kan door een te groot refractieverschil slecht gaan zien. Een oogarts en een patiënt moeten samen de risico's afwegen en komen tot een verantwoord besluit over de periode tussen de twee operaties. Een score van 100% bij deze indicator is onwaarschijnlijk en mogelijk ongewenst.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met minimaal 28 dagen wachttijd is relatief laag (voor 2011: minder dan 92,8%)

- Op welke wijze garandeert het ziekenhuis de kwaliteit van de peri-operatieve veiligheid van de operaties?
- Wat is de reden dat patiënten met een kortere interval dan 28 dagen of aan twee ogen tegelijk een cataractoperatie ondergaan?

[10] Het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) heeft aangegeven dat in de nieuwe richtlijn een wachttijd van 14 dagen wordt genoemd. Deze richtlijn van 14 dagen wachttijd zal per 1 januari 2013 gelden.

- Welke informatie geeft het ziekenhuis in de toestemmingsprocedure (informed consent)?
- Hebben zich de afgelopen drie jaar ernstige complicaties voorgedaan met blijvend (eenzijdig) visusverlies (verslechterd gezichtsvermogen) (let op: gezien de lage frequentie van incidenten is het ontbreken van incidenten geen rechtvaardiging voor het afwijken van de richtlijn)?

Het percentage patiënten met minimaal 28 dagen wachttijd is relatief hoog (voor 2011: 100%)

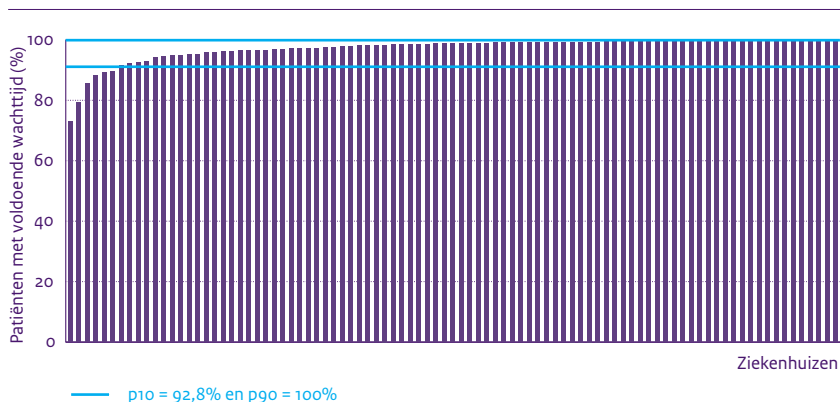
- Op welke wijze houdt het ziekenhuis rekening met indicaties om met een kortere interval te opereren?
- Hebben zich de afgelopen drie jaar ernstige complicaties voorgedaan, leidend tot blijvend (eenzijdig) visusverlies (verslechterd gezichtsvermogen)?

Resultaten

Alle ziekenhuizen houden een elektronische dataregistratie bij voor pre-, per- en postoperatieve data. Ziekenhuisgroep Twente, locatie Hengelo is het enige ziekenhuis dat aangeeft de data niet elektronisch maar schriftelijk te registreren in de poliklinische status. Dat in tegenstelling tot de locatie van dezelfde ziekenhuisgroep in Almelo die wel een registratiesysteem gebruikt dat is ontwikkeld door het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.

Figuur 1.3.1

Percentage cataractoperaties waarbij 28 dagen wachttijd zit tussen het eerste en tweede oog (n=91)



Het percentage patiënten ouder dan 50 jaar met 28 dagen wachttijd tussen het eerste en tweede oog is bekend in 91 ziekenhuizen. In totaal hebben 38.981 patiënten in 2011 een cataractoperatie aan het tweede oog ondergaan. Daarvan zat bij 97,2% 28 dagen of meer wachttijd tussen de eerste en de tweede operatie. Percentages varieerden van 72,9 tot 100%. De uitkomsten ten opzichte van 2010 zijn hiermee wederom licht verbeterd.

Aandachtspunten bij cataract en de daarbij horende indicator

Cataract en ouderen, het beleid bij laagrisicoverrichtingen

De vorm van cataract die in dit hoofdstuk aan bod komt, is typisch een aandoening van ouderen. De cumulatieve incidentie neemt toe van 2,9 procent bij patiënten tot 54 jaar tot 40 procent bij patiënten van 75 jaar en ouder^[11]. Cataract is niet levensbedreigend en de ingreep zelf is weinig belastend. De anesthesie is bijna altijd lokaal. Dat heeft er toe geleid dat op veel operatiekamers speciale trajecten zijn ontwikkeld om grote groepen patiënten met minimale controles zo snel mogelijk te behandelen. De grote groep oudere patiënten die een cataractoperatie ondergaat, heeft een verhoogd risico op problemen als delirium en ondervoeding. In een studie werd de incidentie van delirium direct na de operatie bij cataractpatiënten op 4,4 procent^[12] geschat. Risicofactoren zijn onder meer een hoge leeftijd (de patiënten met een delirium waren gemiddeld 82 jaar; patiënten zonder een delirium 72 jaar). In het artikel kwam men tot de conclusie dat er meer aandacht voor de preventie van een delirium dient te zijn.

Gegevens over de incidentie van ondervoeding bij deze patiëntengroep zijn niet eenvoudig te vinden, ook omdat ondervoeding zelf een risicofactor is voor het optreden van cataract. In de richtlijn voor de behandeling van cataract wordt geen aandacht besteed aan het omgaan met een delirium of aan de andere algemene problemen die optreden bij het opereren van de oudere patiëntengroep. Een systematische beoordeling van de draagkracht (comprehensive geriatric assessment) van een patiënt is in deze situatie nu niet aan de orde. Daarmee lijkt de cataractoperatie nu gezien te worden als een ingreep waarbij de belasting van de patiënt zo gering is, dat de behandeling kan worden uitgevoerd bij elke oudere patiënt voor wie het geïndiceerd is. In de toekomst moet duidelijk worden bij welke ingrepen wel en niet een beoordeling door een geriater noodzakelijk is.

Nieuwe indicatoren

Omdat de uitkomsten op deze indicatoren nauwelijks meer onderscheidend zijn, is in de basisset 2012 een nieuwe indicator over vitrectomie (glasvochtoperatie) opgenomen. Dit is een corrigerende ingreep na een cataractoperatie vanwege een complicatie. Het is een niet veel voorkomende complicatie (minder dan 1 procent) die gezien het aantal ingrepen per jaar voldoende vaak voorkomt om een belangrijk risico te vormen. Na consultatie met DBC-onderhoud – na publicatie van de basisset ziekenhuizen 2012 – bleek deze indicator moeilijker te registreren dan verwacht door het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). In de basisset van 2013 wordt de vitrectomie-indicator dan ook vervangen door een indicator die vraagt naar deelname aan de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract van het NOG.

[11] Klein BEK, Klein R, Lee KE. (1998). Incidence of age-related lens opacities in a population: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*, 116(2):219-225.

[12] Milstein A, Pollack A, Kleinman G, Barak Y. (2002). Confusion/Delirium Following Cataract Surgery: An Incidence Study of 1-Year Duration. *International Psychogeriatrics*, 14, 301-306

2 Verpleegkundige zorg

U vindt de omschrijving van de verpleegkundige zorg en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset van 2011, hoofdstuk 3, en postoperatieve pijn in hoofdstuk 1 (www.igz.nl/onderwerpen).

De verpleegkundige zorg voor (oudere) patiënten omvat allerlei zaken die onderling van elkaar afhankelijk zijn. Dit geldt ook voor de onderwerpen in deze set, bijvoorbeeld het screenen op het risico op een delirium. Deze ernstige verwardheid komt vaak voor in combinatie met een heupfractuur. Maar ook de pijnstilling na een operatie kan de kans op delier vergroten. De pijn waarvoor de medicatie gegeven wordt, vergroot de kans overigens nog meer. Verder zijn patiënten met een heupfractuur vaak ondervoed. Die ondervoeding vergroot weer de kans op een delirium en decubitus. En zowel een heupfractuur als het verminderde bewustzijn vergroot de kans op doorligwonden. Die decubitus zorgt voor meer infectiegevaar, zelf weer leidend tot ondervoeding en een grotere kans op delirium. Met delier neemt de kans op vallen en daarmee een heupfractuur weer toe. Veel van de medicatie die gegeven wordt om tussen al deze klippen door te laveren, leidt ook weer tot complicaties. Elk van de onderdelen heeft zijn eigen ‘kampioenziekenhuizen’ en coryfeeën, zijn eigen dynamiek, instrumenten en specialisten, inclusief verpleegkundige aandachtsvelden.

Dit complexe geheel heet ‘basiszorg’. Het is duidelijk dat de nu vaak nog versnipperde onderwerpen onderling nauw verweven zijn^[13]. Integraal verpleegkundig beleid is daarom essentieel. Dit moet gevolgen hebben voor het toezicht dat de IGZ op dit gebied gaat voeren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de verpleegkundige zorg?

Het ziekenhuis heeft bij meerdere verpleegkundige zorgindicatoren een opvallende uitslag

- Wat is het (integrale) verpleegkundige beleid voor kwetsbare ouderen?
- Hoe komt het verpleegkundige beleid tot stand?

Fase 1

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

- Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?

[13] Het fasenmodel uit ‘Het resultaat telt 2010’ is ook dit jaar te zien: de benodigde structuur wordt snel ingevoerd, het daadwerkelijke screenen duurt langer en het gebruiken van de verzamelde informatie duurt nog langer.

- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?

Fase 2

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

- Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
 - Met hoeveel gescreende patiënten is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, delirium, decubitus en pijn?
- Door wie aan wie en op welke wijze wordt die uitkomst gecommuniceerd?

Het percentage afdelingen waar wordt gescreend is bij meerdere indicatoren opvallend hoog

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

Fase 3

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

- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens voor een gericht preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de uitvoering achterblijft? En wat is daarvan de reden?

Ouderen en verpleegkundige zorg

De indicatoren binnen het verpleegkundig proces zijn uitermate geschikt om te laten zien hoe de verschillende problemen bij kwetsbare oudere patiënten met elkaar samenhangen. Een slechte voedingstoestand leidt tot trage wondgenezing en decubitus. Ook is vaak sprake van verlaagde spierkracht, waardoor de kans op vallen groter wordt, en daarmee ook de kans op delirium. Een delirium heeft op zijn beurt weer invloed op het risico op doorligwonden. Dit komt met name doordat patiënten minder actief reageren op pijnprikkels. Een patiënt met decubitus heeft weer grotere kans op ondervoeding. Al deze elementen beïnvloeden dus het ontstaan van de andere, maar worden te weinig in samenhang bekeken. De IGZ pleit voor een gezamenlijke aanpak. Screening op en behandeling van ondervoeding, decubitus en delirium zijn om die reden belangrijke onderdelen van verantwoorde zorg. Als losstaande ziektebeelden, maar juist ook in relatie met elkaar.

2.1 Decubitus en huidletsels ontstaan door incontinentie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 3.1 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

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

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

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

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van de infrastructuur voor de opsporing van decubitus en vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screenen van patiënten om de omvang van het probleem te inventariseren. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

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

Het aantal op decubitus onderzochte patiënten (ziekenhuisbreed) is relatief laag (voor 2011: minder dan 101)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met decubitus?
 - Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
 - Aan welke risicogroepen wil het ziekenhuis aandacht besteden en waar blijkt dat uit?
 - Welk preventiebeleid voert het ziekenhuis?

Het percentage patiënten (van één van de indicatoren) met decubitus is relatief hoog (voor 2011: meer dan 5,5% bij de puntprevalentie of meer dan 1,7% bij de incidentie in een homogene populatie)

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

Het percentage patiënten met een heupvervangende decubitus is relatief laag (voor 2011: minder dan 1,2% bij de puntprevalentie of 0% bij de incidentie in een homogene populatie)

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

Resultaten

Alle ziekenhuizen (96) meten de puntprevalentie van decubitus en huidletsels door incontinentie en ook ieder ziekenhuis (93) dat heupoperaties uitvoert meet de incidentie bij patiënten met een totale heupvervangende.

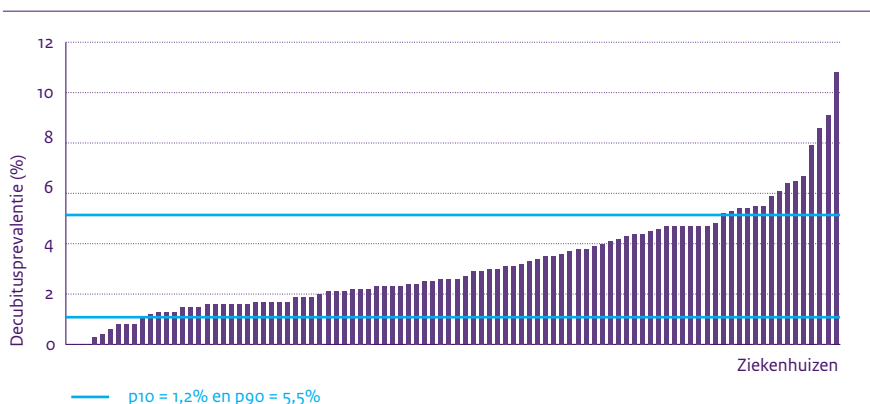
2 ziekenhuizen (Atrium Medisch Centrum Parkstad Heerlen en Ziekenhuisgroep Twente, locatie Almelo) hebben zowel bij de prevalentie als de incidentie geen systematische registratie. Ziekenhuisgroep Twente kon in 2010 voor beide locaties nog data leveren van wekelijkse meting.

Net als in 2010 registreert 57% van de ziekenhuizen de prevalentie volgens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ). De andere ziekenhuizen gebruiken een ander of eigen systeem.

Ook gelijk aan 2010 is dat bij 47% van de ziekenhuizen een decubitus- en wondconsulent betrokken was bij het vaststellen van het aantal gevallen van decubitus. In de toelichting bij 'anders namelijk' geeft nog eens 14% van de ziekenhuizen (13) aan dat de decubitus- en wondconsulent in combinatie met iemand anders (vaak de afdelingsverpleegkundige) het onderzoek heeft verricht. De overige ziekenhuizen noemen voornamelijk afdelingsverpleegkundigen en 'aandachtvelders decubitus'.

Figuur 2.1.1

Decubitusprevalentie (n=96)



In 96 ziekenhuizen is de decubitusprevalentie in 2011 bekend. De gemiddelde puntprevalentie lag op 3,2% (mediaan is 2,6%) met een spreiding van 0 tot 10,8%. Dit is zo goed als gelijk aan 2010. De gescreende patiënten zijn ten opzichte van 2010 echter wel meer dan verdubbeld van ongeveer 46.000 patiënten in 2010 naar bijna 100.000 patiënten in 2011.

Dit komt ook terug in het aantal metingen, dat meer is dan in 2010. In de toelichting bij deze indicator staat dat voor een goed beeld van de gemiddelde prevalentie het beste vier keer per jaar een prevalentieonderzoek uitgevoerd kan worden. De meerderheid van de ziekenhuizen baseert hun prevalentiecijfer echter nog steeds op slechts één meting (tabel 2.1.1.).

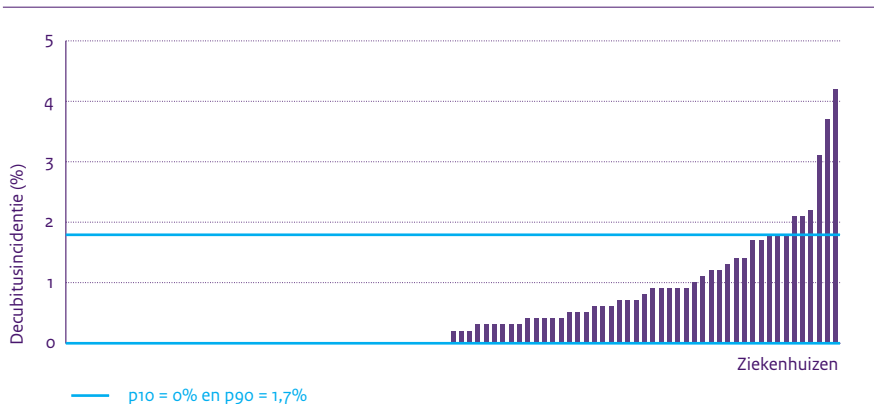
Tabel 2.1.1

Aantal metingen voor prevalentiecijfer

Aantal metingen	Aantal ziekenhuizen 2011	Aantal ziekenhuizen 2010
1	65	77
2	6	7
3	1	3
4-30	11	6
Wekelijks - continu	5	3
Onbekend	8	1
Totaal	96	97

Figuur 2.1.2

Decubitusincidentie (n=93)



93 ziekenhuizen hebben de gegevens bekendgemaakt over decubitusincidentie bij patiënten waarbij de totale heup is vervangen. In 2011 zijn 23.685 patiënten opgenomen voor een totale heupvervanging en gescreend op decubitus. Gemiddeld was de incidentie bij deze patiëntengroep 0,5% (mediaan 0,2%). De populatie patiënten is ten opzichte van 2010 ongeveer gelijk gebleven, de incidentie van decubitus in deze populatie blijft dalen. 8 ziekenhuizen hadden een steekproef nodig om de incidentie te achterhalen. Deze ziekenhuizen beschikten wel allemaal over een registratiesysteem voor de incidentie van decubitus en huidletsels door incontinentie.

Aandachtspunten voor de decubituspreventie en de daarbij horende indicatoren

Decubitus en ouderen

Decubitus is een geschikt onderwerp om te laten zien hoe de verschillende problemen bij oudere patiënten met elkaar samenhangen. In de eerste plaats verandert de huid. Over de preventie van huidletsel op de lange termijn is veel minder onderzoek gepubliceerd dan over veroudering in het gezicht vaak in opdracht van de cosmetische industrie.

Alle indicatoren in het verpleegkundige proces hebben een relatie met de problemen van oudere patiënten en hebben een duidelijke invloed op het risico op decubitus. Ondervoeding (eiwitgebrek) bijvoorbeeld is een onderdeel van onder andere de Bradenrisicoscore^[14] en leidt tot vertraagde wondgenezing en een verhoogde kans op het ontstaan van wonden. Het is de vraag in hoeverre de incidentele verbetering van het therapeutische deel van ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot een lagere decubitus-incidentie, maar het is zeker een begin. Voortzetting van de aanpak van ondervoeding in de eerste lijn lijkt dan ook belangrijk.

Naast ondervoeding heeft ook een slechte neurologische toestand (leidend tot een delirium) invloed op het risico op decubitus. Dit komt met name doordat patiënten minder actief reageren op pijnprickers. Er is veel literatuur over de associaties tussen de verschillende individuele elementen (heupfractuur, delirium, slechte voedingstoestand, decubitus, pijn, operatieve ingrepen, medicatie en ouderdom)^[15]. Al deze elementen lijken het ontstaan van de andere (behalve ouderdom) te beïnvloeden, maar worden te weinig in samenhang bekeken. Voor een goede gezondheid moeten alle elementen (bewegingsapparaat, voeding, zenuwstelsel, afweer/huid etc.) goed functioneren. Valt één van de elementen uit, dan is de kans groot dat de anderen ook uitvallen.

Decubitus en herstel

Nieuwe doorligwonden worden zeldzamer, zo blijkt uit de gegevens van de ziekenhuizen. Er wordt meer aandacht besteed aan de preventie en kennelijk met succes. De IGZ rapporteerde dit al eerder in 'Het resultaat telt 2010'. Opvallend is dan ook de mededeling van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie dat de toegenomen ouderdom van patiënten leidt tot een toename van de vraag naar complexe huidreconstructies van decubituswonden door plastisch chirurgen. Dit betekent niet direct dat het aantal decubituswonden is toegenomen, daarvoor spelen veranderingen in de indicatiestelling een te grote rol. Wel kan geconstateerd worden dat, ondanks het afschaffen van de indicatoren voor decubitus per 1 januari 2013, de IGZ voorlopig niet minder waakzaam op dit gebied zal moeten zijn. De registraties onder andere vanuit de LPZ worden dan ook met belangstelling gevolgd.

[14] www.bradenscale.com

[15] Zie onder meer: Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1998 Fall;11(3):118-25; discussion 157-8.

2.2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 3.2 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

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

De eerste indicator richt zich op de screening. Ondervoeding valt niet altijd direct op. Het screenen op ondervoeding bij opname is om die reden van belang voor de kwaliteit van de behandeling. Ook is screening belangrijk om problemen te vinden bij een homogene groep patiënten waarbij de kans op ondervoeding laag is. Bijvoorbeeld bij patiënten met heupvervanging. Deze zouden zonder screening worden gemist.

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

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van de infrastructuur voor de opsporing van ondervoeding en vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screenen van patiënten om de omvang van het probleem te inventariseren. De derde fase betreft het systematisch behandelen van ondervoeding. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is in fase 1 of 2 (screening)

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (voor 2011: bij volwassenen minder dan 56,3%, kinderen minder dan 22,4%) of de screening is afwezig (het ziekenhuis blijft hangen in fase 1)

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?

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

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (voor 2011: volwassenen meer dan 93,6%, kinderen meer dan 95%)

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

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

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld, is relatief laag (voor 2011: volwassenen minder dan 21,8%, kinderen minder dan 32,7%) of onbekend

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

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld is relatief hoog (voor 2011: volwassenen meer dan 77,9%, kinderen 100%)

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

Resultaten

Bijna alle ziekenhuizen hebben cijfers aangeleverd over de gescreende en ondervoede volwassen patiënten. Het totaal aantal gescreende volwassen patiënten stijgt licht naar 813.481. Alleen het LUMC Leiden en het Oogziekenhuis Rotterdam konden geen cijfers aanleveren over het percentage op ondervoeding gescreende volwassen patiënten. Over de screening

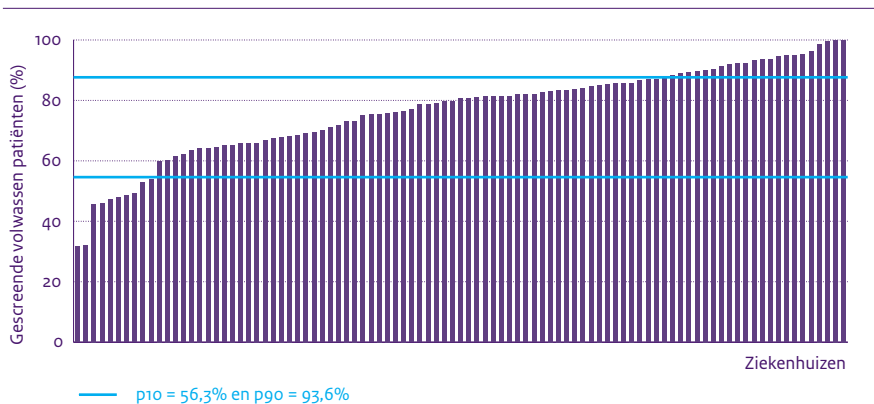
bij kinderen kunnen 6 ziekenhuizen geen cijfers aanleveren. Vergelijken met 2010 is dat een duidelijke verbetering.

Cijfers over de behandeling (adequate eiwitinname) bij volwassenen en kinderen kunnen respectievelijk 92 en 54 ziekenhuizen aanleveren. Dit zijn ook ruim meer ziekenhuizen dan in 2010.

Bij de behandeling van ondervoeding bij kinderen zijn de uitkomsten gebaseerd op relatief weinig patiënten, gemiddeld 6,5 uiteenlopend van 0 tot 56. Bij kinderen wordt tevens naar adequate energie-inname op dag 4 gevraagd. Deze uitkomsten zijn vrijwel gelijk aan die van de adequate eiwitinname.

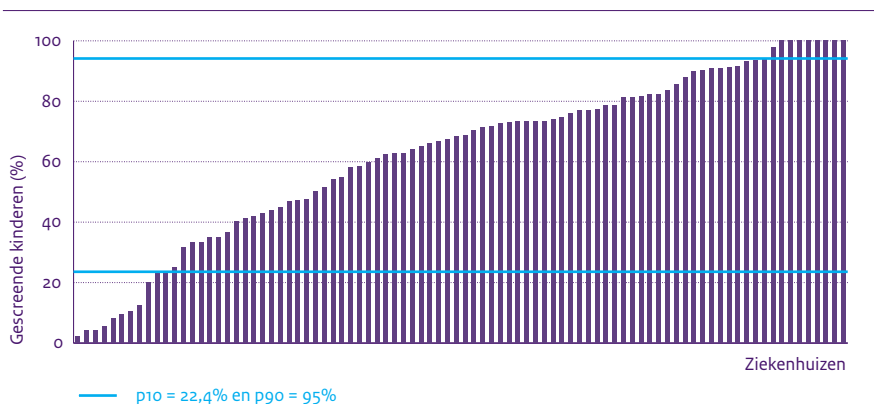
Figuur 2.2.1

Percentage bij opname op ondervoeding gescreende volwassen patiënten (n=95)



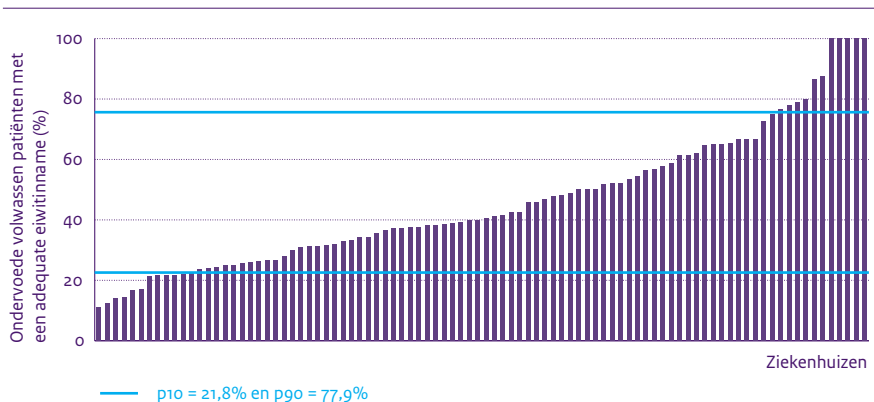
Figuur 2.2.2

Percentage bij opname op ondervoeding gescreende kinderen (n=88)



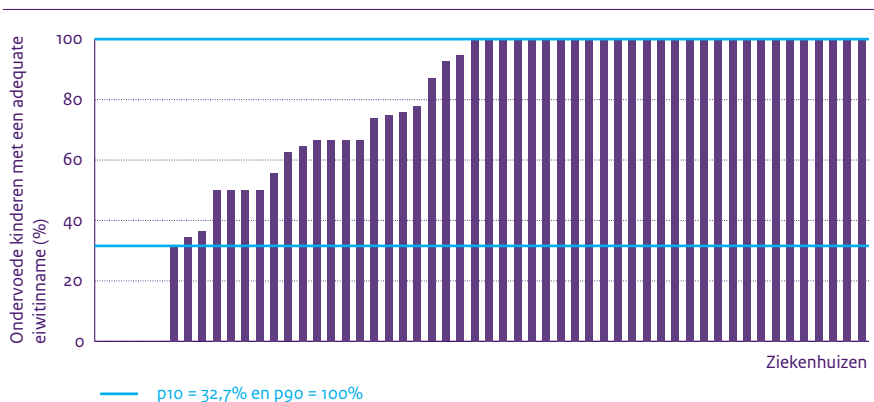
Figuur 2.2.3

Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname op dag 4 van opname (n=92)



Figuur 2.2.4

Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitname op dag 4 van opname (n=54)



Tabel 2.2.1

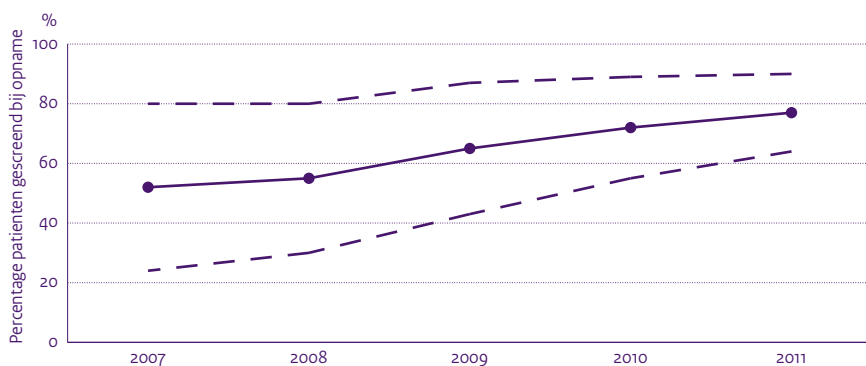
Kengetallen ondervoeding

Uitkomsten ondervoeding	Gemiddelde (%) (min - max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%	Geen antwoord
Op ondervoeding gescreende volwassen patiënten	76,6 (31,7 - 100)	80,6	2	2
Op ondervoeding gescreende kinderen	62,6 (2,1 - 100)	68,5	8	6
Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname	46 (11,1 - 100)	40,2	5	5
Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname	76,5 (0 - 100)	100	0	23

Over de afgelopen jaren laten alle uitkomsten op deze indicatoren een licht positieve trend zien: relatief meer screening en meer adequate behandelingen.

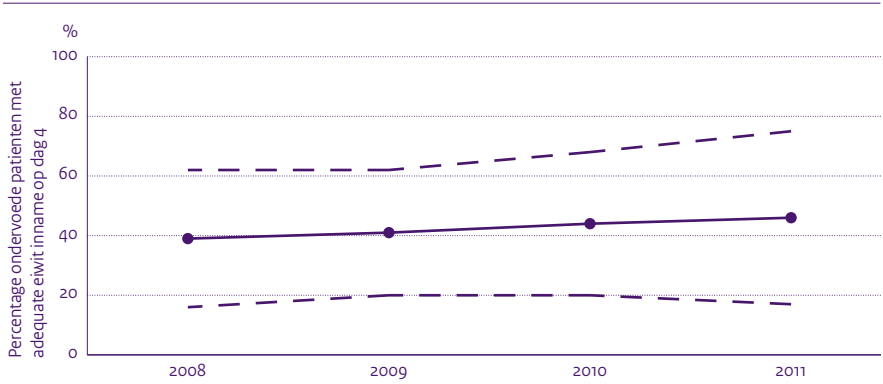
Figuur 2.2.5

Percentage patiënten bij opname gescreend op ondervoeding (2007-2011). De gestreepte lijnen geven de standaarddeviatie aan.



Figuur 2.2.6

Percentage ondervoede patiënten met een adequate eiwit inname op dag 4 van opname (2008-2011)



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

Ondervoeding, ook hier complexe relaties tussen problemen

Patiënten met een heupfractuur en patiënten met een ernstige ascites (vocht in de buik) hebben een grote kans om bij opname ondervoed te zijn^[16]. Ook hebben zij een groter risico op decubitus. Behandeling van ondervoeding kan tot een sneller herstel leiden, al laten niet alle onderzoeken dat ondubbelzinnig zien^[17]. Een slechte voedingstoestand gaat samen met een verlaagde spierkracht, doordat de spieren als eiwitbron worden gebruikt. Slechte spierkracht is net als delier één van de factoren die de kans op vallen vergroot^[18]. Bijvoeding kan het aantal valincidenten verminderen. Ondervoede ouderen lopen meer kans om kwetsbare patiënten te worden. Screening op en behandeling van ondervoeding zijn om die reden belangrijke onderdelen van verantwoorde zorg.

De centrale positie van ondervoeding in de zorg beïnvloedt ook de besluitvorming

Een goed beleid op het gebied van ondervoeding is onderdeel van de zorg voor veel patiënten. Longartsen, oncologen, gerieters, preoperatieve screeningspoli's (en dus anesthesiologie), traumatologie etc. moeten allen aandacht besteden aan de voedingstoestand van de patiënt. Omdat het zo'n algemeen probleem is, is het ook noodzakelijk dat die aandacht zoveel mogelijk gestandaardiseerd is met bijvoorbeeld een beperkt aantal algemeen gebruikte screeningsinstrumenten. De praktijk laat zien dat, na de standaardisering van de afgelopen jaren, er nu weer meer diversiteit ontstaat. Om een centrale aanpak van ondervoeding te bevorderen, heeft de IGZ vanaf het jaar voor het invoeren van de indicator contact met de Stuurgroep Ondervoeding. Daarnaast is het steeds belangrijker om goed overleg met de betrokken beroepsgroepen te voeren. Besturen van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten willen graag betrokken zijn en zorgen voor een beter draagvlak voor de indicator. Gewenste veranderingen worden hiermee al ingezet voordat de indicator wordt ingevoerd en de invoering gaat sneller. Soms heeft dat ook nadelen. Meer belangstelling leidt immers tot meer afstemming. Zo was het de bedoeling om voor 2013 indicatoren in te voeren over het actief screenen op oncologische en geriatrische poliklinieken en om in de ontslagbrief informatie over de voedingstoestand op te nemen. De toegenomen behoefte aan afstemming heeft tot gevolg dat deze indicatoren pas in 2014 in de basisset worden opgenomen. Dat geeft ziekenhuizen wel extra tijd om de introductie goed voor te bereiden. In 2013 is wel een indicator toegevoegd over de preoperatieve screening op ondervoeding.

[16] Campillo B, Paillaud E, Uzan I, et al. (2004) Value of body mass index in the detection of severe malnutrition: influence of the pathology and changes in anthropometric parameters. *Clinical Nutrition*, 23 (4), 551–559.

[17] Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding (versie juni 2011). www.stuurgroepondervoeding.nl

[18] Neelemaat F, et al. Short-term oral nutritional intervention with protein and vitamin D decreases falls in malnourished older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):691-9.

2.3 Delirium

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 3.3 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

Delirium (plotseling optredende ernstige verwardheid) komt in ziekenhuizen bij vooral kwetsbare, oudere patiënten regelmatig voor. Tijdens een (acute) ziekenhuisopname ontstaat bij 10 tot 40% van de oudere chirurgische patiënten delirium. Op een intensive care krijgt tussen de 50 tot 80% van alle opgenomen patiënten een delirium^[19].

Delirium wordt gezien als een voorspeller van een langere opnameduur, een hogere mortaliteit tijdens en na een opname in een ziekenhuis en aanzienlijk hogere financiële kosten^[20,21]. Deze indicator kan worden gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Een delirium wordt vaak niet tijdig herkend. Door een risicogericht beleid en een vroegtijdige herkenning kunnen de gevolgen van delirium voor de patiënt worden beperkt en de incidentie met een derde worden verminderd^[22].

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

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

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

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

[21] 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.

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

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

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

Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief laag (voor 2011: minder dan 11,9%)

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

Het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief hoog (voor 2011: 100%)

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

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

Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op de aanwezigheid van delirium. Of het percentage patiënten dat is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2011: minder dan 14,5%)

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

- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, decubitus en pijn?

Het percentage patiënten dat is geobserveerd op delirium is relatief hoog en daadwerkelijk gemeten (voor 2011: meer dan 96,2%)

- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium structureel geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium (de uitslag op deze indicator is gebaseerd op 4 metingen)?
 - Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium vaker dan één keer geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore en de observatie worden genoteerd?
- Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens over het voorkomen van delirium voor het inrichten van een preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de implementatie achterblijft?

Resultaten

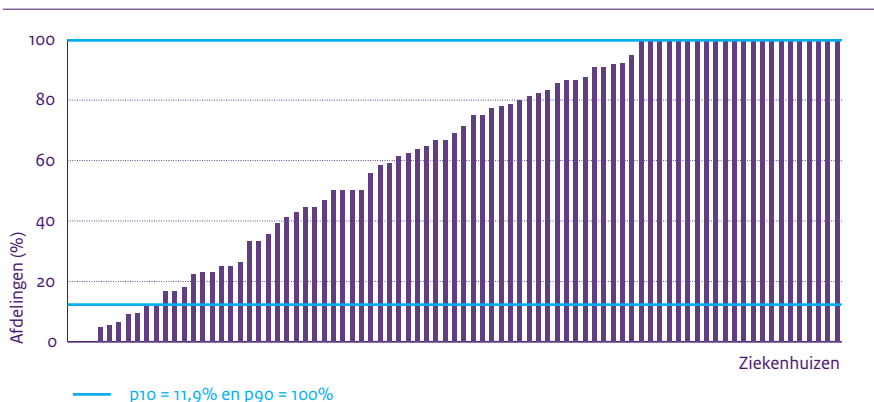
Alle ziekenhuizen (97) hebben antwoord gegeven op de vragen over het deliriumbeleid bij klinische patiënten. Bij 17 van deze ziekenhuizen ontbreekt een of meer van de gevraagde basisvoorzieningen. Dit is een halvering ten opzichte van 2010.

Een ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol is afwezig bij 2 ziekenhuizen (Oogziekenhuis Rotterdam, St. Maartenskliniek Nijmegen). Het multidisciplinair deliriumprotocol voor IC is afwezig bij 14 ziekenhuizen en de 24-uursbeschikbaarheid gespecialiseerd ziekenhuispersoneel is bij 4 ziekenhuizen (Diakonessenhuis te Utrecht en Zeist, 't Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer, Slingeland Ziekenhuis Doetinchem en het Oogziekenhuis Rotterdam) niet georganiseerd. Er is geen ziekenhuis dat al deze basisvoorzieningen mist.

Het aantal ziekenhuizen dat de risicoscore op delirium vastlegt en het aantal dat observeert op delirium is gestegen ten opzichte van 2010. Tevens zijn de uitkomsten verbeterd.

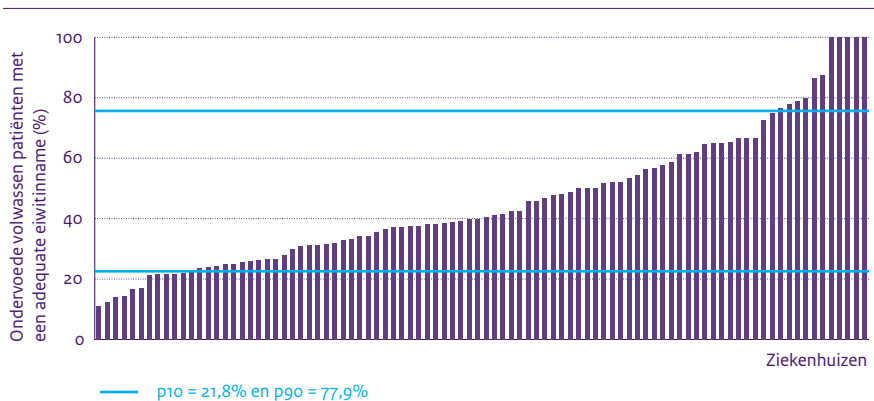
Figuur 2.3.1

Percentage afdelingen waar risicoscore op delirium is vastgelegd (n=83)



Figuur 2.3.2

Percentage patiënten met de DOSS / CAM geobserveerd op delirium (n=73)



Tabel 2.3.1

Kengetallen delirium

Delirium	Gemiddelde (%) (min - max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%	Geen antwoord
Percentage afdelingen waar risicoscore op delirium is vastgelegd	63 (0 - 100)	69	22	14
Percentage patiënten met de DOSS/CAM geobserveerd op delirium	58,7 (7,4 - 100)	63,2	5	24

Aandachtspunten voor delirium en de daarbij horende indicatoren

Hoe erg is een delirium?

Veel van de discussies over de noodzaak van het screenen op het risico op een delirium gaan over de ernst van het optreden van een delirium. Er is overeenstemming over de conclusie dat een postoperatief delirium een slechte prognose heeft. Patiënten met een postoperatief delirium hebben een 1,9 (1,1-3,3) maal zo grote kans op dementie^[23]. Patiënten met een delirium hebben een trager herstel en daarmee gemiddeld een langere opnameduur^[24]. Het is ook duidelijk dat een postoperatief delirium bij sommige operaties zeer vaak voorkomt, zoals operaties voor een heupfractuur (35 tot 61%^[25]), bypassoperaties en AAA-resecties (beide 33-50%). Patiënten met een postoperatief delirium hebben een 50 tot 100% groter risico op overlijden binnen twee jaar na de operatie, ook als gecorrigeerd wordt voor andere risicofactoren. Delirium komt dus vaak voor bij oudere operatiepatiënten en als het voorkomt, is het een ernstige aandoening, met een slechte prognose.

Preventie en delirium

Er zijn veel zorgelementen die kunnen leiden tot het optreden van een delirium, zoals medicatiegebruik inclusief anesthetica, pijn, complicaties en voeding. Daarmee zijn er ook mogelijkheden om een delirium te voorkomen. Enkele daarvan staan in de basisset, zoals de aandacht voor de voedingstoestand en de hoeveelheid pijn en het voorkomen van infecties en complicaties. Al deze factoren (en meer) moeten goed geregeld zijn, wil de kans op een delirium afnemen. Dat maakt de frequentie van het optreden van een delirium ook potentieel een goede indicator van de algemene kwaliteit van zorg, mits goed en systematisch opgespoord. Het is echter duidelijk dat lang niet alle gevallen van delirium gevonden worden. In een recent proefschrift^[22], waarbij patiënten met en zonder postoperatief delier werden gematched, waren er voor 50% van de delierpatiënten geen matches te vinden zonder delirium. Er waren zoveel predisponerende factoren dat er geen 'normale' patiënten te vinden waren zonder delier. Delierpatiënten hebben dan ook vaak een slechte prognose. Dit is een reden waarom bij het opstellen van de indicator de inspanning voor het opsporen van patiënten die risico lopen als eerste maat is genomen en niet de frequentie van het optreden. Omdat patiënten met een delier dermate kwetsbaar zijn en preventieve maatregelen noodzakelijk, moeten ziekenhuizen wel zelf informatie hebben over het optreden van delirijs.

[23] Kat, M.G. (2009). The neuropsychiatry of dementia: psychometrics, clinical implications and outcome. Universiteit van Amsterdam: Amsterdam.

[24] Rudolph, J.L., Marcantonio, E.R. (2011) Review articles: postoperative delirium: acute change with long-term implications. *Anesthesia and Analgesia*, 112(5), 1202-11.

[25] Gustafson, Y., Berggren, D., Brännström, B., Bucht, G., Norberg, A., Hansson, L.I. & Winblad, B. (1988). Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(6), 525-30.

Delirium en medicatiegebruik

Medicatie is een aparte risicofactor. Ook tijdens de gesprekken met de wetenschappelijke verenigingen wordt dit aspect regelmatig genoemd als risicofactor bij de zorg voor ouderen. Aspecten waar de IGZ aandacht aan besteedt zijn adequate medicatie-informatie en elektronisch voorschrijven, omdat polyfarmacie en interacties van medicamenten belangrijke aspecten zijn. Sommige medicamenten vergroten, ook als ze alleen gegeven worden, de kans op een delirium. Voorbeelden daarvan zijn de opiaten, barbituraten en narcosemiddelen. Een zorgvuldig medicatiebeleid is daarom onderdeel van goede delirium-preventie.

3 Spoedprocessen

U vindt de omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset van 2011 hoofdstuk 2 (www.igz.nl/onderwerpen).

De spoedeisende hulpverlening is gezondheidszorg met een hoog risico. Vroegtijdige en adequate triage, snel beschikbare, verantwoorde zorg en competente zorgverleners zijn vaak beslissend voor het overleven en de omvang van (blijvende) gevolgen bij de ernstig zieke patiënt. Goede spoedeisende hulpverlening is echter alleen mogelijk als alle schakels in een ziekenhuis kwalitatief goed functioneren en op elkaar zijn afgestemd. De mate van kwaliteit van deze spoedprocessen raakt direct de individuele patiënt en is mede bepalend voor de kwaliteit van het verdere zorgtraject.

Meerdere indicatoren binnen spoedprocessen zeggen iets over de interval tussen het moment waarop een patiënt binnenkomt en het moment waarop een cruciaal element uit de behandeling is uitgevoerd. Opvallende uitkomsten wijzen erop dat schakels binnen het spoedproces waarschijnlijk niet goed functioneren.

Eén van de vragen is of de spoedpatiënt op de juiste plek binnenkomt. Er bestaat al geruime tijd een traumanetwerk waarmee spoedeisende patiënten naar ziekenhuizen worden gebracht met bijpassende voorzieningen. De taakverdeling en concentratie van ziekenhuizen is in 2011 door de invoering van minimumnormen versneld. Afspraken over spoedpatiënten worden daardoor steeds belangrijker. Dat heeft ook zijn weerslag op de indicatoren. In 2011 is er veel discussie geweest over of en hoe ziekenhuizen patiënten acuut moeten behandelen wanneer zij bepaalde ingrepen niet meer mogen uitvoeren. Voorbeelden zijn de longresectie bij een acute longbloeding en een gebarsten aneurysma van de aorta abdominalis. De inspectie heeft in 2012 de keten voor de opvang van acute hartproblemen (STEMI) in de basisset opgenomen.

Al deze ontwikkelingen maken het noodzakelijk dat de inspectie actief toeziet op spoedprocessen. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord^[26] is door de ziekenhuizen, verzekeraars en de andere partijen spreiding en concentratie als belangrijk thema benoemd. De organisatie van de spoedzorg is hierbij een belangrijk onderdeel.

[26] Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 4 juli 2011.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond spoedprocessen?

De gemiddelde interval bij twee of meer van de volgende indicatoren is relatief lang

- 1 *Het percentage patiënten dat (snel) binnen een kalenderdag is geopereerd met een willekeurige ASA-score (conditiescore) is relatief laag (voor 2011: ASA 1-2: minder dan 82,9%, ASA hoger dan 2: minder dan 70,5%)*
 - 2 *Het percentage patiënten bij wie trombolysie binnen één uur is toegepast, is relatief klein (voor 2011: minder dan 70,4%)*
 - 3 *Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een MDL-scopie plaatsvond, is relatief laag (voor 2011: minder dan 85,1%)*
- Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?
 - Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
 - T.a.v. spoedeisend diagnostisch onderzoek?
 - T.a.v. beschikbaarheid van specifieke medicamenten?
 - T.a.v. beschikbaarheid van diagnostische middelen?
 - T.a.v. beschikbaarheid van behandelmogelijkheden?
 - Is onderzoek gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces?
 - Zo ja: wat was daar het resultaat van en welke maatregelen zijn genomen?
 - Zo nee: wat is de aanleiding om, wanneer nog geen calamiteiten zijn opgetreden, een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren?
 - Hoe ver is het ziekenhuis met de implementatie van de richtlijn operatief proces voor spoedpatiënten?
 - Hoe zijn de regionale afspraken met de ambulancedienst?
 - Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?

De gemiddelde interval bij twee of meer van de volgende indicatoren is relatief kort

- 1 *Het percentage patiënten dat snel is geopereerd in één of meer van de ASA-klassen is relatief hoog (voor 2011: ASA 1-2: meer dan 99,2%, ASA hoger dan 2: meer dan 95,6%, ASA onbekend: 100%)*
 - 2 *Het percentage patiënten bij wie trombolysie binnen één uur is toegepast, is 100%*
 - 3 *Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een MDL-scopie plaatsvond, is 100%*
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op een operatie van spoedeisende patiënten met complexe aandoeningen?
 - Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?
 - Hoe zijn de regionale afspraken met de ambulancedienst?
 - Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?

Het ziekenhuis behandelt groepen spoedpatiënten niet

- Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?
- Hoe zijn de regionale afspraken met de ambulancedienst?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg als patiënten worden terugverwezen?
- Zijn er toch spoedpatiënten die het ziekenhuis in principe niet behandelt aangeboden aan het ziekenhuis en wat is daarmee gebeurd?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met electieve patiënten die een acuut probleem krijgen op een gebied dat het ziekenhuis niet meer aanbiedt?

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

- Worden hart- en vaatpatiënten in dit ziekenhuis behandeld?
Zo ja:
 - Is er (integraal) beleid op het gebied van de zorg voor patiënten met hart- en vaatproblemen?
 - Op welke wijze wordt een integrale aanpak van een patiënt met hart- en vaatziekten gewaarborgd?
 - Hoe wordt de kwaliteit van de samenwerking met de andere ziekenhuislocaties gewaarborgd?

Het ziekenhuis geeft ten minste twee van de volgende antwoorden

- 1 *Het ziekenhuis voert geen PCI's uit.*
 - 2 *Het ziekenhuis voert AAA-operaties uit.*
 - 3 *Het ziekenhuis voert geen trombolyse uit of het aantal patiënten waarbij trombolyse wordt uitgevoerd is relatief laag (voor 2011: minder dan 14).*
 - 4 *Het ziekenhuis heeft geen 24-uursopvang voor MDL-scopiepatiënten.*
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de adequate opvang van spoedpatiënten?
 - Met hart- en vaatindicaties?
 - Met spoedeisende vragen op andere gebieden?

4 Intensive care

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 hoofdstuk 4 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

Patiënten die zijn opgenomen op een intensive care zijn een kwetsbare groep. Zij hebben door de ernst van hun aandoening een duidelijk grotere kans om te overlijden. Door deze kwetsbare positie en het type interventies op een IC zijn de patiënten slecht in staat om zelf te beoordelen of zij verantwoorde zorg ontvangen. In 2010 vond er uitgebreid thema-onderzoek plaats naar de kwaliteit van IC's op niveaus 2 en 3. De grote IC-afdelingen bleken, deels na het treffen van maatregelen, te voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg en ze werken continu aan het verbeteren van de kwaliteit ervan. Ziekenhuizen monitoren de uitkomsten van de IC-zorg op structurele wijze en gebruiken dit om de kwaliteit van de geleverde zorg te toetsen en bij te sturen. De IC is een centrale functie binnen het ziekenhuis en kan een grote rol spelen bij kwaliteitsverbeteringen. De afdeling heeft relatief veel gegevens beschikbaar over de uitkomsten van behandelingen en kan een belangrijke rol spelen bij het ziekenhuisbreed bespreken hiervan. Hiermee kan een ziekenhuis de kwaliteit verbeteren. Ook binnen de regionale samenwerking heeft de IC een belangrijke functie. Door de toenemende concentratie in de zorg is het bijvoorbeeld van belang dat het niveau van de IC-zorg aansluit bij het zorgaanbod van het ziekenhuis om te verzekeren dat de juiste patiënt op de juiste plaats wordt behandeld.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

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

Het aantal intensivisten is relatief klein (onder p10 van het betreffende IC-niveau. Voor 2011: minder dan 1,2 fte voor niveau 1, minder dan 3,9 fte voor niveau 2 of minder dan 6,5 fte voor niveau 3)

- Op welke wijze wordt de beschikbaarheid van intensive care kennis gewaarborgd?
- Wat is het beleid voor beschikbaarheid van specialisten in het algemeen en intensivisten in het bijzonder voor afdelingen waarbij beschikbaarheid 7x24 van belang is (IC, SEH, trombolysie et cetera)?

Het aantal intensivisten is relatief groot (boven p90 van het betreffende IC niveau. Voor 2011: meer dan 4 fte voor niveau 1, meer dan 7 fte voor niveau 2 of meer dan 12 fte voor niveau 3)

- Op welke wijze wordt de beschikbaarheid van intensive care kennis en voldoende expertise gewaarborgd?
- Hoe is de kwaliteit van de overdracht gewaarborgd?

De gemiddelde beademingsduur is relatief hoog (voor 2011: gemiddeld meer dan 161 uur bij niet postoperatieve patiënten, gemiddeld meer dan 130 uur bij postoperatieve patiënten, gemiddeld meer dan 36 uur bij cardiochirurgische patiënten)

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

Het percentage patiënten met een beademingsduur langer dan 120 uur is hoog (voor 2011: meer dan 36,3% bij niet postoperatieve patiënten, 28,5% bij postoperatieve patiënten, 6,5% bij cardiochirurgische patiënten)

- Wat is het beleid ten aanzien van de beheersing van de beademingsduur bij beademde patiënten?
- Weet het ziekenhuis wat de oorzaak is bij langdurige beademingen?

Het ziekenhuis beademt veel kinderen op de volwassen intensive care (voor 2011: meer dan 8 kinderen of gemiddeld meer dan 24 uur of totaal meer dan 300 beademingsuren per jaar)

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

Resultaten

Tabel 4.1

Visitatie IC

Niveau	Aantal	Bij laatste visitatie niveau niet bevestigd	Visitatie verouderd (voor 2007)	Geen visitatie
Geen IC	2			
Niveau 1 (basis)	43	2	9	1
Niveau 2	24	3	1	1
Niveau 3 (complexe patiënten)	25	1	1	1
Totaal	94	6	11	3

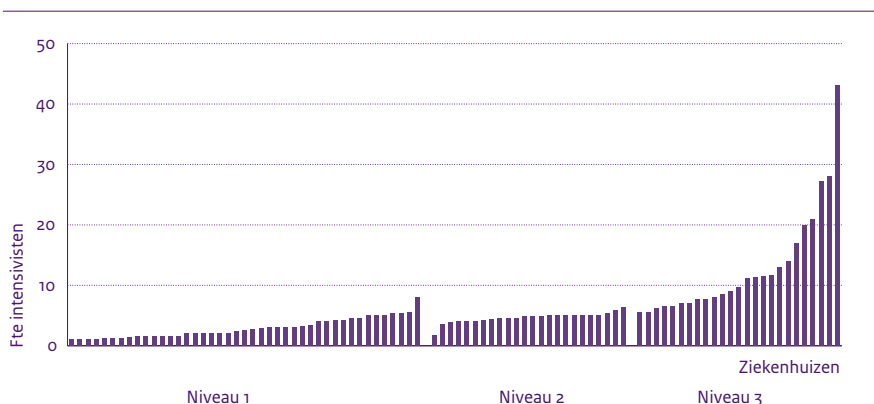
Van de 94 ziekenhuizen hadden er 49 een IC van niveau 2 of niveau 3 (complexe patiënten). Van deze 49 ziekenhuizen zijn er 8 ziekenhuizen waar geen (vrijwillige) visitatie heeft plaatsgevonden, de visitatie langer dan 5 jaar geleden is of het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd is. 43 ziekenhuizen hebben een IC niveau 1 (basis). Van deze laatste groep zijn er 11 ziekenhuizen^[27] waar geen (vrijwillige) visitatie plaatsgevonden heeft, de visitatie langer dan 5 jaar geleden is of het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd is. Totaal hebben 14 ziekenhuizen geen geldige visitatie (geen visitatie of de visitatie was verouderd) van hun IC.

Vergeleken met 2010 is het totaal aantal ziekenhuizen met een niveau 1 of 2 IC afgenomen met respectievelijk 4 en 1 ziekenhuizen. Er zijn 4 ziekenhuizen bijgekomen met een niveau 3 IC. 2 IC's zijn samengevoegd.

[27] Dit wijkt af van de optelsom van de getallen bij een niveau 1 IC uit tabel 4.1, omdat één ziekenhuis zowel bij de laatste visitatie het niveau niet bevestigd had als aangaf dat deze visitatie was verouderd.

Figuur 4.1

Beschikbaarheid intensivisten (n=92)



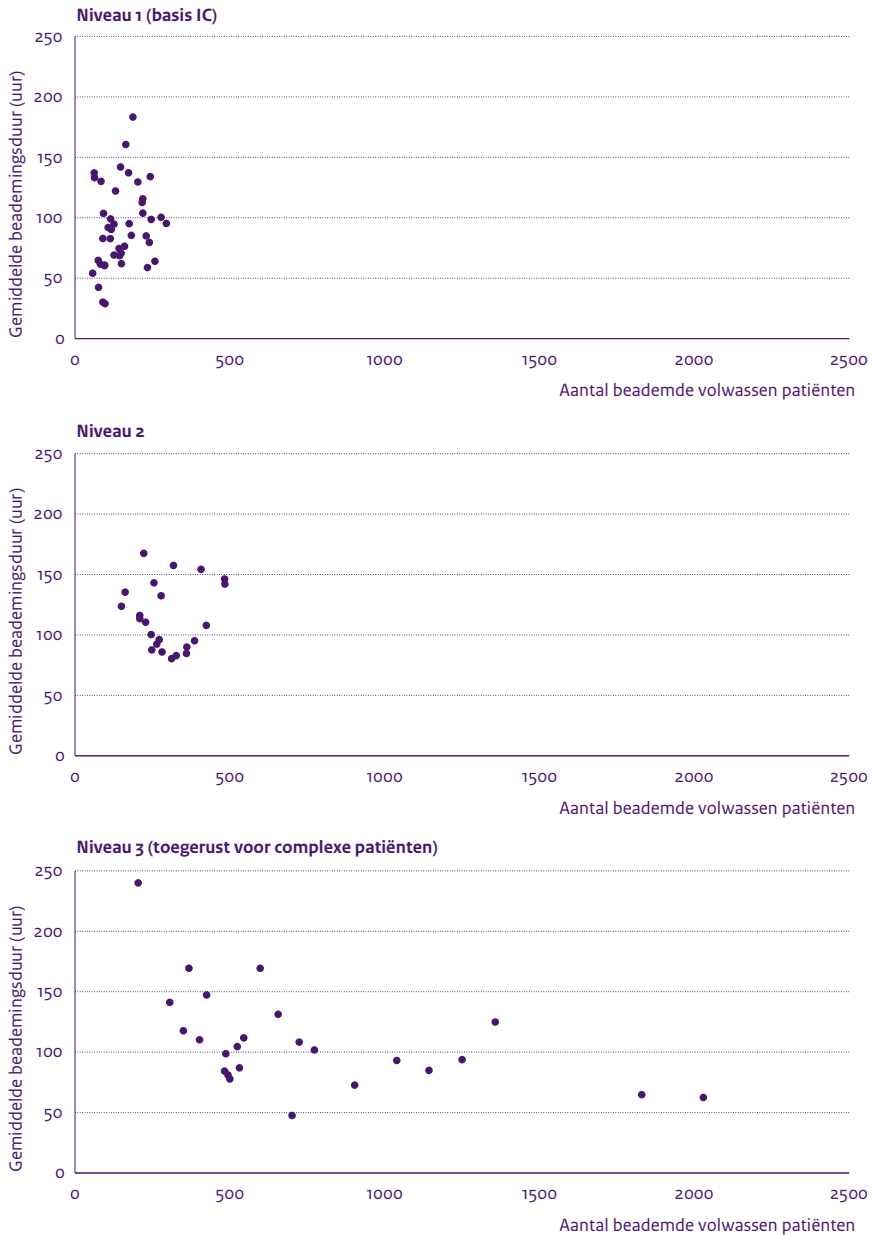
Net als in 2010 gaf van de ziekenhuizen met een niveau 2 of 3 IC in 2011 alleen het Slotervaartziekenhuis Amsterdam aan geen 7x24 beschikbaarheid van een intensivist te kunnen garanderen. In de toelichting staat dat de IC hierdoor het grootste deel van 2011 niveau 1 IC is geweest.

Het aantal fte intensivisten voor zowel niveau 2 als 3 is in 2011 met ongeveer 10% afgenomen in vergelijking met 2010 (zie ook tabel 3.2).

In figuur 4.2 is het totaal aantal beademde volwassen patiënten, exclusief cardio-chirurgische patiënten, en de gemiddelde beademingsduur in uren weergegeven. Dit is uitgesplitst naar niveau 1, 2 en 3, de assen zijn overal gelijk. Het totaal aantal beademde patiënten bedroeg in 2011 49.046. De gemiddelde beademingsduur was 4,0 dagen (mediaan 3,8). Opvallend is dat de beademingsduur op een niveau 3 IC gemiddeld het kortst is (tabel 4.2). De uitbijter linksboven binnen de niveau 3 IC's is het Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht. Dit ziekenhuis geeft een dat ze een steekproef hebben getrokken en de beademingsuren hebben geëxtrapoleerd naar de volledige populatie. Vergeleken met 2010 is zowel het aantal patiënten als de gemiddelde beademingsduur licht toegenomen.

Figuur 4.2

Beademde volwassen patiënten en de gemiddelde beademingsduur, exclusief cardiochirurgische patiënten
(n: niveau 1 = 43, niveau 2 = 24 en niveau 3 = 25)

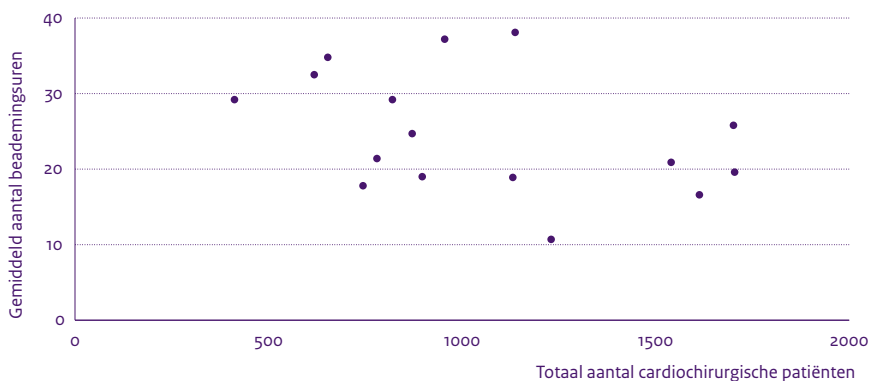


Tabel 4.2

Getallen IC 2011

	Niveau 1 (basis)	Niveau 2	Niveau 3 (complexe patiënten)
Fte intensivisten: gemiddeld (min - max)	2,9 (1 - 8)	4,6 (1,8 - 6,4)	12,3 (5,6 - 43,1)
Fte intensivisten: mediaan	2,5	4,8	9,6
Totaal aantal beademingenuren volwassenen: gemiddeld (min - max)	14.569 (~600 dagen) (2.716 - 34.269)	34.575 (~1400 dagen) (18.555 - 70.680)	87.949 (~3700 dagen) (40.067 - 204.947)
Totaal aantal beademingenuren volwassenen: mediaan	11.383	27.102	71.045
Totaal aantal volwassen patiënten: gemiddeld (min - max)	152 (57 - 295)	299 (150 - 484)	1.417 (204 - 3730)
Totaal aantal volwassen patiënten: mediaan	144	278	1377
Gemiddelde beademingsduur in uren volwassenen: gemiddeld (min - max)	92,4 (28,9 - 183,3)	115 (80,4 - 167,5)	82 (26 - 240)

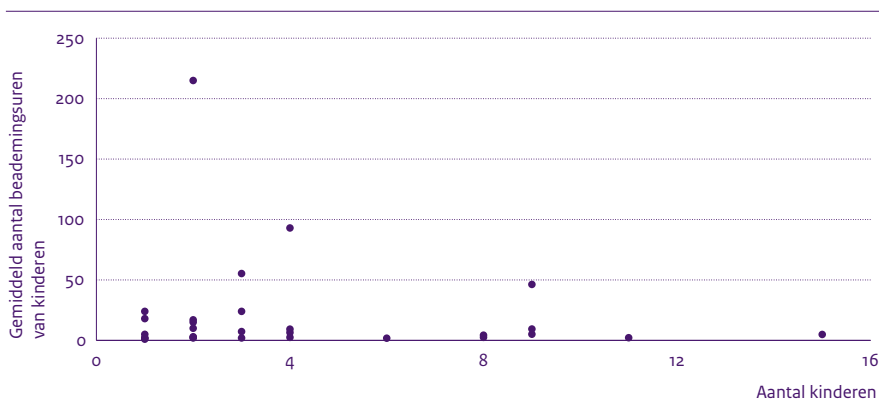
Figuur 4.3

IC en hartchirurgie (n=16)

In figuur 4.3 is het totaal aantal beademde hartchirurgische patiënten weergegeven en de gemiddelde beademingsduur in uren. Het totaal aantal beademde hartchirurgische patiënten bedroeg in 2011 16.806 en varieerde van 412 tot 1.704 patiënten per ziekenhuis.

De gemiddelde en de mediaan van de beademingsduur was 1,0 dagen en varieerde per ziekenhuis van 0,4 tot 1,6 dagen. Gemiddeld werd 6,5% van de patiënten langer dan 72 uur beademd, in het Medisch Spectrum Twente Enschede was dit bijna 15%. Vergeleken met 2010 is het aantal patiënten licht toegenomen en de gemiddelde beademingsduur met bijna 10% afgenomen.

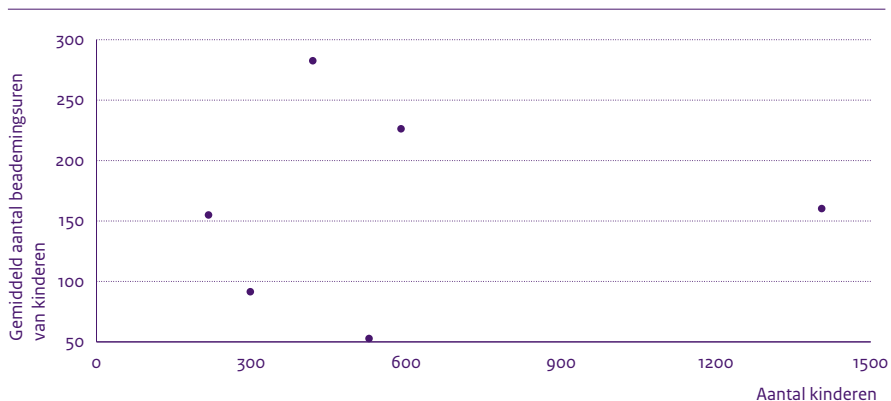
Figuur 4.4
Kinderen op IC voor volwassenen (n=29)



In 86 ziekenhuizen was in 2011 geen PICU aanwezig. In 29 van deze ziekenhuizen werden in 2011 kinderen beademd op de IC voor volwassenen. In de meeste ziekenhuizen ging dit om een enkel kind dat werd opgevangen en gestabiliseerd tot het kon worden overgeplaatst naar een ziekenhuis met een PICU. Het gemiddeld aantal beademingsuren ligt op 19,7 uur (mediaan 5,1 uur) bij gemiddeld 4,1 kinderen (mediaan 3). 2 ziekenhuizen beademden meer dan 10 kinderen (Ziekenhuisgroep Twente, locatie Hengelo en het Medisch Spectrum Twente Enschede) en 2 ziekenhuizen beademden gemiddeld langer dan 72 uur (Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk, Slingeland Ziekenhuis Doetinchem). Vergeleken met 2010 is het aantal kinderen op een volwassen IC met ongeveer 30% toegenomen, de beademingsduur van deze kinderen met ongeveer 10%.

Figuur 4.5

Kinderen op PICU (n=6)



Van de 8 ziekenhuizen met een PICU hebben 6 ziekenhuizen aangegeven hoeveel kinderen zij hebben beademd en hoe lang. Het aantal beademingsuren in deze ziekenhuizen varieert van 33.640 tot 225.183 uur. Gemiddeld worden kinderen op deze PICU's 6,7 dagen beademd, variërend van 2,2 tot 11,8 dagen. Net als in 2010 geven het AZM Maastricht en het UMC Groningen geen cijfers over de beademde kinderen.

Vergeleken met 2010 is zowel het totaal aantal beademde kinderen op de PICU als de beademingsduur van deze kinderen met ongeveer 10% toegenomen.

3 ziekenhuizen (Ziekenhuis Amstelland Amstelveen, Ziekenhuis St. Jansdal Harderwijk en Refaja Ziekenhuis Stadskanaal) leveren geen data aan voor de database die de stichting NICE beheert. Met de terugkoppeling van de analyses uit deze database kunnen IC-afdelingen hun kwaliteit verbeteren. In 2010 namen 6 ziekenhuizen nog geen deel aan NICE. Opvallend is dat het VUmc Amsterdam als laatste universitair centrum is aangesloten.

Aandachtspunten voor de intensive care en de daarbij horende indicatoren

De IC en ouderen, het bewaken van opname-indicaties

Tijdens gesprekken met wetenschappelijke verenigingen over de zorgrelatie met de oudere patiënt komt bijna altijd de vraag naar boven op welk moment een ingreep of behandeling nog een zinnige bijdrage levert. Een opname op een IC wordt regelmatig als voorbeeld gesteld, met de vraag wanneer deze nuttig is. Opvallend (en geruststellend) is daarbij dat systematisch wordt gesteld dat leeftijd alleen geen criterium is. Op de website van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care staat een richtlijn voor opname en ontslag-criteria voor de IC^[28]. Daarbij staat het begrip ‘profijt van een opname op de intensive care’ centraal. Profijt wordt als volgt omschreven:

Wat kan het profijt van de opname zijn voor de patiënt?

- 1 Compleet herstel van disfunctionerende en/of falende orgaansystemen.
- 2 Incompleet herstel met blijvende restafwijkingen waarbij de kwaliteit van leven voor de patiënt acceptabel is (afasie, insuline behoefte na pancreatitis et cetera).
- 3 Persisterend orgaanfalen hetgeen medisch behandelbaar is en waarbij de kwaliteit van leven voor de patiënt acceptabel is (chronische beademing, chronische dialyse et cetera).

De richtlijn specificceert verder wie, onder welke omstandigheden vaststelt dat er profijt is en hoe lang het profijt moet bestaan, wil opname zinnig zijn. De richtlijn geeft een grote rol aan het professioneel oordeel en noemt weinig of geen harde criteria. Het is volgens de inspectie een goed voorbeeld van het bewust omgaan met complexe behandelingen. Elk ziekenhuis moet volgens de richtlijn ‘Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland (CBO)’ een uitwerking maken van het beleid in eigen protocollen. Hoewel dit ook voor de IC een complex onderwerp blijft, is het wel een goed voorbeeld van hoe een ziekenhuis afspraken kan maken voor de indicatiestelling voor het gebruik van behandelingen.

Hoe vrijwillig is een vrijwillige visitatie?

Visiteren is een belangrijk middel om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De afgelopen twintig jaar zijn visitaties een normaal onderdeel geworden van de kwaliteitscyclus van vakgroepen en maatschappen. Visitaties van afdelingen zijn minder vanzelfsprekend. Afdelingen voor nierdialyse en IC’s hebben een visitatiesysteem, maar deelname is niet verplicht. Toch is het voor een IC uitzonderlijk om zich niet te laten visiteren. 4 ziekenhuizen (Diaconessenhuis Leiden, Slotervaartziekenhuis Amsterdam, het Laurentius Ziekenhuis Roermond en het Erasmus MC) zijn niet gevisiteerd in de afgelopen zes jaar. Het Diaconessenhuis Leiden en het Erasmus MC^[29] melden daarbij in de indicatoren ook geen visitatie in de planning te hebben. De IGZ zal in overleg treden met de NVIC wat de gevolgen zijn als een vrijwillige visitatie zo algemeen is geworden dat er eigenlijk sprake is van een veldnorm.

[28] www.nvic.nl/richtlijnen_geaccordeerd.php

[29] Het Erasmus MC heeft aan de IGZ gemeld dat ze een aanvraag voor een visitatie hebben ingediend bij de NVIC.

5 Oncologisch proces

U vindt de omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in hoofdstuk 5 van de basisset van 2011 (www.igz.nl/onderwerpen).

Kanker is een ziekte met veel verschijningsvormen. Mede daarom hebben oncologische patiënten zorg nodig van veel verschillend hooggespecialiseerd personeel. De behandeling is vaak complex en het resultaat varieert van volledig herstel tot een pijnlijk overlijden. De meeste indicatoren gaan uit van de specifieke situatie van een patiënt met één type ziekte. Toch geeft de veelvormigheid van oncologie juist ook veel overeenkomsten in processen en randvoorwaarden. De inzet van veel verschillende professionals met ook nog een verschillend referentiekader maakt gestructureerde afstemming noodzakelijk. Regie is essentieel, ondersteund door een goed multidisciplinair overleg (MDO), waarbij inbreng van alle bij de ziekte horende specialisten gewaarborgd is. Afspraken dienen helder te zijn en vast te liggen in een voor alle behandelaars beschikbaar behandelplan. Dit plan moet steeds worden aangepast aan het soms grillige verloop van de ziekte. In toenemende mate leggen normen en richtlijnen vast hoe het multidisciplinaire overleg eruit moet zien. De complexe behandeling en de soms uiteenlopende plaatsen waar een patiënt behandeld wordt, stellen hoge eisen aan de kwaliteitsbewaking, informatieoverdracht en feedback.

Kanker komt meer voor bij oudere dan jongere mensen. Met het dalen van de sterfte aan hart- en vaatziekten leven hartpatiënten langer en neemt daarmee het aantal patiënten met kanker toe, alsmede het aantal patiënten dat zowel hart- en vaatziekten als kanker heeft. De zorg moet zich dus aanpassen aan patiënten die meerdere zorgvragen tegelijk hebben. Dit heeft gevolgen voor de keuze van de behandeling, want veel behandelingen benaderen al de grenzen van de draagkracht van gezonde patiënten. Wanneer iemand problemen heeft op meerdere vlakken is goed multidisciplinair overleg belangrijk. Oudere patiënten met kanker zullen daarom altijd besproken moeten worden in een MDO, al was het alleen maar om zeker te zijn dat problemen op andere gebieden niet gemist worden. In deze gevallen is het essentieel dat het behandelplan voor alle behandelaars beschikbaar is. Zorgverleners moeten de context kennen waarbinnen zij kunnen handelen.

Het is gewenst dat de geriater bij oudere patiënten een analyse uitvoert vóór de behandeling van elke belangrijke tumor, tenzij er goede en gedocumenteerde redenen zijn om dat niet te doen. Voor 2014 kijkt de IGZ naar de mogelijkheden voor een indicator die vraagt naar het aantal oudere patiënten die geriatrisch zijn geanalyseerd vóór een operatie aan de dikke darm. Dit is dan wel bedoeld als een indicator voor een breed gebied. Ook zijn voor 2014-2015 indicatoren in ontwikkeling over medicatie en oncologie. Er kunnen namelijk problemen ontstaan doordat de verschillende medicamenten voor de verschillende problemen de behandeling bij kanker kunnen verstoren. Goede geïntegreerde informatievoorziening en het op basis van de informatie elektronisch voorschrijven van medicijnen is daarom essentieel.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de oncologie?

Het ziekenhuis heeft geen multidisciplinair overleg bij meerdere tumorsoorten

- Behandelt het ziekenhuis patiënten met mammacarcinoom, rectumcarcinoom of urologische tumoren?
 - Zo nee, dan vervallen verdere vragen.
- Wat zijn de minimumeisen die het ziekenhuis stelt aan de samenwerking tussen medisch specialisten bij complexe patiënten?
- Is bekend welk percentage van de patiënten multidisciplinair besproken wordt (per tumorsoort)?
 - Zo ja:
 - Welke afspraken zijn er over het bespreken van oudere patiënten?
 - Zijn er afspraken over andere patiëntengroepen?
 - Zo nee: Hoe wordt het functioneren van de MDO's bewaakt?
- Wordt het inbrengen van patiënten geëvalueerd?
- Welke eisen stelt het ziekenhuis aan de aanwezigheid van specifieke kennis bij een MDO?
 - Wanneer wordt besloten om een bespreking uit te stellen?
 - Kan een patiënt besproken worden als een hoofdbehandelaar afwezig is?
- Hoe is de regiefunctie geregeld voor oncologische patiënten?
- Welke regeling waarborgt continuïteit als een deel van de behandeling buiten het ziekenhuis plaatsvindt?

Eén van de indicatoren colorectale heroperatie, cytostatica of radiotherapie heeft een opvallende uitslag

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

Het ziekenhuis neemt niet deel aan één of meer kwaliteitsregistraties voor de oncologie (voor 2011: Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), NVU database spierinvasief blaascarcinoom) en behandelt de betrokken patiënten wel

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

Ouderen en oncologie

Ouderen zijn extra kwetsbaar bij de behandeling voor kanker. Zij hebben vaak meerdere (chronische) aandoeningen en gebruiken verschillende medicatie. Polyfarmacie is dan een risico. Daarbij komt dat het effect van medicijnen op oudere patiënten in veel gevallen niet bekend is. Ouderen zijn vaak ondervertegenwoordigd in trials of worden zelfs specifiek uitgesloten. Daardoor is de kans op patiëntschade groter en dat moet worden meegewogen in een risico-inschatting.

Uit onderzoek van de DSCA blijkt dat vooral ouderen een extra groot risico lopen bij colorectale operaties. Bijna de helft van de darmkankerpatiënten is ouder dan 70 jaar. 'Een opeenstapeling van ongunstige factoren kan bij deze groep leiden tot een zeer hoge kans op postoperatief overlijden. Dit is bijvoorbeeld het geval als zij een acute operatie moeten ondergaan.' Het multidisciplinair bespreken – en uitkomsten registreren – van oudere patiënten is van groot belang om de problematiek goed in beeld te hebben. Zo kan zelfs worden besloten van een ingreep af te zien, omdat de gevolgen van een zware operatie voor de kwetsbare patiënt te schadelijk zijn.

5.1 Multidisciplinair overleg (MDO)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 5.1 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Beschikbaarheid MDO mammacarcinoom.
- Beschikbaarheid MDO rectumcarcinoom.
- Beschikbaarheid MDO urologische tumoren.

Wat zijn de risico's

Oncologische zorg is complex en er zijn verschillende specialismen en beroepsgroepen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, regie tussen de verschillende behandelaars en blijven in het eigen vakgebied en dat van de collega-specialismen van groot belang. Een goed MDO draagt bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling van de ziekte. Het hebben van een overleg is nog geen garantie voor goede samenwerking; het is niet meer dan de eerste belangrijke stap. Slechte samenwerking vormt met zekerheid een bedreiging voor de kwaliteit van zorg.

Voor de IGZ zijn er meerdere redenen voor het opnemen van het MDO als indicator. Zoals gezegd is een MDO noodzakelijk voor goede zorg. Daarnaast is een goed functionerend MDO voor een specifieke behandeling, met voldoende betrokken specialismen, een teken dat de infrastructuur van het ziekenhuis voldoende ontwikkeld is. Ook maakt het duidelijk dat er voldoende patiënten zijn om een specifiek MDO voldoende diepgang te geven. Een algemeen MDO waar alle patiënten met allemaal verschillende typen tumoren besproken worden is niet wenselijk en komt steeds minder voor. Zo'n algemeen MDO is onwenselijk omdat de kans bestaat dat patiënten als 'hamerstukken' de revue passeren en dus niet echt worden gepresenteerd en overgedragen. Tevens bestaat het risico dat specialisten met een ander aandachtsgebied gaan waarnemen voor collega's met meer kennis en zo onvoldoende diepgang kunnen geven aan de bespreking. Het niet betrekken van een specialist bij het MDO is dan ook een teken van onvoldoende deskundigheid of van een slechte samenwerking, mogelijk ook buiten de oncologie.

Tijdens het onderzoek naar het oncologisch proces viel het op dat geen enkel ziekenhuis inzicht had in de mate waarin de adviezen van het MDO daadwerkelijk worden opgevolgd^[30]. Het ontbreken van een duidelijk behandelplan, multidisciplinair opgesteld en gecoördineerd uitgevoerd, dat beschikbaar is voor alle betrokkenen is één van de risicofactoren voor slechte kwaliteit van zorg. Daarom is dat een aandachtspunt voor de IGZ.

[30] Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. IGZ (2009).

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beschikt niet over een specifiek MDO voor patiënten met een mammacarcinoom, voor patiënten met een rectumcarcinoom en/of voor patiënten met een urologisch carcinoom (voor start behandeling dan wel postoperatief)

- Hoe wordt gezorgd dat bij het MDO alle relevante disciplines (zie richtlijnen) op essentiële momenten – wanneer ‘hun groep’ patiënten aan bod komt – aanwezig zijn?
- Hoe vaak ontbreken de essentiële specialismen waardoor patiënten niet besproken kunnen worden?
- Van hoeveel patiënten is een daadwerkelijk verslag te vinden van een MDO zowel van voor start van de behandeling als postoperatief?

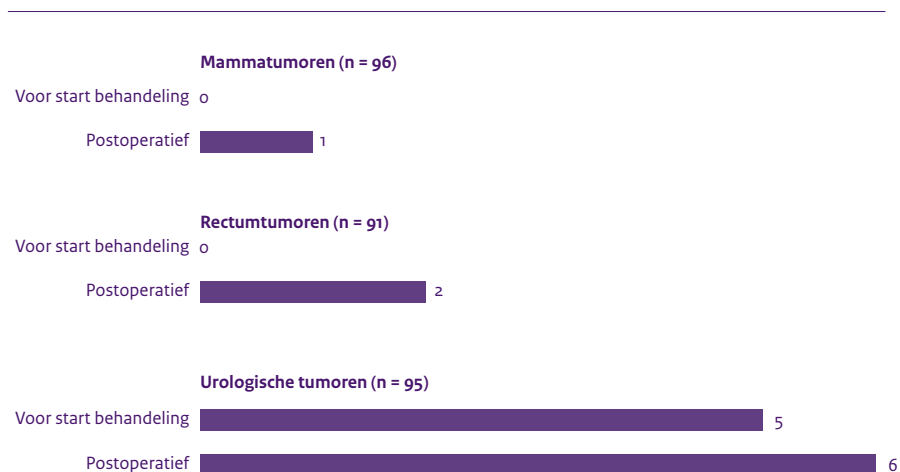
Het ziekenhuis beschikt wel over een specifiek MDO, maar geeft in de toelichting een voorbehoud aan

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

Resultaten

Figuur 5.1.1

Afwezigheid MDO



Alle ziekenhuizen geven over 2011 aan dat voor de start van de behandeling mamma-carcinoom een specifiek MDO plaatsvindt. Alleen bij de MAASTRO clinic in Maastricht (een radiotherapeutisch instituut) ontbreekt bij mamma-carcinoom een postoperatief MDO. Een MDO specifiek voor het rectumcarcinoom hebben ook alle ziekenhuizen voor de start van de behandeling. Postoperatief ontbreekt voor deze behandeling een specifiek MDO bij de MAASTRO clinic in Maastricht en Ziekenhuis de Sionsberg in Dokkum. In 2011 is voor het eerst gevraagd naar een specifieke MDO voor urologische tumoren. Bij 5 ziekenhuizen is geen specifiek MDO zowel voor de start van de behandeling als postoperatief. Ook hier heeft de MAASTRO clinic in Maastricht wel voor de start van de behandeling een specifiek MDO voor urologische tumoren, maar niet postoperatief.

Aandachtspunten bij multidisciplinair overleg en de daarbij horende indicator

Indicatiestelling voor ingrepen niet altijd duidelijk

De oncologie heeft als voordeel dat het regelmatig mogelijk is om de kwaliteit van besluiten achteraf te beoordelen. Een voorbeeld daarvan is het onderzoek van het KWF Kankerbestrijding^[31] waarbij het aantal okselkliertoiletten zonder maligne cellen na een mamma-operatie is onderzocht. Er bleek een opvallende spreiding te zijn tussen ziekenhuizen. Eenzelfde fenomeen deed zich voor bij het beoordelen van de wenselijkheid van een lymfeklierdissectie bij prostaatacarcinoom. Tijdens het onderzoek in 2009^[32] bleek een grote variatie te bestaan in de mate waarin deze ingreep standaard deel uitmaakte van de behandeling. In dit geval zijn ook beoordelingstabellen opgenomen in de richtlijn. De richtlijn^[33] zegt daar het volgende over: 'De kans op de aanwezigheid van lymfekliermetastasen kan worden ingeschat met behulp van de Kattan nomogrammen (Cagiannos 2003^[34]). Een lymfeklierdissectie kan verricht worden in combinatie met een radicale prostatectomie of wanneer een bestraling wordt overwogen bij een patiënt met een hoog risico prostaatacarcinoom.' Het viel tijdens het onderzoek in 2009 op dat er ziekenhuizen waren die systematisch het risico objectiveren en dat er ziekenhuizen waren die uitgingen van (meestal dan vrij agressief) standaardbeleid. De richtlijn zegt ook: 'De rol en uitgebreidheid van de lymfeklierdissectie bij het prostaatacarcinoom zijn op dit moment onderwerp van discussie'. Het MDO is bij uitstek de plek om die discussie te voeren. Het verslag van het MDO moet dan ook een weergave zijn van die overwegingen. Op dit moment is dat zelden het geval. In die overwegingen moet ook duidelijk zijn wat het gevoerde beleid oplevert. Als het eigen resultaat beduidend afwijkt van landelijke spiegelinformatie, zal dat moeten leiden tot andere keuzes. De (hopelijk) definitieve doorbraak van kwaliteitsdatabases als de DSCA en de DBCA maakt een goede vergelijking mogelijk. De kunst is om de uit deze data verkregen inzichten te gebruiken om op patiënteniveau te leren en dat in beleid door te voeren.

Systematische beoordeling noodzakelijk

In de oncologie is in de richtlijn voor psychosociale zorg^[35] een draaglastmeting opgenomen. Deze geeft een indicatie voor de benodigde psychosociale zorg die een patiënt nodig heeft bij een bepaalde behandeling en of die behandeling wel haalbaar is. Uit de literatuur blijkt dat rond de 80% van de patiënten de geplande chemotherapie ook daadwerkelijk ontvangt^[36,37]. Belangrijke factoren voor het niet ontvangen van de chemotherapie bij colonkanker zijn: geslacht (vrouw), weduwe, hoge leeftijd en heropnames.

[31] Kwaliteit van kankerzorg in Nederland, KWF Kankerbestrijding (2010).

[32] Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren, IGZ (2009).

[33] www.oncoline.nl/prostaatacarcinoom.

[34] Cagiannos I, Karakiewicz P, Eastham JA, et al. A pre-operative nomogram identifying decreased risk of positive pelvic lymph nodes in patient with prostate cancer. *J Urol* 2003;170:1798-1803.

[35] www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psykosociale-zorg.

[36] Dobie SA, Baldwin LM, Dominitz JA, Matthews B, Billingsley K, Barlow W. Completion of therapy by Medicare patients with stage III colon cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98(9):610-9.

[37] Carlson RH. Chemotherapy Completion Rates, Quality-of-Life Indicators Improve with Exercise. *Oncology Times.* 2007;29:22:44-45.

Op dit moment is er in de behandelrichtlijn geen formele beoordeling van de draagkracht van patiënten opgenomen. Wel staat er dat de draagkracht een factor is die tot aanpassing van de behandeling kan leiden. Verschillende wetenschappelijke verenigingen hebben aangegeven dat een goede beoordeling van de draagkracht van een patiënt en de opbrengst van de behandeling belangrijk is bij de verdere ontwikkeling van de ziekenhuiszorg voor met name ouderen. Een voorgestelde methode is het invoeren van een systematische beoordeling (comprehensive geriatric assessment) van de belastbaarheid van een oudere patiënt. De uitkomst kan dan een rol spelen bij het wel of niet starten van een ingrijpend behandeltraject. Dat patiënten tussentijds stoppen met het behandelprogramma voor chemotherapie is zeker niet te voorkomen. Maar een scherpere indicatiestelling in combinatie met extra ondersteuning kan helpen. In de literatuur komen interventies aan bod die de voltooiingsfrequentie (completion rate) van een chemotherapie significant kunnen vergroten^[57]. Aangezien hier nog geen normen voor bestaan, heeft een toezichthouder hier nu een beperkte rol. Het is aan de opstellers van richtlijnen om hier nader aandacht aan te besteden en aan de organisatoren van MDO's om dit onderwerp systematisch op de agenda te zetten en het succes daarvan te evalueren.

5.2 Borstkanker

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 5.2 en 5.3 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven.
- Beschikbaarheid verslag van pre- en postoperatieve mammabespreking^[38].

Wat zijn de risico's

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland (incidentie en prevalentie)^[39] en een belangrijke doodsoorzaak. Omdat borstkanker een grote groep patiënten treft en de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de geleverde kwaliteit van de zorg. De ingrijpende behandeling is complex en er zijn verschillende specialismen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, een goede regie van het zorgproces en blijven in het eigen vakgebied en dat van de collega-specialismen van groot belang. Een duidelijk en voor alle betrokkenen toegankelijk behandelplan en een goede verslaglegging van de uitgevoerde handelingen zijn cruciaal. Gekoppeld aan een tijdige en adequate behandeling draagt dit alles in belangrijke mate bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling van de ziekte^[40]. De indicatoren voor borstkanker geven een indicatie voor onderzoek van het gehele proces van de borstkankerszorg, ook al belichten de huidige indicatoren alleen de eerste chirurgische fase van de behandeling.

De organisatie van de diagnostiek en behandeling van het mammacarcinoom is over het algemeen het best georganiseerd van alle vormen van kanker. De borstkankerszorg kent ook goed uitgewerkte richtlijnen waarin kwantitatieve normen zijn opgenomen. De betreffende indicatoren geven dan ook vooral een indicatie van de bovengrens van de kwaliteit van (de organisatie van) de kankerszorg in een ziekenhuis. De inspectie vraagt ook naar het beleid bij de behandeling van borstkanker om zo zicht te krijgen op de geleverde zorg bij andere veel voorkomende vormen van kanker.

De IGZ heeft in de basisset van 2013 de indicator 'Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten' opgenomen waarin aandacht wordt besteed aan andere fasen van de behandeling en die niet de chirurgie betreffen.

[38] Verder MDO genoemd.

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

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

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is de benodigde infrastructuur nog aan het ontwikkelen en daarmee in (het voorstadium van) fase 1 van het beleid

Het verslag van het preoperatieve of het postoperatieve multidisciplinaire overleg (MDO) is niet elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem

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

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

Bij meer dan 1 patiënt is niet bekend of tumorweefsel is achtergebleven

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

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van meetgegevens)

Het percentage geopereerde patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief hoog (voor 2011: meer dan 11,5%)

- Welke analyse heeft het ziekenhuis zelf toegepast?
- Hoe is het differentiatiebeleid van het ziekenhuis?
- Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de operateurs?
- Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de radiologen bij radiologisch gelokaliseerde niet palpabele mammacarcinomen?
- Is volledige preoperatieve diagnostiek mogelijk?
- Hoe zijn de mammapoli en het MDO geregeld?

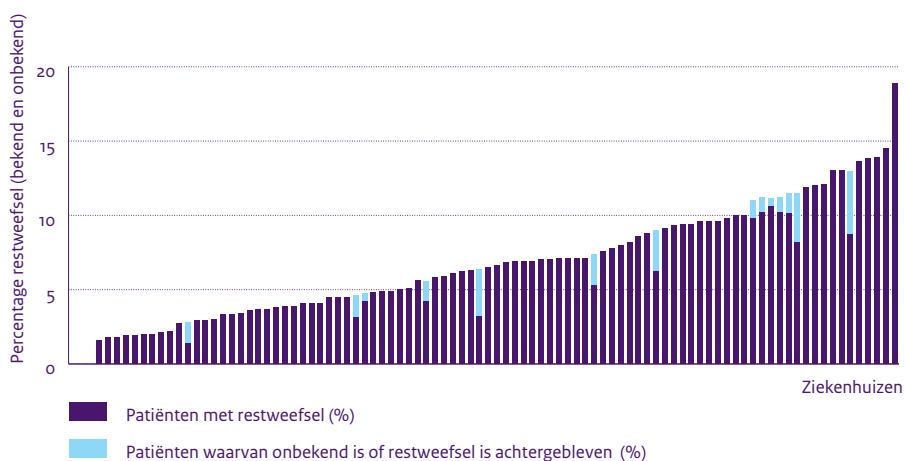
Het percentage geopereerde patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief laag (voor 2011: minder dan 2,0%)

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

Resultaten

Figuur 5.2.1

Percentage restweefsel na borstsparende operaties (n=94)



Bij 6,5% van de 8.549 patiënten met een borstsparende operatie bleef restweefsel achter. Over de jaren heen blijft het percentage patiënten waarbij restweefsel achterblijft dalen. In 2010 was dit percentage gemiddeld 7,2%. Bij 21 patiënten (0,3%) was niet bekend of restweefsel was achtergebleven. In enkele ziekenhuizen is bij een substantieel deel (maximaal 4,3%) van de patiënten niet bekend of tumorrest is achtergebleven. Het percentage patiënten waarbij niet bekend is of restweefsel was achtergebleven is licht gedaald. Dit was in 2010 gemiddeld 0,4% en maximaal 6,8%.

In 89 van de 95 ziekenhuizen is zowel het verslag van het preoperatieve MDO als van het postoperatieve MDO elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem. Dit betekent dat de behandelaars van alle betrokken specialismen direct over deze

verslaglegging kunnen beschikken. Alleen het Diaconessenhuis Meppel Zorgcombinatie Noorderboog heeft, net als in 2010, het preoperatieve en het postoperatieve MDO niet elektronisch beschikbaar. Zij geven wederom aan dat ze verwachten dit volgend jaar wel op orde te hebben. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis Spijkenisse en het Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede hebben in 2011 in tegenstelling tot 2010 beide verslagen van het MDO wel elektronisch beschikbaar.

In vergelijking met 2010 hebben 3 ziekenhuizen meer beide verslagen van het MDO beschikbaar.

Aandachtspunten voor de borstkankercare en de daarbij horende indicatoren

De oncologische behandeling komt langzaam beter in beeld, maar moet nog doorgroeien. De totale behandeling van een patiënt met borstkanker kan 5,5 jaar duren. Gedurende die periode kan een patiënt meerdere typen behandelingen ondergaan: chirurgie, chemotherapie, inclusief hormonale behandelingen en radiotherapie. De voor het toezicht beschikbare indicatoren worden alle bepaald door de chirurgie in de eerste drie maanden van de behandeling. Deels valt dit te verklaren doordat chirurgische behandelingen zich makkelijker laten meten en deels komt het doordat de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) op dit gebied een voortrekker was. Met ingang van 2013 gaat dat een beetje veranderen. Er komt een indicator beschikbaar over de chemotherapie, vooral gericht op de behandeling vóór de tumor chirurgisch verwijderd wordt, de neo-adjuvante chemotherapie. Ook dan blijkt dat de chirurgie een belangrijk moment is. Het is gemakkelijker om de tijd tot een operatie te berekenen, omdat rond de operatie de meeste data worden verzameld. Zolang data verzamelen mensenwerk is en er per patiënt maar een beperkt aantal keren kan worden gekeken, is een periode van jaren moeilijk te overzien. Dat is dus ook een reden waarom er weinig zicht is op de latere fasen van de behandeling. Dat wil niet zeggen dat er geen toezicht nodig is. Cytostatica zijn riskante medicatie. Het zijn de behandelingen met cytostatica die patiënten zeer zwaar vinden en relatief vaak niet afmaken. Het toezicht op de latere fasen van de behandeling staat nog in de kinderschoenen en het zal de nodige inspanning vergen voordat het is opgegroeid.

Toezicht in een snel veranderend landschap

Een veel gehoorde opmerking over borstkanker is dat onderzoek laat zien dat het niet een ziekte is. Het is een verzameling ziekten die in hun symptomen op elkaar lijken, maar die op het niveau van de cellen sterk van elkaar verschillen. Een zichtbaar teken daarvan is de opkomst van de ‘mammaprint’, een DNA-onderzoeksmethode die een voorspelling geeft over de kans op het aanslaan van een specifieke therapie. Deze vorm van diagnostiek is nog volop in ontwikkeling en het is nog niet te zeggen wat het eindpunt van die ontwikkeling zal zijn. Het is juist het gebrek aan een duidelijk eindpunt dat vraagt om heldere normen. In veel onderzoek komt duidelijk naar voren dat er een meetbaar verschil is in invoersnelheid van innovaties tussen ziekenhuizen^{[41],[42]}. Op plaatsen waar de focus minder op de oncologie ligt, of waar ruzies of andere stressfactoren sterker aanwezig zijn, blijft de invoer van belangrijke innovaties achter. Uiteindelijk worden belangrijke innovaties wel overal ingevoerd. Maar aangezien dergelijke vernieuwingen met een vertraging in normen belanden, is de toetsing van verantwoorde zorg vaak nog niet mogelijk. Concentratie van snel ontwikkelende zorgterreinen in een beperkt aantal ziekenhuizen leidt naast een scherpere focus ook tot minder locaties waar innovaties moeten worden doorgevoerd. Ook dat zal waarschijnlijk de invoering van vernieuwingen versnellen.

[41] Kwaliteit van kankercare in Nederland, KWF Kankerbestrijding (2010).

[42] Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren, IGZ (2009).

5.3 Gastro-intestinaal

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 5.4 t/m 5.6 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD).
- Ongeplande reïnterventies na resectie van primair colorectaal carcinoom.
- Deelname aan het de DSCA.

Wat zijn de risico's

Een carcinoom van de pancreas (kanker van de alveesklier) heeft een slechte prognose en de resectie (uitsnijding) van de pancreas is een complexe ingreep. Er zijn 1750 nieuwe patiënten per jaar en de mortaliteit is hoog^[43]. De voornaamste behandeling is chirurgisch; voor die behandeling komt 20% in aanmerking. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goed samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Dit zorgt voor minder complicaties en lagere postoperatieve sterfte. Een goed concentratiebeleid is voor de IGZ een indicator voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met een pancreascarcinoom. In tegenstelling tot kanker van de alveesklier maakt dikke darmkanker samen met borst-, long- en prostaatkanker deel uit van de groep veelvoorkomende kwaadaardige aandoeningen. Het treft een grote groep patiënten, de behandeling van deze groepen patiënten kent duidelijke risico's en de behandeling is in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk. Daarom is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de kwaliteit van die behandeling.

De IGZ let in het bijzonder op de kwaliteit van de resectie van een primair colorectaal carcinoom omdat het een veel voorkomende ingreep is waarna relatief vaak een reïnterventie nodig is. De patiënt heeft dan opnieuw klachten gekregen, meestal door een naadlekage. Hoewel niet alle reïnterventies zijn te voorkomen, kan goed kwaliteitsbeleid het aantal wel beperken. Daarvoor is van belang dat een ziekenhuis inzicht heeft in de eigen prestaties. Een opvallend laag percentage reïnterventies is ook een indicatie voor onderzoek. Zo is het mogelijk het risico op reïnterventies te verminderen door het aantal stoma's te verhogen. Hoewel dit altijd mogelijk is in overleg met de patiënt, is deze optie als systematische keuze niet wenselijk. Stoma's hebben grote invloed op de kwaliteit van leven. De IGZ wil dan ook weten of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de DSCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een indicator die vraagt naar deelname aan een kwaliteitsregistratie leidt tot het versnellen van deelname aan dergelijke registraties. Daarbij komt dat deelname aan een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren in te stellen. Dat is van belang omdat naast de eerder genoemde ingrepen, aandoeningen van de dikke darm veel voorkomen.

[43] www.oncoline.nl/pancreascarcinoom

Gezien de hoge mortaliteit bij een colorectale reïnterventie gaat de IGZ er van uit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de IGZ. Zij verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risico-analyse start voordat deze signalen de IGZ bereiken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

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

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

Het aantal colorectale reïnterventies was relatief hoog (voor 2011: meer dan 15,3%)

- Wat was in 2011 de ziekenhuismortaliteit na een primair colorectaal carcinoom?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn de conclusies?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal reïnterventies te verminderen?

Het aantal colorectale reïnterventies was relatief laag (voor 2011: minder dan 5,7%)

- Hoe spoort het ziekenhuis reïnterventies op?
- Wat is het percentage patiënten dat een stoma heeft gekregen in 2010-2011?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?

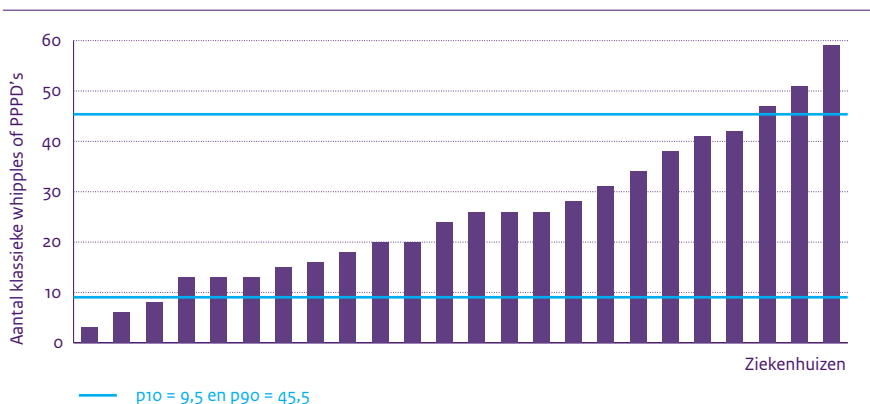
Het ziekenhuis neemt niet deel aan de DSCA, heeft geen gegevens geregistreerd, of het percentage geregistreeerde patiënten is relatief laag (voor 2011: minder dan 100%)

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

Resultaten

Figuur 5.3.1

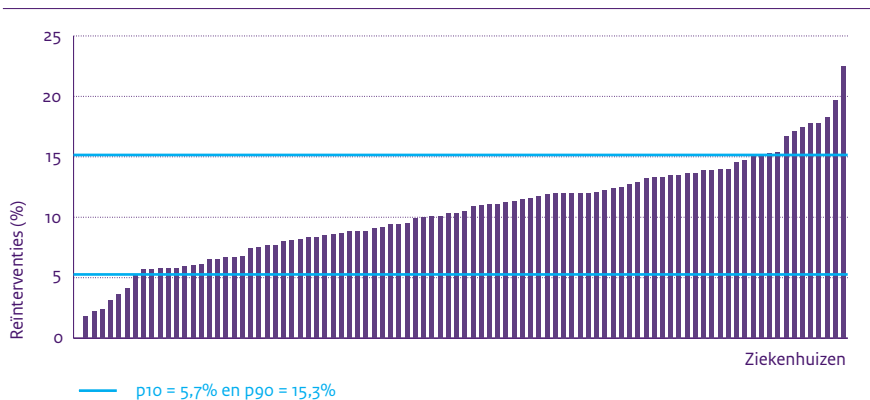
Aantal klassieke whipples of PPPD's (n=24)



In totaal voerden 24 ziekenhuizen 618 resecties van de pancreas uit. Het aantal operaties per ziekenhuis varieerde van 3 tot 59 (gemiddelde 26, mediaan 25). 9 ziekenhuizen voerden minder dan 20 pancreasresecties uit. 71 ziekenhuizen gaven aan geen resecties van de pancreas uitgevoerd te hebben in 2011. Deze ziekenhuizen hebben samen ongeveer (niet ieder ziekenhuis weet exact hoeveel) 600 patiënten doorverwezen. Een groot deel van deze patiënten wordt door het ontvangende ziekenhuis uiteindelijk niet geopereerd. In vergelijking met 2010 voeren minder ziekenhuizen gemiddeld meer pancreasresecties uit. Het aantal ziekenhuizen wat minder dan 20 resecties doet, is afgenomen.

Figuur 5.3.2

Percentage ongeplande reïnterventies na resectie van primair colorectaal carcinoom (n=94)

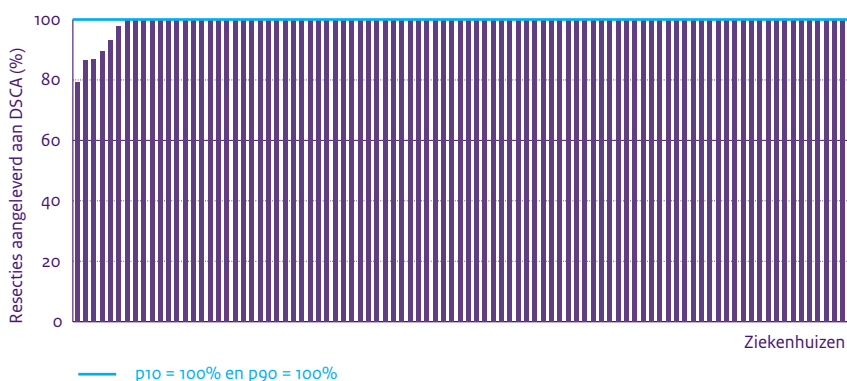


Het percentage ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom van de 94 ziekenhuizen was gemiddeld 10,4% (mediaan 10,4%). Het percentage varieerde van 0 tot 22,5%. De 94 ziekenhuizen gaven in totaal 10.336 resecties van een primair colorectaal carcinoom op en 1.071 ongeplande reïnterventies.

Vergeleken met vorig jaar is de indicator aangepast. Er wordt nu specifiek gevraagd naar een primair colorectaal carcinoom, in plaats van het ruimere begrip colorectale operatie. Daarnaast is de teller veranderd van heroperaties naar reïnterventies. Met name door deze verandering van de definitie is het gemiddelde percentage ongeplande reïnterventies gestegen (was 7,8% in 2010) en is het totaal aantal ingrepen gedaald (was 13.861 in 2010).

Figuur 5.3.3

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



In 2011 deden 93 ziekenhuizen 9.844 chirurgische resecties. Van 9.754 resecties van een colorectaal carcinoom werden gegevens aangeleverd aan de DSCA. 87 ziekenhuizen (94%) leverden van alle chirurgische resecties gegevens aan. Het gemiddelde percentage van aanlevering aan de DSCA was 99,3 (mediaan 100%) en de spreiding liep van 79,1 tot 100%. Vergeleken met 2010 is de aanlevering aan de DSCA gestegen.

Aandachtspunten voor gastro-intestinale ingrepen en de daarbij horende indicatoren

Toezicht op complexe verrichtingen

Hoe geeft de IGZ praktisch invulling aan haar taak als toezichhouder? Het moet gaan om een kenmerk of gegeven dat waarneembaar is en dat beoordeeld en beïnvloed kan worden. Bij een hoogcomplexen en zeer ernstige ziekte als het pancreascarcinoom is dat het geval. Zonder behandeling overlijdt een patiënt binnen 4-6 maanden. Met behandeling overlijdt 80% van de patiënten alsnog binnen 5 jaar^[44]. Door de functie van de pancreas heeft de ziekte ingrijpende gevolgen op het dagelijks functioneren. Er is pijn, de ziekte heeft negatieve gevolgen voor de voeding en op de spijsvertering (de endocriene functie)^[45,46]. De behandeling, indien mogelijk, is ingrijpend (resectie en cytostatica). De indicatiestelling voor de behandeling is complex door het onderzoek dat nodig is om de uitbreiding van de tumor te bepalen. Maar ook door de vraag of de patiënt in staat is de zware ingreep te overleven. Er is hier dus sprake van een hoogcomplexen ziekte en behandeling.

Op al deze zaken houdt de IGZ toezicht door te vragen hoeveel ingrepen het ziekenhuis heeft uitgevoerd. Deze kwantitatieve vraag is van belang omdat het een beeld geeft van het vertrouwen dat verwijzers en (in toenemende mate) patiënten stellen in de behandelaars. Het aantal uitgevoerde ingrepen is dan ook een afspiegeling van het aantal positieve keuzes voor het ziekenhuis. Eén van de aanwijzingen dat dit mechanisme werkt, is de waarde van een daling van het aantal verwijzingen als signaal voor nader onderzoek door de IGZ. Een andere reden om volume als signaalfunctie te nemen, is dat het onmogelijk is om alle individuele elementen van de behandeling te beoordelen. Deels omdat de specifieke kennis ontbreekt voor het beoordelen van de individuele risicopunten, deels omdat de normen in de betreffende richtlijnen te algemeen zijn geformuleerd om handhaving mogelijk te maken. De tekst over de volumecriteria in de richtlijn is daarentegen zeer direct: 'Implementatie van deze overige kwaliteitscriteria [criteria naast volume] kan er niet toe leiden dat volumecriteria niet worden gehandhaafd'^[43].

Deelname aan de registratie is normaal onderdeel van de zorg

In het voorjaar van 2012 maakten de zorgverzekeraars bekend dat zij de DSCA en andere kwaliteitsregistraties financieren. De IGZ gaat er van uit dat een goede kwaliteitsregistratie, met bijbehorende landelijke spiegelinformatie en audit de beste waarborg is die een beroepsgroep kan geven voor verantwoorde zorg. Om te voorkomen dat het alleen tot administratief toezicht zal leiden, worden de vragen van de kwaliteitsregistraties aangevuld

[44] www.oncoline.nl/pancreascarcinoom

[45] Maeda H, Hanazaki K. Pancreatogenic diabetes after pancreatic resection. *Pancreatology*. 2011;11(2):268-76.

[46] Door een verbeterde overleving worden de lange termijn effecten op de suikerstofwisseling veel beter zichtbaar. Volgens de review (zie 'Pancreatogenic diabetes after pancreatic resection') de meest bepalende factor voor de kwaliteit van leven bij de lange overlevers, overigens zonder dat diabetes als probleem vermeld wordt in de richtlijn voor het pancreascarcinoom.

met één inhoudelijke vraag, die zonder aanvullende belasting is aan te leveren. In dit geval is dit het aantal ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom.

5.4 Blaascarcinoom

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 5.7 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicator

- Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom.

Wat zijn de risico's

De chirurgische behandeling van een spierinvasief blaascarcinoom is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt. Na het verwijderen van de blaas en na een lymfklier-removal (dissectie) moet de urineafvoer hersteld worden waarbij de darm gebruikt wordt. Het betekent vaak een langdurige ziekenhuisopname en het sterftecijfer rondom de operatie bedraagt tussen de 2,5% en 8%^[47,48,49,50]. De ingreep is complex én wordt in veel ziekenhuizen niet vaak gedaan. Het uitvoeren van deze operatie stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het team dat de ingreep uitvoert en aan de organisatie ten aanzien van de peri-operatieve zorg. Het is daarom belangrijk dat een ziekenhuis een gericht beleid heeft voor het uitvoeren of doorverwijzen van deze risicovolle ingreep. In 2011 heeft de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) bekendgemaakt, dat ziekenhuizen jaarlijks minimaal 10 blaasresecties moeten doen om deze ingreep te mogen blijven uitvoeren. De IGZ besteedt aandacht aan alle ziekenhuizen die de blaasresectie uitvoeren, of zij nu wel of niet aan de norm voldoen. Deelname aan de database voor de behandeling van spierinvasief blaascarcinoom levert zowel op landelijk niveau als voor individuele ziekenhuizen belangrijke kwaliteitsinformatie op met als doel de zorg te verbeteren. De IGZ wil dan ook weten of een ziekenhuis deelneemt aan de registratie van invasief blaascarcinoom. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Daarbij komt dat een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren in te stellen. Gezien de hoge mortaliteit bij deze ingreep gaat de IGZ er van uit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de IGZ. Zij verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de IGZ bereiken. De IGZ heeft met de NVU afgesproken dat zij ziekenhuizen zal benaderen die een ander aantal blaasresecties opgeven dan zij bij de wetenschappelijke vereniging hebben aangeleverd. Tot dusverre bleken de verschillen te berusten op verschillende tijdstippen van aanleveren en niet in het aantal uitgevoerde ingrepen.

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

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

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

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

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan blaascarcinomen te behandelen.

Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen:

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in 2012?
 - Zo ja:
 - Wat is de prognose voor het halen van de norm per 1 januari 2013?
 - Hoe gaat het ziekenhuis voldoen aan alle eisen van de gestelde norm?
 - Wat is het concentratiebeleid van de vakgroep/maatschap?
 - Zo nee:
 - Is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
 - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
 - Hoe gaat het ziekenhuis om met gestelde normen en de concentratie van zorg?
 - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisicoverrichtingen?

Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de norm:

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

Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom, maar heeft géén patiënt ingebracht in de landelijke database voor een spierinvasiefspierinvasief blaascarcinoom

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

Resultaten

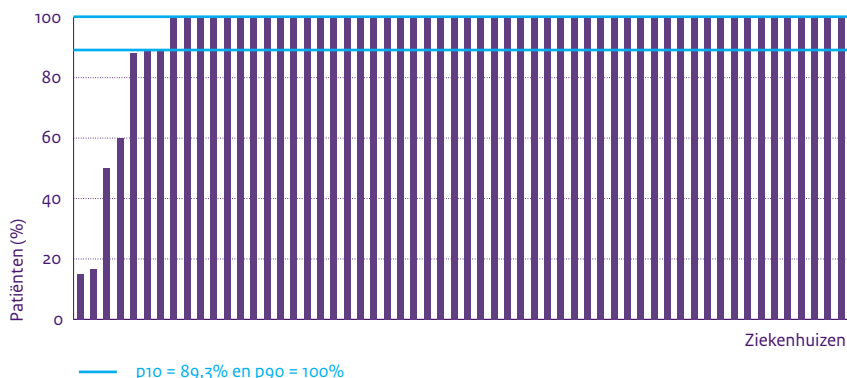
Figuur 5.4.1

Landelijke database voor spierinvasief blaascarcinoom (n=66)



Figuur 5.4.2

Geregistreerde patiënten met cystectomie vanwege spierinvasief blaascarcinoom (n = 58)



In 2011 geven 66 ziekenhuizen aan een spierinvasief blaascarcinoom te behandelen. Van deze 66 ziekenhuizen zeggen 61 ziekenhuizen ten minste één patiënt ingebracht te hebben in de landelijke database voor een spierinvasief blaascarcinoom. 58 van deze ziekenhuizen konden hierover cijfers aanleveren. Van de 3 ziekenhuizen die geen cijfers gaven, werkten 2 samen met een ander ziekenhuis waar ook de registratie plaatsvond. Het derde ziekenhuis gaf aan geen cystectomieën uit te voeren. In totaal hebben 965 patiënten in deze ziekenhuizen een cystectomie ondergaan. Dat zijn gemiddeld 16 patiënten per ziekenhuis uiteenlopend van 1 tot 71. Gemiddeld is 95% van de behandelde patiënten ingevoerd in de database spierinvasief blaascarcinoom van de NVU, variërend van 15 tot 100%.

Vergeleken met 2010 is er een forse daling in het aantal ziekenhuizen – van 87 naar 66 – dat spierinvasieve blaascarcinomen behandelt. Naar het aantal patiënten werd in 2010 nog niet gevraagd.

In 2011 heeft de NVU bekendgemaakt dat er voor deze ingreep een minimumnorm zal gaan gelden van 10 blaasresecties per jaar. 11 ziekenhuizen voldeden in 2011 nog niet aan deze norm. De inspectie zal over 2013 de norm gaan handhaven.

Aandachtspunten voor registratie van invasief blaascarcinoom en de daarbij horende indicator

Indicatiestelling

De IGZ bekijkt bij onderzoek voor het Toezicht op het operatief proces (TOP) statussen van geopereerde patiënten. Eén van die statussen betrof een patiënt met een uitgebreide blaasresectie, na een eerdere verwijdering van de tumor uit de blaas. Opvallend aan de uitslag van de pathologie was dat in het gehele preparaat geen maligne cellen werden aangetroffen. De patiënt was kankervrij. Voor een inspecteur is nu de vraag welke waarborgen er zijn voor een juiste indicatiestelling voor een ingreep. Zeker als het een ziekenhuis betreft met relatief veel blaasresecties. In dit specifieke geval was de indicatie besproken met het betrokken integraal kankercentrum. Maar er was er in de status geen verslag van dit gesprek aanwezig, alleen de vermelding ‘besproken met IK [integraal kankercentrum], plan: resectie’. Dit voorbeeld raakt ook aan veel andere hoogrisico verrichtingen waar minimumnormen voor zijn vastgesteld. Voor veel ingrepen bestaan geruchten dat de criteria voor opereren ruimer genomen worden als er minimumnormen worden ingevoerd. In ‘Het resultaat telt 2009’ is gesproken over dit effect bij de resectie van een aneurysma van de aorta abdominalis. De stijging van het aantal ingrepen na invoering van de indicator was echter te herleiden tot een onderregistratie van ingrepen in de bronnen die beschikbaar waren voordat de informatie openbaar werd. Het gaat te ver om van elke risicovolle ingreep een indicatierapport te vragen als toezichthouder. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen periode de wens uitgesproken dat er audits komen van risicovolle zorgprocessen. Een goede audit moet dan ook een beoordeling bevatten van de indicatie voor de ingreep.

Indicatie voor doorvragen naar andere ingrepen

De variatie in operatietechnieken binnen de urologie is de laatste jaren duidelijk toegenomen. In de afgelopen jaren hebben ziekenhuizen geïnvesteerd in de aanschaf van een robot voor de uitvoering van de resectie. Er is veel oefening nodig om deze ingreep ‘binnen redelijke tijd’ klaar te krijgen^[51]. Het korte en lange termijn resultaat van de ingreep is afhankelijk van de kwaliteit en ervaring van de uroloog^[52]. Op dit moment neemt het aantal van deze robots in Nederland snel toe. Bij de eerste introductie van deze operatietechnieken werden er geen minimumnormen gesteld door beroepsgroep of toezichthouders. Wellicht zijn er in de toekomst redenen om dat anders te doen. De IGZ heeft in een rapport^[53] over minimaal invasieve chirurgie en de reiniging van de robots aandacht gevraagd voor de veiligheid van de introductie en de reiniging van deze apparatuur.

Eerste uitkomstnorm

Dit voorjaar heeft de NVU als eerste kwaliteitseisen gepubliceerd op het gebied van blaascarcinoom^[54].

[51] www.prostaat.nl

[52] Herrell SD, Smith JA. Robotic-assisted laparoscopic prostatectomy: What is the learning curve? *Urology*. 2005;66(5):105-107.

[53] Onvoldoende zorgvuldigheid bij introductie van operatierobots, IGZ (2010).

[54] www.nvu.nl/kwaliteit/kwaliteitsnormen.aspx

De 30-dagenmortaliteit voor de radicale cystectomie dient over 3 jaar gemeten, gemiddeld onder de 6% te zitten, rekening houdend met case-mix factoren. Dit is een dapper initiatief dat alleen om die reden al een enthousiast onthaal verdient. Toch stelt dit een toezichthouder op meerdere gebieden voor problemen. In de eerste plaats is dat methodologisch. Het betreft hier een zeldzame ingreep, uitgevoerd in kleine aantallen (gemiddeld 10-15 ingrepen per jaar). Een toezichthouder moet rekening houden met overwegingen als toeval. Op basis van dergelijke kleine aantallen is een uitkomst bijna nooit 'significant'. Dat geeft een voordeel aan ziekenhuizen die op of net boven het minimumaantal zitten. In het kader van 'gelijke kansen' is dat geen bevredigende oplossing. Ook moeten voldoende gegevens openbaar zijn om te komen tot een verifieerbare beoordeling. Het is duidelijk dat hierover nog overleg tussen NVU en IGZ nodig is voordat actieve handhaving mogelijk is.

5.5 Medicatieveiligheid

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 5.8 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

Medicatiefouten zijn van grote invloed op de patiëntveiligheid. Binnen het hele proces van voorschrijven, gereed maken, ter hand stellen en toedienen van medicijnen zijn veel momenten waarop een fout kan optreden. Een goed medicatieveiligheidsbeleid met daarin aandacht voor de patiënt, het geneesmiddel én het proces maakt dat ziekenhuizen risico's tijdig onderkennen en vermijden. Bij het opstellen van de indicator medicatieveiligheid is gekozen voor cytostatica (ter behandeling van kanker) als groep van risicogeneesmiddelen. Bij foutief handelen is het risico op schade voor de patiënt groot. In 2005 publiceerde de inspectie een circulaire over verantwoord omgaan met cytostatica, omdat zij bij herhaling werd geconfronteerd met calamiteiten door gebruik van deze geneesmiddelen. In december 2011 is een aanvullende IGZ-circulaire uitgegaan met maatregelen ter voorkoming van doseringsfouten bij het voorschrijven en bereiden van cytostatica in het ziekenhuis^[55]. Door de keuze voor cytostatica kunnen de uitkomsten van de indicator worden betrokken bij het oordeel over de veiligheid van de behandeling van de hele groep kankerpatiënten. Vrijgave van medicatie door een apotheker is daarbij een minimumnorm. Technisch gesproken levert het ziekenhuis geen verantwoorde zorg wanneer dit niet gebeurt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De vrijgave van cytostaticakuren gebeurt niet of niet altijd door de apotheker

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan eisen (GMP-z, Circulaire cytostatica) rond verantwoorde zorg bij het vrijgeven van bereidingen (ook van niet-cytostatica)?
- Was er sprake van een uitzonderlijke situatie als reden om af te wijken van de regel dat cytostatica worden vrijgegeven door de apotheker voor deze de apotheek verlaten?
 - Zo ja: Welke (cytostaticabehandelingen worden doorgaans ingepland, van spoed is vaak geen sprake)?

Het totaal aantal bereidingen is relatief hoog (in 2011: meer dan 14.668 bereidingen)

- Op welke wijze is het aantal kuren bepaald?
- Welke reguliere toetsen hanteert het ziekenhuis bij binnenkomende aanvragen?

[55] Circulaire cytostatica 2011: www.igz.nl

Het totaal aantal bereidingen is relatief laag (voor 2011: minder dan 2.400 bereidingen)

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

Het ziekenhuis neemt geen steekproef om de volledigheid van aanvragen te controleren en vermeldt in de toelichting dat alle formulieren altijd volledig ingevuld zijn

- Kan het ziekenhuis de map met cytostatica-aanvragen ter inzage geven?
- Op welk moment in het proces wordt de volledigheid van de aanvragen beoordeeld?
- Op welke wijze is in het ziekenhuis de medicatieveiligheid gewaarborgd?
- Welke procedure volgt het ziekenhuis bij het insturen/ontvangen van een onvolledige aanvraag?
- Welke criteria hanteert het ziekenhuis intern voor volledigheid van een aanvraag?

Aanvraagformulieren voor cytostaticakuren zijn niet volledig ingevuld

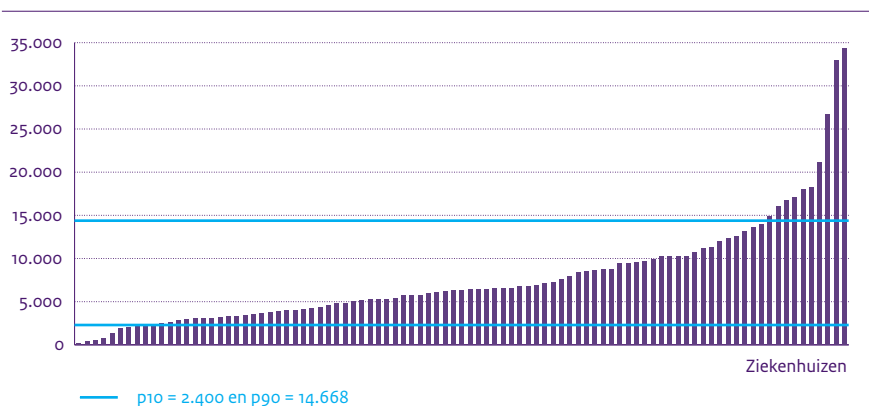
- Op welk moment worden de gegevens voor de cytostaticabereiding verzameld?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om te garanderen dat essentiële gegevens voor het bereiden van cytostatica aanwezig zijn? Essentiële gegevens zijn bijvoorbeeld de indicatie, het protocol voor het voorschrijven van de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

Resultaten

In 90 van de 94 ziekenhuizen worden cytostaticakuren formeel vrijgegeven door de apotheker voordat het de apotheek verlaat. In 4 ziekenhuizen is dit anders geregeld.

Figuur 5.5.1

Aantal cytostaticabereidingen (n=93)



In 93 ziekenhuizen vonden in totaal 724.963 cytostaticabereidingen plaats in 2011. Het aantal cytostaticabereidingen liep uiteen van 136 tot 34.330 (gemiddeld 7.795). Eén ziekenhuis (Ziekenhuis Bernhoven, locaties Oss en Veghel) vulde geen aantallen in. Het ziekenhuis gaf aan dat het proces zo is ingericht dat onvolledige cytostaticarecepten niet in behandeling worden genomen en geretourneerd worden naar de arts.

Van de in te vullen rubrieken lichaamskenmerken patiënt, dosering en datum op het aanvraagformulier voor cytostatica wordt dosering het beste ingevuld. Slechts 6 ziekenhuizen scoorden hier geen 100% volledigheid. Het gemiddelde was 99,7%. 19 ziekenhuizen misten informatie over de lichaamskenmerken, gemiddeld was 98,9% ingevuld. De datum ontbrak wel eens bij 8 ziekenhuizen. Bij de steekproef van een van deze ziekenhuizen bleek dit slechts bij 58% van de aanvraagformulieren ingevuld te zijn. Volgens opgave is de datum gemiddeld bij 99,4% van de formulieren ingevuld.

Er zijn 72 ziekenhuizen die aangeven dat alle aanvraagformulieren voor cytostatica volledig zijn ingevuld voor de genoemde rubrieken. De uitkomsten zijn vergelijkbaar met die van 2011.

Aandachtspunten voor de cytostaticabereiding en de daarbij horende indicatoren

Medicatieveiligheid als centraal onderwerp

Vanuit het oogpunt van risicogestuurd toezicht is aan de wetenschappelijke verenigingen gevraagd wat de grootste risico's zijn binnen hun vakgebied. Voor de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) was dit het medicatiegebruik en polyfarmacie. De kans dat een kwetsbare oudere patiënt meerdere medicijnen gebruikt is groot.^[56] Aandacht voor de veiligheid van het medicatiegebruik is dan ook belangrijk.

In de Staat van de Gezondheidszorg 2011^[57] staat dat het noodzakelijk is om vast te stellen welke informatie nodig is om een goed medicatiebeleid voor ouderen te voeren. Uit gesprekken met wetenschappelijke verenigingen en discussies over medicatie-informatie komen de volgende elementen naar voren om een verantwoord besluit te kunnen nemen over medicatie bij ouderen:

- 1 Informatie over de patiënt.^[58]
- 2 Informatie over de gebruikte medicatie.^[59]
- 3 Duidelijke indicatiestelling voor de medicatie (wat is de reden van het voorschrijven)?
- 4 Informatie over de effecten van de geneesmiddelen op ouderen.^[60]

Op sommige punten is de afgelopen jaren discussie geweest en zijn wetswijzigingen doorgevoerd om het controleren van doseringen door apothekers te kunnen verbeteren. Zo is het vanaf 1 januari 2012 verplicht om bij het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen de indicatie op het recept te vermelden. Daarnaast is de voorschrijver verplicht om bepaalde labwaarden door te geven aan de apotheker als deze daarom verzoekt.

Het systematisch achterwege laten van een indicatie op het recept leidt tot een noodoplossing: vanuit het middel terugredeneren naar de indicatie. Om vervolgens trachten te herleiden of deze indicatie mogelijk contra-indicatie is voor het geven van een ander middel^[61]. Het systematisch ontbreken van informatie leidt tot een complexe omweg, met alle risico's van dien, zoals misverstanden en tijdsverlies. Medicatievoorziening vraagt om vele stappen, met onderdelen die nu alleen zijn te begrijpen als voor iemand die de ontstaansgeschiedenis kent. Is de uitslag van een indicator reden voor nader onderzoek op dat onderdeel, dan kan het ook betekenen dat een veel uitgebreider onderzoek noodzakelijk is om na te gaan of er sprake is van voldoende medicatieveiligheid.

[56] www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/2012-05-11+MDR__Polyfarmacie.pdf

[57] Staat van de Gezondheidszorg. Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. IGZ, 2011.

[58] Maatregelen ter voorkoming van doseringsfouten bij het voorschrijven en bereiden van cytostatica in het ziekenhuis, 20 december 2011.

[59] Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, versie 1.0 d.d. 25 april 2008.

[60] Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, Coltman CA Jr, Albain KS. Underrepresentation of Patients 65 Years of Age or Older in Cancer-Treatment Trials. *N Engl J Med* 1999; 341:2061-2067.

[61] Voorbeeld: Diabetes is een mogelijke contra-indicatie voor het gebruik van bètablokkers. Als een patiënt insuline gebruikt, zal een apotheker de medicatie zorgvuldiger controleren als er een bètablokker wordt voorgeschreven. De apotheker zal in dat geval de voorschrijver van de insuline op kunnen bellen met de vraag of zijn afleiding klopt.

Ontbrekende informatie over de effecten van medicatie op oudere patiënten

Tijdens de gesprekken met de interne geneeskunde, de anesthesie en de geriatrie kwam aan de orde dat effecten van medicatie bij oudere patiënten vaak moeilijk in te schatten zijn. Ouderen zijn vaak ondervetegenwoordigd in trials of worden zelfs specifiek uitgesloten van deelname. Het is niet moeilijk om ondersteuning voor die stelling in de literatuur te vinden^[59]. Door het ontbreken van gegevens over effecten uit goed onderzoek is grotere voorzichtigheid gevraagd bij gecombineerd gebruik van geneesmiddelen. Door de ontbrekende informatie is de kans op patiëntschade groter en is tegelijkertijd de schade zelf ook moeilijker te voorkomen. Vrijwel alle ziekten waar geneesmiddelen voor nodig zijn komen vaak voor bij ouderen. Het niet gebruiken van een geneesmiddel om bijwerkingen te voorkomen is dan ook niet aan de orde. Dat maakt het goed volgen van het medicatiegebruik en de effecten bij oudere patiënten van groot belang. Zorgverleners die zich speciaal richten op oudere patiënten zullen dit mee moeten nemen in hun risicoanalyse.

5.6 Radiotherapie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 5.9 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicator

- Positioneringscontrole bij prostaatbehandeling.

Wat zijn de risico's

Jaarlijks wordt in Nederland bij 91.400 mensen kanker vastgesteld. Bij ongeveer 79.500 personen is dat voor het eerst^[62]. Bij ongeveer een derde van deze patiënten is radiotherapie onderdeel van de op genezing gerichte behandeling (curatie)^[63]. 21 organisaties bieden radiotherapie in Nederland, waarvan een deel is gevestigd in ziekenhuizen. Zij vallen binnen het reguliere indicatorentoezicht in ziekenhuizen. Een ander deel betreft zelfstandige instituten (radiotherapeutische centra). Over hen werden alleen gegevens verzameld in het kader van thematoezicht of bij meldingen. Gezien de risico's die verbonden zijn aan radiotherapie is het van belang deze instellingen ook in het indicatorentoezicht op te nemen. Kanker valt gezien de frequentie, de mogelijk ernstige gevolgen en de intensiteit van de behandeling onder het indicatorentoezicht. De indicator radiotherapie geeft tevens inzicht in dit snel veranderend vakgebied waar nieuwe technologie wordt ingevoerd in een complexe omgeving.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten waarbij voor minimaal één fractie de positie van de prostaat wordt gecontroleerd is hoog (in 2011: 100%)

- Hoe is de patiëntselectie gemaakt voor de indicator?
- Wat is het standaard beleid (o.a. eerste controle en frequentie) voor de controle van de positie van de prostaat?
- Welke gegevens heeft de radiotherapeutische afdeling over hoe de positie van de tumor daadwerkelijk is bepaald (realisering van het beleid)?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis en de radiotherapeutische afdeling veilige invoering van (nieuwe) medische technologie?
- Hoe wordt de indicatie voor radiotherapie met partners in de oncologieketen afgestemd?

[62] Cijfers over 2009: www.cijfersoverkanker.nl (IKNL).

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

Het absolute aantal bestraalde patiënten is relatief hoog (voor 2011: meer dan 275) of relatief laag (voor 2011: minder dan 68)

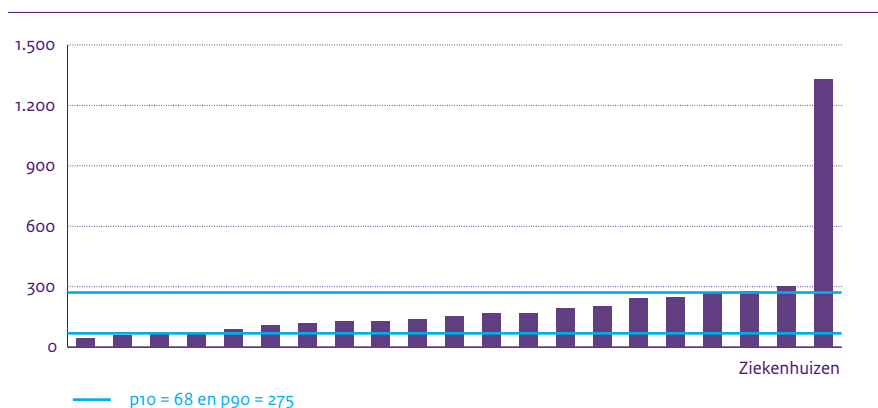
- Hoe groot is het aantal gevallen van prostaatkarcinoom in het verzorgingsgebied?
- Is bekend hoe de verdeling is tussen de verschillende therapieën in het verzorgingsgebied?
- Welk deel van de patiënten wordt multidisciplinair besproken?
- Is het multidisciplinaire behandelplan beschikbaar voor alle betrokken behandelaars?
- Hoe wordt de indicatie voor radiotherapie met partners in de oncologieketen afgestemd?

Resultaten

21 locaties (radiotherapeutische centra en ziekenhuizen) geven aan patiënten met een prostaatkarcinoom te behandelen met radiotherapie. Op 1 instelling na geven al deze instellingen aan bij 100% van de patiënten voor minimaal één fractie de positie van de prostaat te bepalen volgens de inclusiecriteria. Bij 1 ziekenhuis (Universitair Medisch Centrum Groningen) was het percentage 99,4%.

Figuur 5.6.1

Aantal patiënten op prostaat bestraald (n=21)



In de 21 locaties zijn totaal 4.493 patiënten op hun prostaat bestraald. Gemiddeld worden 214 patiënten bestraald, variërend van 43 tot 1.331.

De indicator laat over 2011 hetzelfde beeld zien als over 2010. Het enige opvallende verschil is het radiotherapeutisch instituut (MAASTRO Clinic Maastricht) dat 1.331 patiënten op de prostaat heeft bestraald. In 2011 had deze instelling een steekproef van 118 personen getrokken.

Aandachtspunten voor radiotherapie en de daarbij horende indicator

Zicht op een veranderende wereld?

De relatie tussen de radiotherapie en de overheid is onderhevig aan drastische veranderingen. De radiotherapie valt op dit moment nog onder de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV). De wet is bedoeld om risicovolle en/of dure voorzieningen te reguleren. In de afgelopen periode is onderzocht of radiotherapie nog steeds onder deze wet zou moeten vallen. Als resultaat van dit onderzoek is het besluit genomen dat dit niet zo is. Knelpunten hierbij zijn echter het signaleren van nieuwkomers en het waarborgen van de veiligheid van de radiotherapie.

Om de veiligheid in de ziekenhuizen te monitoren, gebruikt de IGZ indicatoren, jaarlijkse gesprekken, thema-onderzoeken en meldingen. Dit systeem is in principe ook van toepassing op de radiotherapeutische instituten. De bedoeling van het opnemen van de indicator radiotherapie is om meer zicht te krijgen op de kwaliteit van de centra, ook als ze niet meer onder de WBMV vallen.

Met de huidige indicator is die doelstelling nog niet bereikt. Eerder liet themaonderzoek van de IGZ (in 2007) zien dat de kwaliteit van de radiotherapie in het algemeen goed is^[64]. Er is dus geen reden voor acute zorg over het hele veld. De IGZ is op dit moment echter te zeer afhankelijk van meldingen over calamiteiten. Het ontbreken van publieke informatie over de kwaliteit van zorg van de radiotherapie maakt het moeilijk om preventief toezicht uit te voeren.

Het ontbreken van publiek inzicht in de kwaliteit kan echter geen reden zijn om radiotherapie in een vergunningstelsel als de WBMV te houden. Overigens is er ook onder het vergunningstelsel vrijwel geen informatie beschikbaar om de kwaliteit te toetsen. In die zin biedt de WBMV dan ook geen garantie voor kwaliteit.

Criteria voor radiotherapeutische centra

De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) heeft in januari 2012 een set minimumnormen voor radiotherapeutische instituten gepubliceerd^[65]. Deze normen bevatten een kwantitatief deel waarin eisen staan voor de omvang van faciliteiten, formatie en het aantal behandelde patiënten en een kwalitatief deel dat eisen stelt aan zaken als bij- en nascholing en audits. Deze normen vormen een uitgangspunt voor toezicht in zowel de huidige situatie (met vergunningen volgens de WBMV) als straks de nieuwe situatie. Zoals gezegd is er momenteel onvoldoende publieke informatie om een oordeel te vormen over de veiligheid van de radiotherapie vóórdat er sprake is van een calamiteit. Er is nu wel een set kwaliteitsnormen die de minimumeisen omschrijven en waaraan getoetst kan worden op het moment dat daar aanleiding voor is. Het is duidelijk dat de IGZ in de nabije toekomst beleid moet ontwikkelen om het gewenste toezichtniveau vast te stellen en om de daarbij horende informatie te verkrijgen.

[64] Radiotherapeutische zorg na inhaalslag sterk verbeterd. Onderzoek naar de kwaliteit van zorg bij bestraling van kankerpatiënten. IGZ, 2009.

[65] www.nvro.nl: NVRO Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland. 25 november 2011, versie 1.1.

6 Hart en vaten

U vindt de omschrijving van hart en vaten en de indicatoren die daarbij een rol spelen in de basisset van 2011, hoofdstuk 6 (www.igz.nl/onderwerpen).

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak, hoewel de sterfte in de afgelopen decennia stelselmatig is gedaald. Overleden in 1970 nog 570 mannen en 660 vrouwen per 100.000 van ieder geslacht aan hart- en vaatziekten, in 2004 zijn dit er 270 en 280^[66]. Dit is zonder meer positief. Een consequentie is dat patiënten met hart- en vaatziekten langer leven en het aantal (kwetsbare) patiënten, dus groter is geworden. Vanwege het grote aantal patiënten en de dure behandeling gaat het om kostbare zorg die regelmatig politieke aandacht krijgt.

De zorg voor patiënten met een hartprobleem is complex. Zij gebruiken vrijwel altijd langdurig meerdere medicamenten waarvan het effect naar verloop van tijd verandert. Ook beïnvloeden de problemen met de bloedsomloop het functioneren van andere organen (bijvoorbeeld de hersenen), waardoor patiënten vaak op enig moment een multidisciplinaire behandeling nodig hebben. Verder komen regelmatig nieuwe behandelingen beschikbaar. Veel van deze nieuwe methodes worden in de opstartfase veelvuldig gebruikt, zoals nu het inbrengen van de hartkleppen via de lies. Later blijkt regelmatig dat het indicatiegebied te ruim is geworden en moet worden aangepast.

Het is juist bij deze grote groep kwetsbare patiënten belangrijk om te bepalen wat een behandeling toevoegt aan de kwaliteit van leven.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond hart en vaten?

Het ziekenhuis geeft ten minste drie van de volgende antwoorden

- 1 Sterfte na EAC (eerste administratieve consult) is relatief hoog of laag (voor 2011: hoger dan 10,3% of lager dan 3,1%)
 - 2 Sterfte na AMI (acuut hartinfarct) bij patiënten jonger dan 65 jaar is relatief hoog (voor 2011: hoger dan 2,3%)
 - 3 Sterfte na AMI bij patiënten van 65 jaar en ouder is relatief hoog of relatief laag (voor 2011: hoger dan 6,8% of lager dan 1,7%)
 - 4 Het percentage patiënten bij wie trombolysen na CVA (beroerte) binnen 1 uur is toegepast, is relatief laag (voor 2011: minder dan 70,4%)
 - 5 Het aantal patiënten bij wie trombolysen na CVA is toegepast is relatief klein (voor 2011: minder dan 14)
- Heeft het ziekenhuis een geïntegreerd beleid voor hart- en vaatziekten?
 - Welke afstemming is er tussen het beleid van de verschillende maatschappijen?

[66] <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2005/2005-1785-wm.htm>

Het aantal AAA-operaties (verwijding van de grote buikslagader) is relatief hoog (voor 2011: meer dan 93) of het totaal aantal ICD's (inwendige defibrillator, met en zonder biventriculaire pacemakerfunctie) is relatief hoog (voor 2011: meer hoger dan 394)

- Op welke wijze wordt de indicatiestelling bewaakt?

Ouderen en hart en vaten

Veel oudere patiënten met een hartziekte zijn kwetsbaar. Het CVA (beroerte) komt vooral voor bij ouderen. Door de vergrijzing zal het aantal mensen met een CVA in de toekomst verder toenemen. Gezien de draagkracht van een patiënt is het belangrijk steeds de vraag te stellen of een ingreep vanwege een hartziekte gewenst is. Waar tien jaar geleden nog een duidelijke grens lag, ontbreekt deze nu. De belasting van behandelingen wordt dankzij nieuwe technieken kleiner. Een PCI (de vroegere dotterbehandeling) heeft een kleinere aanslag op de gezondheid van een patiënt dan een bypassoperatie. Ook kunnen met de technische mogelijkheden meer patiënten behandeld worden. Dat vraagt om een zorgvuldig proces. Gezien de omvang van de groep patiënten is het onmogelijk om voor iedere oudere een multidisciplinair overleg te organiseren. De behandeling van sommige patiëntgroepen is echter zo belastend of duur dat het ondenkbaar is om deze patiënten niet te bespreken. De IGZ vindt dat bij die bespreking in ieder geval een specialist betrokken moet zijn die zich richt op de zorg voor de hele patiënt. Voorbeelden daarvan zijn een geriater, specialist ouderenzorg, algemeen internist of de eigen huisarts.

6.1 Volume van risicovolle interventies in de vaatchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 6.1 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicator

- Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties.

Wat zijn de risico's

Het opereren van een aneurysma aortae abdominalis (verwijding van de grote buikslagader, AAA) is een voorbeeld van een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een groter risico op permanente of tijdelijke schade of om te overlijden. Het uitvoeren van deze hoogrisico operaties stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is dan ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het perioperatief proces op peil blijft. Bij hoogrisico operaties die vaak voorkomen, is dit eenvoudig. Er zijn echter ook operatieve ingrepen die én complex én relatief zeldzaam zijn. Deze ingrepen (waaronder ook scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor. De inspectie vindt het daarom belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van riskante, zeldzame ingrepen.

Concentratie speelt een belangrijke rol bij het waarborgen van de kwaliteit van het team: door weinig voorkomende ingrepen voor de behandeling op één plek te concentreren blijft de ervaring op het gewenste, hoge niveau. Om de kwaliteit van het concentratiebeleid van een ziekenhuis te beoordelen, vroeg de inspectie tot 2009 naar twee zeldzame hoog-complexe ingrepen: de resectie van een AAA en de oesophaguscardiaresectie (operatie van slokdarmkanker, OCR). In 2010 is de OCR vervangen door de operatie aan kanker van de alveesklier (pancreasresectie, whipple of PPPD). Vanaf het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. Zorgverzekeraars gebruiken deze normen voor het inkopen van zorg. De norm van de NVvH^[67] geeft aan dat er per zorginstelling (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve (geplande) AAA-operaties per jaar verricht moeten worden.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal electieve AAA-operaties is minder dan 20

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit?
 - Zo ja:
 - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap genomen om over 2012 aan deze norm te kunnen voldoen?

[67] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.

- Zijn er andere onderdelen van de norm waar het ziekenhuis niet aan voldoet (zie normendocument heilkunde en HRT 2010)? Zo ja, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te voldoen?
- Wat is verdeling tussen electieve (geplande) en acute ingrepen over de laatste 3 jaar?
- Hoeveel vaatchirurgen in het ziekenhuis beschikken over de juiste certificaten?
- Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
- Heeft het ziekenhuis een 24-uursdienst voor de vaatchirurgie?
- Zo nee:
 - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle spoedeisende ingrepen?
 - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en de ambulancezorg?
 - Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA- of longresectiepatiënten met spoedindicatie^[68]?

Het aantal electieve AAA-operaties ligt tussen de 20 en de 30

- Klopt het opgegeven aantal; hoe groot is het aantal operatieverslagen (voor onderzoek ontdaan van naam en geboortedatum)?
- Wat is de verhouding tussen de electieve AAA-operaties en de acute AAA-operaties?
- Zijn de operaties uitgevoerd op dezelfde locatie met hetzelfde team (OK, IC, verpleegafdeling et cetera)?
- Heeft het ziekenhuis een 24-uursdienst voor de vaatchirurgie?
- Voldoet het ziekenhuis aan alle eisen van de gestelde normen? Zo nee, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te kunnen blijven voldoen?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis voor andere hoogrisico laagvolume ingrepen (zoals de pancreasresectie, cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom, OCR)?
- Zijn er ook ingrepen die het ziekenhuis niet uitvoert? Zo ja: Zijn daarover regioafspraken gemaakt?

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

- Hoe ziet het verwijsbeleid van het ziekenhuis eruit?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
- Hoe is de opvang van spoedpatiënten georganiseerd?
- Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA- of longresectiepatiënten met spoedindicatie, inclusief afspraken met de regionale ambulancevoorziening^[68]?

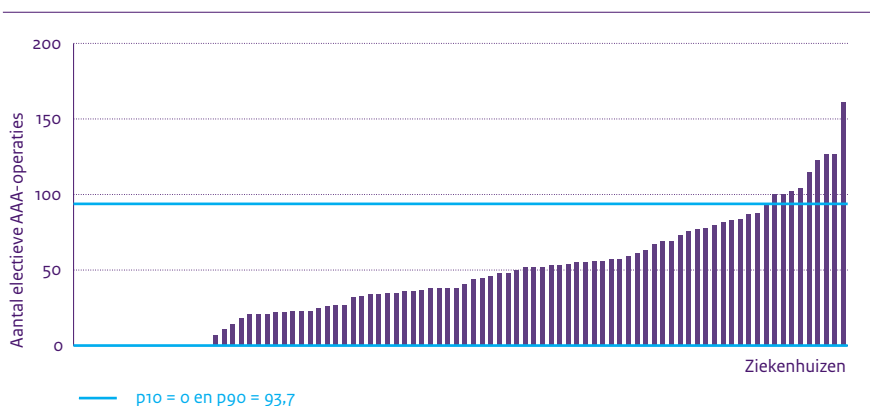
[68] Seegers J, Van Engelenburg T. Spoedchirurgen in spagaat. Medisch Contact. 2011; 39, 2377-79.

Resultaten

Deze indicator verschilt ten opzichte van eerdere jaren omdat in 2011 voor het eerst alleen naar het aantal electieve AAA-operaties is gevraagd. In voorgaande jaren werd gevraagd naar zowel de acute als de electieve operaties.

Figuur 6.1.1

Aantal AAA-operaties (n=90)



In 2011 zijn in totaal 4.096 electieve AAA-operaties uitgevoerd in 73 ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen varieerde het aantal operaties van 7 tot 161 (met een gemiddelde van 56,1 en een mediaan van 52). 4 ziekenhuizen hebben in 2011 minder dan 20 electieve AAA-operaties uitgevoerd. 3 van deze 4 ziekenhuizen geven aan in 2012 wel aan de norm te gaan voldoen, het Slotervaartziekenhuis Amsterdam geeft dit niet aan.

Het totale aantal electieve AAA-operaties in 2011 verschilt niet veel (7,5%) met het totaal van 2010 (zowel electief als acuut). De schatting van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde was dat 30% van de AAA-operaties een acute operatie betrof.

Aandachtspunten bij het volume van risicovolle vaat-chirurgische ingrepen en de daarbij horende indicator

Optellen van aantallen van verschillende ziekenhuizen niet toegestaan

Er zijn nog steeds ziekenhuizen die van mening zijn dat ze voldoen aan de (volume)normen door een samenwerkingsverband aan te gaan en de ingrepen van meerdere ziekenhuizen of locaties bij elkaar op te tellen^[69]. Daarentegen zijn er weinig ziekenhuizen die denken dat de aanwezigheid van een IC in het ene ziekenhuis en een mogelijkheid voor spoedinterventie in een ander ziekenhuis maakt dat ze beide voldoen aan de norm. Bij volumennormen is dat kennelijk minder logisch. Elk jaar blijkt weer dat er nog steeds ziekenhuizen zijn die denken dat één protocol en een overeenkomst over de inzet van chirurgen leiden tot voldoende ervaring op de IC of op een verpleegafdeling. Dat is een misverstand. De norm waar de IGZ op toeziet, gaat uit van samenhangende voorzieningen in één team op één locatie. Dit geldt ook als een chirurgische maatschap uiteenvalt in twee delen. Slechts één van die delen kan doorgaan met het uitvoeren van de ingrepen. Tenzij het ziekenhuis zoveel ingrepen doet dat beide maatschappen onafhankelijk kunnen voldoen aan de normen. Dat is overigens niet wenselijk, want een deling van een vakgroep (dissociatie) is niet bevorderlijk voor de communicatie en de eenheid van beleid.

Wanneer doorverwijzen van spoedpatiënten?

In 2011 kreeg de IGZ een melding binnen over een patiënt met een AAA die was overleden in een ziekenhuis dat de ingreep niet zelf meer uitvoerde. Het ziekenhuis weet het overlijden aan de vertraging die was ontstaan doordat het ziekenhuis de ingreep niet zelf meer uit mocht voeren. De patiënt was naar het ziekenhuis gebracht met een sterke verdenking op de aanwezigheid van een dreigend scheuren van een aneurysma. Het ziekenhuis had zelf de diagnostiek afgerond, inclusief CT-scan alvorens te overleggen over overplaatsing. Voordat de ambulance had kunnen vertrekken, was de patiënt overleden. Wat opviel in de analyse was dat de vertraging door het transport naar het ziekenhuis en de diagnostiek in het ziekenhuis in eerste instantie niet waren opgenomen. Deze waren kennelijk opgevat als onvermijdelijk. Toch liggen hier mogelijkheden voor verbetering. Als de ambulancedienst deze patiënt direct had gebracht naar het ziekenhuis dat de ingreep wel uitvoert, was veel vertraging voorkomen. Er was ook tijdwinst geboekt als het ziekenhuis direct bij binnenkomst de patiënt voor analyse en behandeling had doorgestuurd. Dat vraagt om goede afspraken in de hele keten. De goede ketenafspraken die in grote delen van het land bestaan voor de behandeling van een verstopte kransslagader in het hart (PCI's) kunnen zo worden overgenomen.

[69] De afspraak is de ingreep te tellen op de locatie waar deze is uitgevoerd.

6.2 Cardiologie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011, paragraaf 6.2 tot en met 6.5 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Sterfte in het jaar na eerste administratieve consult (EAC) op de polikliniek cardiologie.
- Ziekenhuissterfte na opname voor een acuut hartinfarct (AMI).
- Sterfte na percutane coronaire interventie (PCI, de vroegere dotterbehandeling).
- Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens.
- Implanteren en/of wisselen van pacemakers.

Wat zijn de risico's

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en invaliditeit in Nederland. Eén op de drie mensen overlijdt als gevolg van hart en vaatziekten. Per dag zijn dat gemiddeld 51 mannen en 58 vrouwen^[70]. Het sterftecijfer is door medisch-technologische toepassingen de afgelopen decennia aanzienlijk gedaald, maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe.

Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen waarbij verschillende specialisten betrokken zijn. Bij het beoordelen van de kwaliteit is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties, de deskundigheid van het team bij (complexe) hart- en vaatoperaties of interventies, de nazorg na hartoperaties en de zorg voor patiënten met chronische problemen. De IGZ bekijkt de cardiologie-indicatoren in samenhang met andere indicatoren die betrekking hebben op hart- en vaatziekten, zoals het volume van de aneurysmaoperaties (hoofdstuk 6.1), de beadingsduur na hartoperaties (hoofdstuk 4) en de 'door-to-needle time' bij CVA (hoofdstuk 6.3).

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het sterftecijfer is niet bepaald met behulp van het Burger Service Nummer/Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van deze cijfers en wat was daar het resultaat van?

[70] Vaartjes I, van Dis I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2011, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting, 2011.

- Staat het ziekenhuis garant voor de volledigheid van het onderzoek?
 - Zo ja: Hoe weet het ziekenhuis dat alle of ten minste een groot deel van de sterfgevallen zijn opgespoord?
 - Zo nee: Waarom krijgt het ziekenhuis, terwijl dat wel mogelijk is, geen sluitende registratie rond?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft (DIPR, DSCA, blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, complicatieregistratie, decubitus, ondervoeding)?
- Welke maatregelen heeft het ziekenhuis genomen om de zorg betreffende cardiologie intern te kunnen evalueren?
- Kan het ziekenhuis het resultaat hiervan laten zien?

De sterfte in het eerste jaar na het EAC en/of na AMI is relatief hoog of laag.

Sterfte van patiënten in het eerste jaar na het EAC is relatief hoog (voor 2011: hoger dan 10,3%) of relatief laag (voor 2011: lager dan 3,1%). Sterfte na AMI is relatief hoog (voor 2011: hoger dan 2,3% bij patiënten jonger dan 65 jaar of hoger dan 6,8% bij patiënten van 65 jaar en ouder) of relatief laag (voor 2011: lager dan 1,7% bij patiënten van 65 jaar en ouder)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was de uitkomst?
- Hoe is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
- Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die verbeterd kunnen worden?

Het ziekenhuis is geen hartchirurgisch centrum, heeft wel een vergunning voor PCI en verricht minder dan 600 PCI's per jaar

- Hoe lang voert het ziekenhuis PCI's uit?^[71]
 - Indien korter dan drie jaar: Hoe gaat het ziekenhuis deze norm halen?
 - Indien langer dan drie jaar: Voert het ziekenhuis deze ingreep nog steeds uit?^[72]
- Voldoet het ziekenhuis aan de andere delen van de norm?^[73]
- Participeert het ziekenhuis in de CIDR (Cardiovascular Interventional Data Registry)? In deze database worden de PTCA (dotter) verrichtingen en THI (percutane klep implantaties) geregistreerd.

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

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

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

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

[73] Binnen twee jaar na de start moeten 4 interventiecardiologen verbonden zijn aan de instelling waar de ingrepen plaatsvinden en moet het centrum dag en nacht operationeel zijn.

De ziekenhuissterfte na een PCI is relatief hoog of laag (voor 2011 hoger dan 2,0%, of bedraagt 0%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was daar de uitkomst van?
- Is er een vergelijking gemaakt binnen de landelijke database (CIDR)?
- Hoe worden complicaties geanalyseerd?
- Is de sterfteregistratie volledig?
 - Zo ja: Hoe, hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten die in een reanimatiesetting worden binnengebracht?
- Voert het ziekenhuis 24 x 7 PCI's uit?
- Hoe volgt het ziekenhuis patiënten die na een PCI zijn overgeplaatst naar een ander ziekenhuis?

Het ziekenhuis verricht geen PCI's

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

Het ziekenhuis implanteert relatief veel of weinig conventionele pacemakers (voor 2011: meer dan 211 of minder dan 60)

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

Het ziekenhuis heeft een vergunning voor het implanteren van ICD's. Het implanteert minder dan 120 CIED's (Cardiovascular Implantable Electronic Device: ICD of pacemaker), waarvan minimaal 60 ICD's (Implantable Cardioverter Defibrillator), waarvan minimaal 20 biventriculaire ICD's

- Voert het ziekenhuis deze verrichting nog steeds uit?
 - Zo ja: Hoe gaat het ziekenhuis voldoen aan de norm?
 - Zo nee: Op welke wijze bouwt het ziekenhuis de functie af?
- Staat het ziekenhuis op de witte lijst^[74] van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC)?

Het totaal aantal ICD's (met en zonder biventriculaire pacemakerfunctie) is relatief hoog (voor 2011: meer dan 394)

- Welk deel van de patiënten is afkomstig van buiten het eigen ziekenhuis (bijvoorbeeld: bovenregionale functie)?
- Hoe zijn de afspraken voor controle? Is het controlerende ziekenhuis bevoegd (witte lijst)?
- Op welke wijze wordt de indicatiestelling bewaakt?

[74] Op dit moment bestaat er een Witte lijst voor PCI-centra en een Witte lijst voor ICD-centra (www.nvvc.nl/witte-lijsten). Centra die op deze lijst staan voldoen aan alle eisen van de vereniging voor wat betreft kwaliteit (zoals geformuleerd in richtlijnen).

Het ziekenhuis implanteert alleen biventriculaire pacemakers met ICD-functie

- Welke verklaring heeft het ziekenhuis hiervoor?
- Welke indicatie hanteert het ziekenhuis voor implantatie van ICD's?

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

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan de landelijke normen op het gebied van registratie en analyse?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers of ICD's?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van de gebruikte implantatiematerialen?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt aan de landelijke registratie (DSCA, blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, complicatieregistratie, decubitus, ondervoeding)?

Het percentage interventies na een pacemaker of ICD is relatief hoog (voor 2011: meer dan 6,6%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daar de uitkomst van?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectiepreventiemaatregelen genomen?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (DIPR)?
- Wanneer wordt de raad van bestuur op de hoogte gesteld van een complicatiepercentage? Zijn daar afspraken over?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de resultaten te verbeteren?

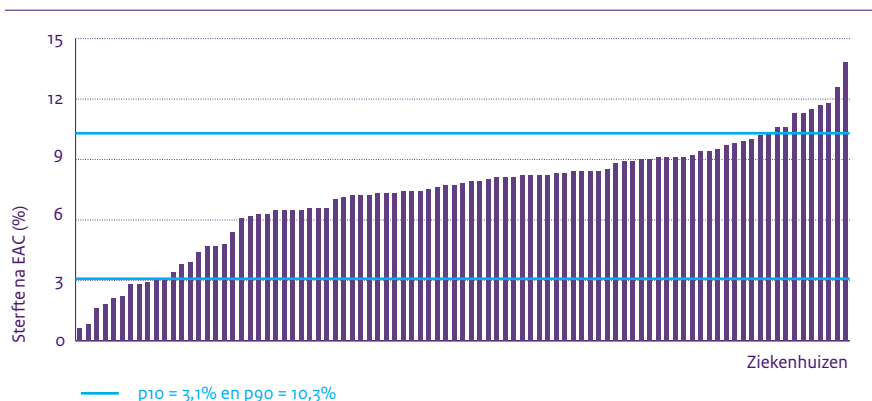
Het percentage interventies na een pacemaker of ICD is relatief laag (voor 2011: minder dan 1,6%)

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

Resultaten

Figuur 6.2.1

Sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder in het jaar na EAC (n=91)



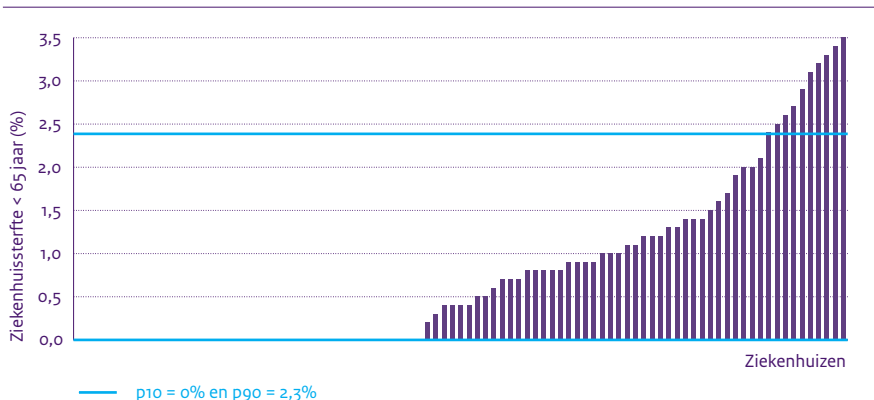
In 92 ziekenhuizen brachten bijna 255.000 patiënten een eerste polibezoek (in de betekenis van eerste administratieve consult^[75]). Het aantal patiënten varieerde van 129 tot 6.546. Alleen de Tergooiziekenhuizen geven, net als over 2010, het aantal patiënten met een EAC niet op.

Van 91 ziekenhuizen is de sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder in het jaar na EAC op de polikliniek bekend. Gemiddeld is 7,4% (mediaan 7,8%) van deze patiënten overleden voor 31 december van het jaar ná het EAC. Dit percentage varieerde van 3,1 tot 10,3%. Vergeleken met 2010 hebben meer ziekenhuizen informatie over de sterfte en is het percentage overledenen iets gedaald. Het is nog te vroeg om van een trend te spreken.

[75] Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal een medisch specialist van een poortspecialisme met een zorgvraag consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd indien in de twaalf maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

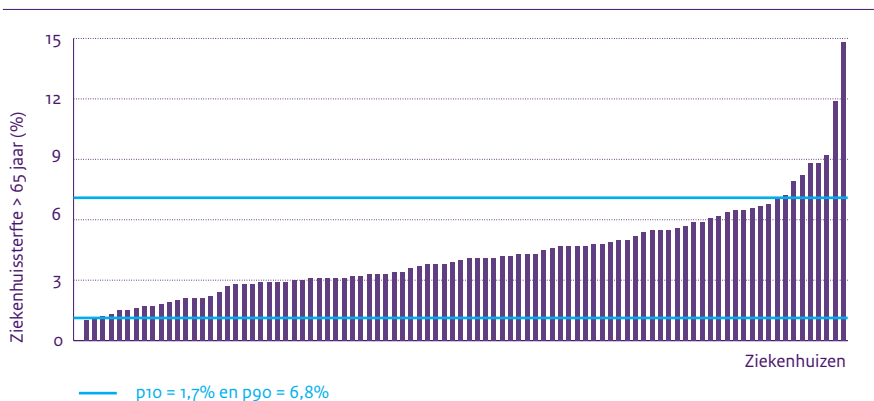
Figuur 6.2.2

Ziekenhuissterfte na AMI bij patiënten jonger dan 65 jaar (n=93)



Figuur 6.2.3

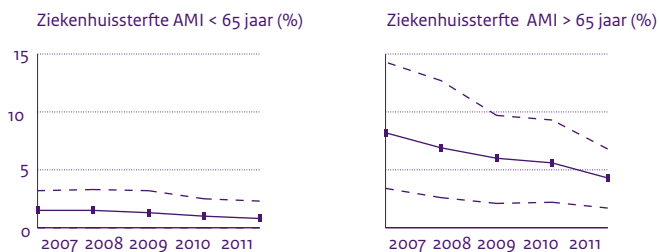
Ziekenhuissterfte na AMI bij patiënten van 65 jaar en ouder (n=93)



In alle 93 ziekenhuizen zijn in totaal 31.481 patiënten met een acuut hartinfarct opgenomen; 46% van deze patiënten was jonger dan 65 jaar. Het aantal opnames per ziekenhuis varieerde van 39 tot 1.046 (gemiddeld 339). De gemiddelde sterfte aan een acuut hartinfarct bij patiënten jonger dan 65 jaar was 0,8% (mediaan 0,4%). Bij patiënten van 65 jaar en ouder was dat 4,3% (mediaan 4,0%).

Figuur 6.2.4

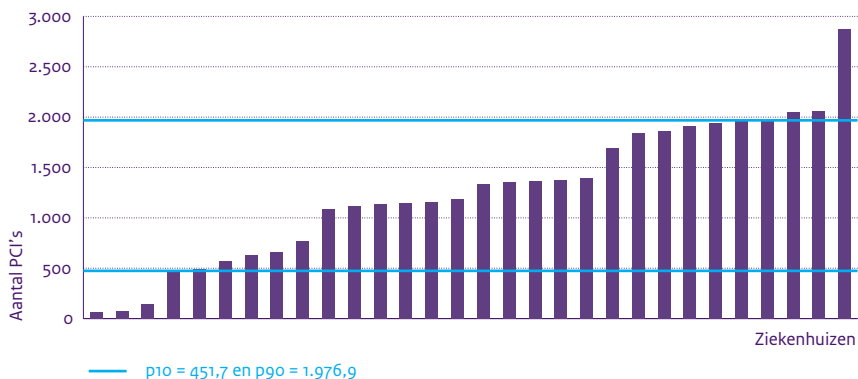
De gemiddelde ziekenhuissterfte na AMI vanaf 2007. De gestreepte lijnen geven de bandbreedte aan tussen het 10de en 90ste percentiel.



Vergeleken met 2010 is de ziekenhuissterfte met ruim 20% afgenomen. Het aantal patiënten is ten opzichte van 2010 licht gedaald (bijna 2%). De afgelopen jaren is de ziekenhuissterfte zowel onder de 65 jaar als daarboven met ruim 10% per jaar afgenomen.

Figuur 6.2.5

Aantal PCI's (n=30)



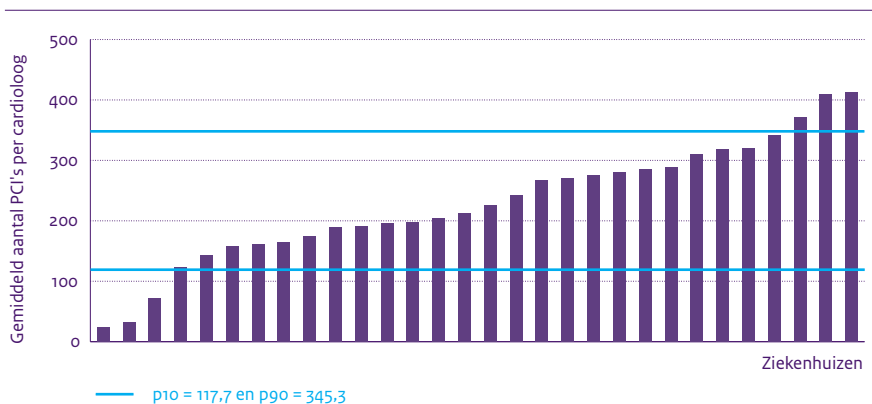
Er zijn 30 centra in Nederland die PCI's verrichten: 16 hartchirurgische centra en 14 'off site' PCI-centra. In totaal werden 37.708 PCI's verricht in 2011 variërend van 66 tot 2.878 per centrum. Voor hartchirurgische centra is de norm 800 PCI's per jaar. Het aantal PCI's van de hartchirurgische centra is ruim boven deze norm.

Voor de 'off site' PCI centra is de norm respectievelijk 400 PCI's na 2 jaar en minimaal 600 PCI's na 3 jaar. Er zijn 3 instellingen die nog niet de norm van 400 PCI's hebben gehaald.

Dit zijn alle drie instellingen in de opstartfase die pas eind 2011 zijn begonnen, namelijk Tergooiziekenhuizen in Blaricum, VieCuri Medisch Centrum in Venlo en Atrium Medisch Centrum Parkstad in Heerlen. Ook de 3 ziekenhuizen die wel 400 PCI's, maar geen 600 PCI's hebben gehaald, zitten nog in de opstartfase.

Figuur 6.2.6

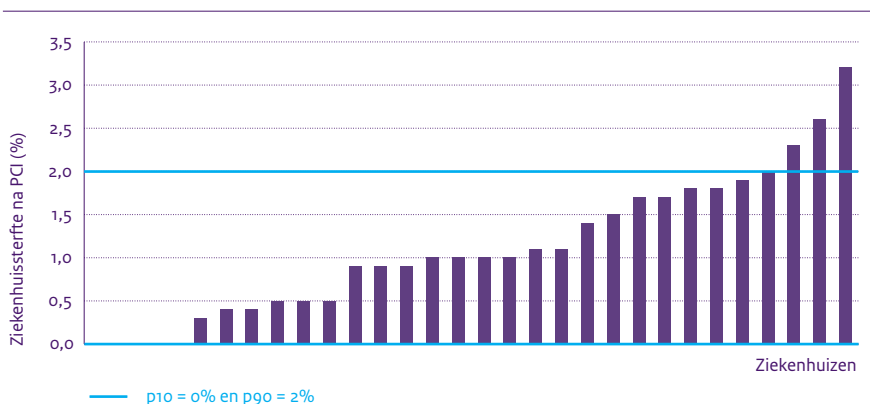
Gemiddeld aantal PCI's per cardioloog (n=30)



Het aantal interventiecardiologen per centrum varieert van 2 tot 10. Zij voeren ieder gemiddeld 229 PCI's per jaar (mediaan 218,7) variërend van 25 tot 413 per interventiecardioloog. Per interventiecardioloog moeten er volgens de norm minimaal 150 PCI's uitgevoerd worden. In 5 ziekenhuizen worden er gemiddeld minder dan 150 PCI's per interventiecardioloog uitgevoerd, 4 daarvan zitten nog in de opstartfase. Het UMC Utrecht voert al langer dan 3 jaar PCI's uit en voldoet met 144 PCI's per cardioloog niet aan de norm. Ook bij andere ziekenhuizen kunnen individuele cardiologen de norm van 150 niet halen. Ziekenhuizen zullen dit dan ook zelf moeten toetsen.

Figuur 6.2.7

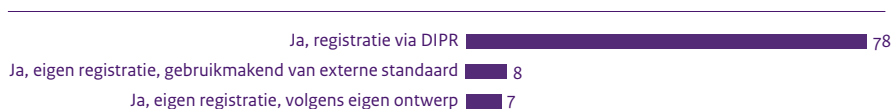
Ziekenhuissterfte na PCI (n=30)



De mortaliteit tijdens een ziekenhuisopname na een PCI varieert van 0 tot 3,2% (gemiddeld 1,1%). Daarmee is de ziekenhuissterfte licht gedaald ten opzichte van het gemiddelde van 1,3% in 2010 .

Figuur 6.2.8

Pacemakerregistratie (n=93)

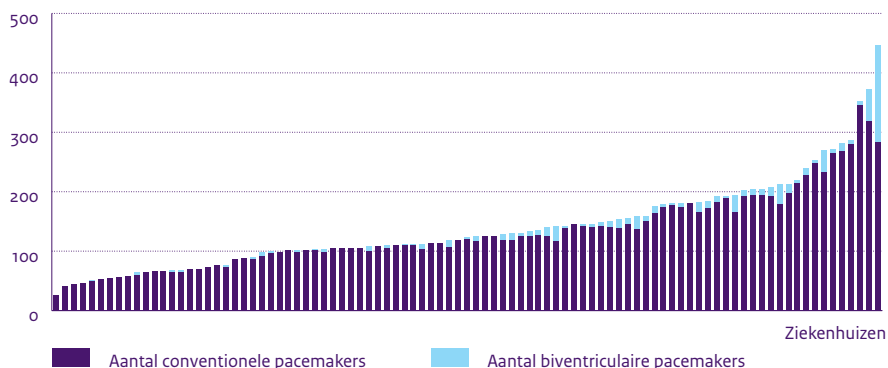


Van de 93 ziekenhuizen registreerden 78 (84%) het aantal plaatsingen via de landelijke database DIPR. Dit zijn er 3 meer dan in 2010. Deelname aan een landelijke registratie is gewenst door de NVvC. 8 ziekenhuizen (9%) gebruikten een eigen registratiesysteem dat voldoet aan een externe standaard, zoals GRIT, NCDR, DIPR en de standaard van de NVvC.

17% van de ziekenhuizen geeft aan de eigen gegevens niet aan externe referenties te toetsen. 10 van deze 16 ziekenhuizen participeren wel in DIPR. Gebruikers van DIPR geven in de toelichting regelmatig aan dat ze moeite hebben met het gebruiken van dit register voor landelijke vergelijking. Met name voor het signaleren van problemen en daaropvolgende recalls (het door de leverancier terughalen van een hulpmiddel) is het belangrijk dat er een goede landelijke registratie is. Het is zichtbaar dat deze nog niet voor iedereen goed functioneert en dat de participatie hieraan door alle implanterende ziekenhuizen nog niet vanzelfsprekend is.

Figuur 6.2.9

Aantal pacemakers per ziekenhuis (n=93)

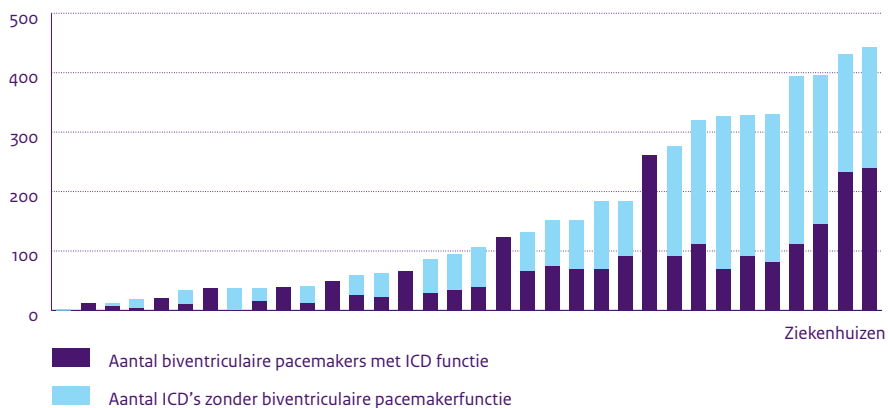


In 2011 werden 12.202 conventionele pacemakers in 93 centra geïmplanteerd. Daarnaast werden in 2011 741 biventriculaire devices (zonder ICD-functie) geïmplanteerd. Dit gebeurde in 63 centra. Gemiddeld implanteren de 93 centra 139 pacemakers (conventioneel en biventriculair zonder ICD-functie), variërend van 26 tot 446 per centrum.

Vergeleken met 2010 is het aantal conventionele pacemakers ongeveer gelijk gebleven, het aantal biventriculaire devices (zonder ICD-functie) is met bijna 70% toegenomen.

Figuur 6.2.10

Aantal ICD's (n=33)



In 2011 werden er 5.253 ICD-implantaties uitgevoerd, waarvan 2.363 biventriculaire devices. ICD-implantaties vinden plaats in 33 centra. ZiekenhuisGroep Twente en het Refaziekenhuis gaven implantaties op, maar hebben geen vergunning. Bij navraag bleek dat deze opgaven niet klopten. De implantaties vonden plaats in een ander ziekenhuis mét een vergunning.

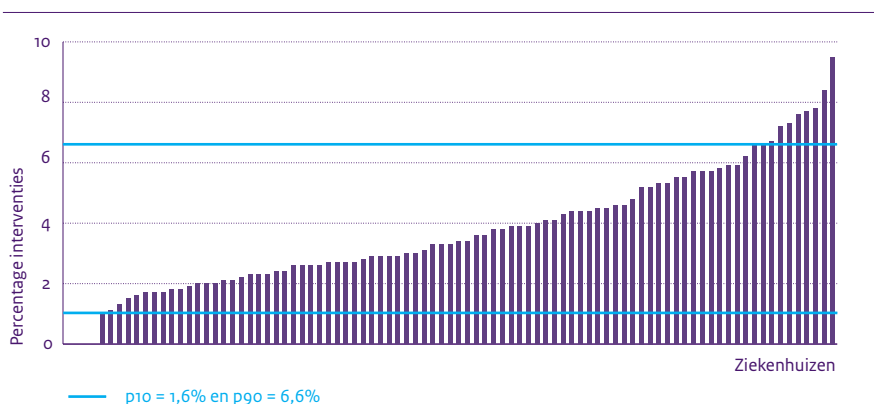
Om aan de normen van de beroepsgroep te voldoen, dienen in een ICD-centrum op jaar-basis minimaal 120 CIED's geïmplanteerd te worden. Hiervan moeten minimaal 60 ICD's geïmplanteerd worden, en daarvan weer minimaal 20 biventriculaire ICD's. Ook is deelname aan DIPR verplicht voor deze centra. 6 centra geven aan niet te registreren via de DIPR.

8 ziekenhuizen implanteren in 2011 minder dan 60 ICD's; alle zijn recent gestart. 6 ziekenhuizen implanteren minder dan 20 biventriculaire ICD's, ook deze zijn in de opstartfase. Daarnaast zijn er 6 centra die opgeven dat ze alleen biventriculaire ICD's implanteren. Het is de vraag welke indicatie deze centra hiervoor hanteren.

Vergeleken met 2010 is het aantal ICD's met bijna 10% toegenomen. Tevens zijn er 8 centra meer waar ICD-implantaties plaatsvinden.

Figuur 6.2.11

Percentage interventies na pacemakerimplantatie (n=89)



Het percentage interventies 90 dagen na het implanteren van een pacemaker of ICD is gemiddeld 3,7% (in 2010 was dat 4,1%), variërend van 0 tot 9,5%. Er zijn 4 ziekenhuizen (Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Dirksland, Ziekenhuis Rivierenland Tiel, Kennemer Gasthuis Haarlem, Ziekenhuis Amstelland Amstelveen) die opgeven dat er geen herinterventies hebben plaatsgevonden. 21 ziekenhuizen toetsen de eigen gegevens niet aan externe referenties (in 2010 waren dit 29 ziekenhuizen).

Deelname aan de landelijke database is belangrijk voor het opsporen en adequaat behandelen van problemen bij deze implantaten.

Aandachtspunten voor de cardiologie en de daarbij horende indicatoren

De rol van witte lijsten

De NVvC controleert of instellingen voldoen aan de minimumeisen voor het uitvoeren van een percutane coronaire interventie (PCI) of voor het inbrengen van ICD's. Is dit het geval, dan komt een instelling op de 'witte lijst' op de website van de NVvC^[76]. Die lijsten komen voor een groot deel overeen met de ziekenhuizen die aan de IGZ melden PCI's uit te voeren. Voldoet een ziekenhuis niet aan de eisen, dan mag het onder het huidige beleid de ingrepen niet meer uitvoeren, ook al heeft het een vergunning. Een ziekenhuis dat niet op de witte lijst staat, is niet gevisiteerd of is gevisiteerd met negatief resultaat. Het kan dus zijn dat het ziekenhuis zich niet heeft willen laten visiteren voor de lijst.

Het enige ziekenhuis dat wel PCI's uitvoert maar niet op de witte lijst staat, is het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen^[77]. Op de ICD-lijst ontbreken meer ziekenhuizen. Zorgverzekeraar Het Zilveren Kruis Achmea meldt op haar site alleen zaken te doen met ziekenhuizen die op de lijst van de NVvC staan. Door ook openbaar te toetsen wie aan de normen voldoet, maakt de NVvC zijn rol als voortrekker voor kwaliteitsbeleid waar. Als anderen dit voorbeeld zouden volgen zou het goed zijn als zij één stap verder zetten: openbaar maken wie niet aan de toets voldoet óf alle ziekenhuizen die onder de normen vallen visiteren voordat de lijst gepubliceerd wordt.

Cardiologie en kwetsbare ouderen

Veel oudere patiënten met een hartziekte zijn kwetsbaar. Gezien de draagkracht van een patiënt is het belangrijk steeds de vraag te stellen of een ingreep gewenst is. Waar tien jaar geleden nog een duidelijke grens lag, ligt nu een grijs gebied. De belasting van behandelingen worden dankzij nieuwe technieken kleiner. Een PCI heeft een kleinere belasting van een patiënt dan een bypassoperatie. Ook kunnen met de technische mogelijkheden meer patiënten behandeld worden. Patiënten die vroeger niet meer voor een openhartoperatie in aanmerking kwamen, kunnen nu via een katheterinterventie wel een nieuwe hartklep krijgen. De balans tussen opbrengst en belasting wordt zo erg complex. Dat vraagt om een zorgvuldig proces. Gezien de omvang van de groep patiënten is het onmogelijk om voor iedereen een multidisciplinair overleg te organiseren. De behandeling van sommige groepen, zoals patiënten met een indicatie voor de plaatsing van percutane hartkleppen, is echter zo belastend of duur dat het ondenkbaar is om deze patiënten niet te bespreken. Een goede afweging met patiënt en eventuele familie is een onderdeel van deze bespreking. De IGZ vindt dat bij die bespreking in ieder geval een specialist betrokken moet zijn die zich richt op de zorg voor de hele patiënt. Voorbeelden daarvan zijn een geriater, specialist ouderenzorg, algemeen internist of de eigen huisarts.

[76] www.nvvc.nl/witte-lijsten

[77] Het ziekenhuis geeft aan dat de visitatie nog in 2012 gepland staat.

Objectivering van indicatiestelling te ver doorgevoerd

Het is steeds beter mogelijk om snel en met minimale belasting metingen aan het hart uit te voeren. Specialisten kunnen functionele storingen volledig objectiveren in laboratoriumwaarden. Dat is een positieve ontwikkeling, maar met een keerzijde. Het kan namelijk voorkomen dat laboratoriumwaarden ernstig afwijken, terwijl de patiënt vrijwel geen klachten heeft. Patiënten zonder klachten kunnen zodoende toch ingrijpende behandelingen ondergaan. Dat is op zich geen onverantwoorde zorg. In bijvoorbeeld de concept versie van het indicatieprotocol voor hartklepvervangning via een bloedvat (THI) worden patiëntklachten helemaal niet meer genoemd. De zorg is dan in ieder geval volgens de normen geleverd. Het is niet aan de IGZ om normen op te stellen. Wel om aan de normstellende veldpartijen te vragen duidelijk te maken welk patiëntenprobleem opgelost wordt met een (risicovolle) behandeling. Het oude opleidingsmotto 'behandel geen laboratoriumwaarden maar patiënten' moet ook voor de cardiologie gelden.

6.3 Cerebrovasculair accident (CVA)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 6.6 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicator

- Door-to-needle time trombolyse.

Wat zijn de risico's

Begin 2007 waren er in Nederland 191.000 mensen die ooit een CVA (beroerte) hebben gehad. In 2007 overleden 9.518 personen met een CVA als hoofdoorzaak^[78]. Per jaar krijgen ongeveer 35.000 mensen voor het eerst een CVA. Er komen twee grote vormen voor: de hersenbloeding (bij ongeveer 20% van de patiënten) en het herseninfarct dat ontstaat door een vaatafsluiting (bij ongeveer 75% van de patiënten). Vooral bij een hersenbloeding is de kans op overlijden of blijvende invaliditeit groot. Het CVA komt vooral voor bij ouderen. Door de vergrijzing zal het aantal mensen met een CVA in de toekomst verder toenemen. De afgelopen jaren is trombolyse als een nieuwe veelbelovende behandelingsmethode voor het herseninfarct ontwikkeld, waardoor de sombere vooruitzichten van deze aandoening veranderen. Het motto bij deze behandeling is: 'hoe sneller de behandeling begint, hoe beter het resultaat'. Om een tijdige behandeling - liefst binnen 1 uur - door ziekenhuizen te bevorderen, heeft de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) de IGZ gevraagd een indicator voor de snelheid van trombolyse op te nemen in de basisset. De IGZ ziet toe of ziekenhuizen in staat zijn nieuwe ontwikkelingen te volgen en of zij ervoor (kunnen) zorgen dat spoedeisende behandelingen op tijd plaatsvinden.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis past geen trombolyse toe

- Staat in de toelichting waarnaar patiënten voor trombolyse worden verwezen en welke afspraken hierover met de verwijzers en ambulancedienst zijn gemaakt?
 - Zo nee: Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Zijn het afgelopen jaar patiënten opgenomen die achteraf gezien in aanmerking kwamen voor trombolyse?
 - Zo ja: Wat betekende dat voor het te voeren beleid en wat zijn de resultaten van dat beleid?

[78] www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/beroerte/omvang/

Het aantal patiënten bij wie trombolysie is toegepast is relatief klein (voor 2011: minder dan 14)

- Staat in de toelichting dat trombolysie in de regio meestal in een ander ziekenhuis plaatsvindt?
 - Zo ja: Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Hoe garandeert het ziekenhuis bij een behandeling die weinig voorkomt dat deze voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg?
- Wat zijn de criteria voor trombolysie?
- Zijn het afgelopen jaar patiënten opgenomen die achteraf bezien in aanmerking kwamen voor trombolysie?
 - Welk percentage van de patiënten komt in aanmerking voor trombolysie?
 - Heeft de kans op trombolysie een relatie met het tijdstip waarop de patiënt wordt opgenomen?

Het percentage patiënten bij wie trombolysie binnen 1 uur is toegepast, is relatief klein (voor 2011: minder dan 70,4%)

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

Het percentage patiënten bij wie trombolysie binnen 1 uur is toegepast is 100%

- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat alle patiënten binnen 1 uur na binnenkomst zijn behandeld?
- Welk beleid wordt gevoerd voor het uitvoeren van trombolysie en het selecteren van patiënten?

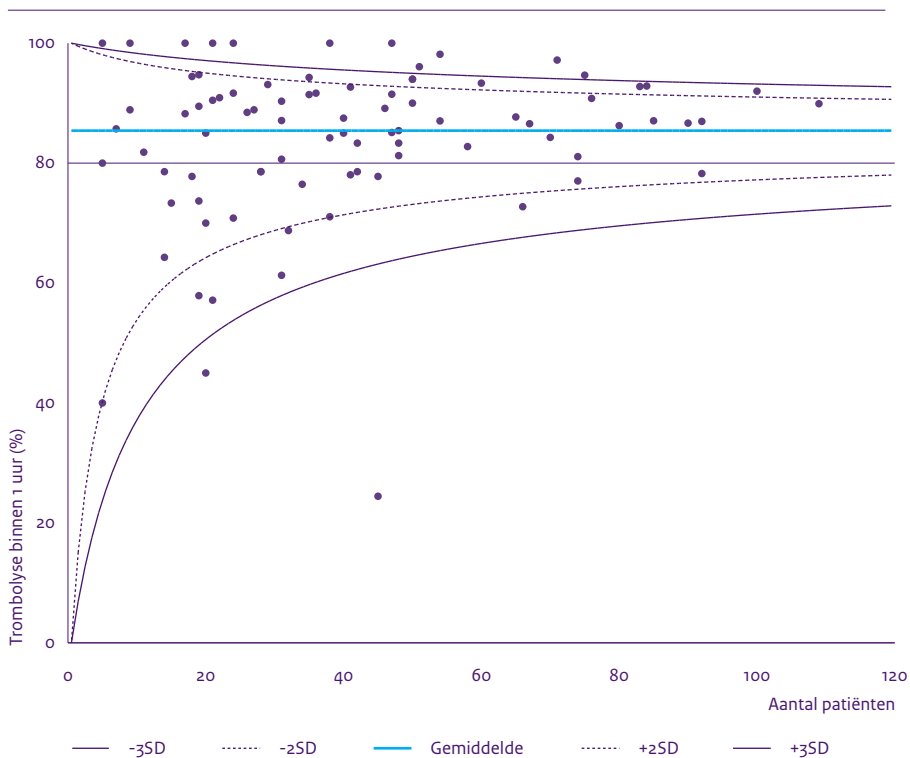
Het percentage patiënten bij wie trombolysie later dan 2 uur is toegepast, is relatief hoog (voor 2011: hoger dan 5,5%)

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

Resultaten

Figuur 6.3.1

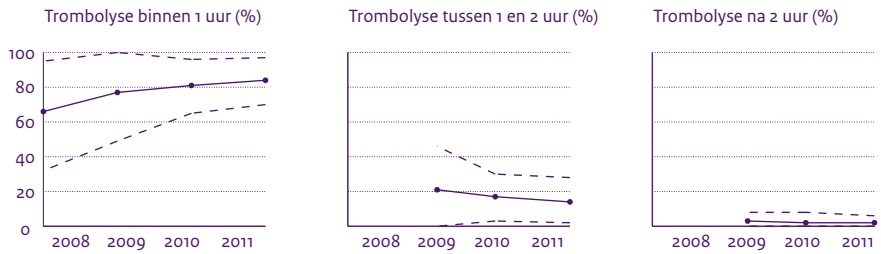
Door-to-needle time trombolysen (n=86)



In 2011 werden in 86 ziekenhuizen 3.552 patiënten behandeld met trombolysen. Het aantal patiënten per ziekenhuis varieerde van 5 tot 109 (gemiddeld 41, mediaan 38). 7 ziekenhuizen voerden zelf geen trombolyses uit; zij verwezen patiënten door naar een ander ziekenhuis in de regio. Bij gemiddeld 84% (3.034) van de patiënten werd trombolysen gestart binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis.

Figuur 6.3.2

Gemiddelde percentages van de door-to-needle time trombolysie vanaf 2008. De gestreepte lijnen geven de bandbreedte aan tussen het 10de en 90ste percentiel.



Vergeleken met voorgaande jaren vlakt de stijging van het aantal met trombolysie behandelde patiënten iets af. In 2010 werden 3.402 patiënten behandeld. Ook de toename van het percentage patiënten dat binnen 1 uur met trombolysie wordt behandeld vlakt af. In 2010 werd gemiddeld 81,3% (2.836) van de patiënten die behandeld werden binnen 1 uur met trombolysie behandeld.

Aandachtspunten voor het CVA en de daarbij horende indicator

Verminderen praktijkvariatie als effect

Eén van de opmerkelijke effecten van het gebruiken van een indicator is dat het verschil tussen de uitersten afneemt. Bij de snelheid van trombolysen was er niet alleen een duidelijke verbetering van het gemiddelde van 66% naar 84% binnen één uur; ook de grens van de langzaamste 10% steeg van 32% naar 70%. Belangrijk is de kwaliteit van iedereen te verbeteren, niet alleen de kwaliteit die geleverd wordt door de achterblijvers. Er zijn nog steeds voortrekkers en achterlopers, maar de achterlopers werken nu sneller dan het gemiddelde van vier jaar geleden. Dat is een schitterend resultaat. Het roept echter ook de vraag op over de oorzaak van de nog bestaande praktijkvariatie, ook bij andere verrichtingen. Het argument in de lopende politieke discussie dat veel praktijkvariatie te maken heeft met niet met kwaliteit samenhangende factoren, lijkt moeilijk te rijmen met de bevindingen van de indicatoren. Namelijk dat veel verschillen verdwijnen als een gegeven enige tijd deel uitmaakt van de basisset en daarmee onder een vergrootglas ligt. Het is duidelijk dat de discussie over de betekenis van de praktijkvariatie nog niet is afgerond.

Ook beschouwende vakken kunnen actiegericht zijn

In het verleden is in discussies met de inspectie veel gespeculeerd door wetenschappelijke verenigingen over de reden waarom beschouwende vakken er over het algemeen langer over deden om complicatieregistraties op te zetten dan snijdende vakken. Een verklaring was dat bij snijdende vakken meestal een operatie op één moment plaatsvindt waaraan alles kan worden gerelateerd. Beschouwende vakken zouden zo'n moment niet hebben. Sinds de invoering van de indicator uit dit hoofdstuk is de trombolysesnelheid duidelijk spectaculair gestegen. De indicator toont dat beschouwende vakken wel degelijk 'actiemomenten' hebben. Veel van de andere indicatoren van beschouwende vakken hebben dat element ook in zich (tijdige toediening van antibiotica bij pneumonie, snelheid van PCI bij cardiologie, aansluiten van cytostatica bij operatie voor borstkanker, et cetera). Het is voor beschouwende vakken kennelijk ook het eenvoudigst hun expertise te laten zien door snel en doeltreffend handelen. Het kan dan ook geen verrassing zijn dat de indicator die in de set van 2013 is opgenomen als vervanger van de snelheid van trombolysen zich richt op de snelheid van diagnostiek en voorbereiding van een operatie aan de halsslagader (endarteriodectomie van de arteria carotis), ter preventie van een CVA.

Ketenindicatoren blijven moeilijk, maar worden steeds essentiëler

De nieuwe indicator gaat over de tijd die nodig is om de patiënt te analyseren en voor te bereiden op een operatie aan de halsslagader. Het gaat om het proces van twee groepen zorgprofessionals: de analysefase onder verantwoordelijkheid van de neuroloog en de voorbereidingsfase onder verantwoordelijkheid van de vaatchirurg. Een tweede onderdeel van de indicator betreft het optreden van complicaties na de ingreep. Er is echter ook een groep patiënten die in een ander ziekenhuis wordt geanalyseerd dan geopereerd. Eén van de uitgangspunten van het toezicht is dat het ziekenhuis van binnenkomst geen verschil mag

maken voor de kwaliteit van zorg. Toch is het niet gelukt om voor 2013 een indicator te ontwikkelen die het tijdsinterval ook laat zien als de patiënt in een ander ziekenhuis begint. De informatiesystemen zijn daarvoor nog onvoldoende ingericht. Dat is een groeiend punt van zorg. Door de toegenomen taakverdeling en concentratie worden steeds meer patiënten verwezen voor ingrepen vanuit ziekenhuizen die wel de analyse, maar niet de complexe delen van de behandeling uitvoeren. Deze ziekenhuizen zijn beide verantwoordelijk voor een zo snel mogelijk proces en moeten dit samen kunnen monitoren.

7 Infectieziekten

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied infectieziekten en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in hoofdstuk 7 van de basisset van 2011 (www.igz.nl/onderwerpen).

Decubitus, ondervoeding en pijn zijn factoren die (oudere) patiënten kwetsbaar maken voor infecties. Bij decubitus omdat de huid een van de belangrijkste barrières is tegen infecties. Doorligwonden zijn een goede voedingsbodem voor bacteriën en een goede toegangsweg tot de rest van het lichaam. Ondervoeding verlaagt de weerstand en maakt het daarmee moeilijker een infectie te voorkomen en te bestrijden. Pijn na een buikoperatie is een beruchte oorzaak van longontstekingen. Ziekenhuizen moeten dus voortdurend alert zijn om infecties te voorkomen, in te dammen en te behandelen. Dit is het werk van iedereen, niet alleen van de afdeling infectiepreventie of van de medisch microbioloog.

Belangrijke onderdelen van infectiepreventie zijn kledingregels en handdesinfectie. Op 21 september 2012 liet Zembla zien dat het essentieel is dat personeel elkaar hierop aanspreekt. Deze conclusie komt overeen met de resultaten van het project Toezicht operatief proces van de IGZ. Om van handdesinfectie een routine te maken, is ook de infrastructuur belangrijk. Als er aan elk bed handalcohol hangt, is dat een teken dat het ziekenhuis het onderwerp belangrijk vindt. Als een pompje bij de ingang van een vierpersoonskamer hangt, kan het lijken dat het ziekenhuis niet verwacht dat er tussen patiëntencontacten op dezelfde zaal gedesinfecteerd wordt.

Elkaar aanspreken op gedrag is op vele plaatsen belangrijk, maar blijkt in de praktijk niet eenvoudig. Tijdens het uitvoeren van operaties op de OK moeten teamgenoten elkaar aanspreken op het moment dat zij fouten zien. Echter, zelfs als de operateur er specifiek om vraagt, durven teamleden dat lang niet altijd te doen. Dit was ook in het AMC opgevallen tijdens het ontwikkelen van het SURPASS-programma^[79]. Het elkaar aanspreken op handdesinfectie kan dan een mooie indicator zijn voor de cultuur in een ziekenhuis. In die zin kan de effectiviteit van het infectiebeleid bij ouderen een goede indicator zijn voor de algehele kwaliteit van infectiezorg en de kwaliteit van zorg in het algemeen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond infectieziekten?

Het ziekenhuis voert geen of één surveillance voor ziekenhuisinfecties uit en heeft ook geen gegevens over de behandeling ervan (de pneumonie-indicator was facultatief)

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

[79] Mondelinge mededeling AMC.

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

- Wat is het beleid rond het screenen van patiënten op infecties op de spoedeisende hulp?
- Welke activiteiten voert het ziekenhuis uit in het kader van het veiligheidsprogramma en het thema postoperatieve wondinfecties?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis dat overgeplaatste hoogrisico patiënten geen bedreiging vormen voor het eigen en het ontvangende ziekenhuis?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis een veilige infectiepreventie en behandelcultuur?

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

- Wat is het beleid rond het screenen van patiënten op infecties op de spoedeisende hulp?
- Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een verantwoord kweekbeleid voor micro-organismen?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis dat overgeplaatste hoogrisico patiënten geen bedreiging vormen voor het eigen en het ontvangende ziekenhuis?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis een veilige infectiepreventie en behandelcultuur?

Ouderen en infectieziekten

Een zorgvuldige behandeling van pneumonie is belangrijk. Het is een potentieel levensbedreigende ziekte, met een hoge mortaliteit, die snel behandeld moet worden. In de VS overlijden jaarlijks 55.000 tot 90.000 mensen aan pneumonie (zesde doodsoorzaak), met een incidentie die vanaf het 40ste levensjaar iedere tien jaar verdubbelt. Een longontsteking is dus vooral bij ouderen vaak de oorzaak van overlijden. Onder demente patiënten is het zelfs de belangrijkste doodsoorzaak, al wordt dit niet altijd herkend. Patiënten willen zich niet altijd laten behandelen aan een longontsteking. Dit omdat de longontsteking zelf een reden kan zijn om niet te behandelen na ernstig lijden. Wil dat zeggen dat het doel van deze indicator is om iedereen ongeacht de leeftijd zo snel mogelijk en zo agressief mogelijk te behandelen? Nee, zoals bij bijna alle indicatoren is een score van 100% een bijna even grote indicatie voor onderzoek als een zeer lage score. De IGZ vindt dat een ziekenhuis een verantwoord beleid moet voeren en dat zonder aarzelen des persoons een behandeling starten een risico kan zijn.

7.1 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 7.1 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicator

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.

Wat zijn de risico's

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

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert geen enkele surveillance uit

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

Het ziekenhuis voert één type surveillance uit

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

Het ziekenhuis voert alle typen surveillance uit

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

Het ziekenhuis voert alleen een prevalentie module uit, waarbij wordt bekeken of een patiënt in een bepaalde periode een infectie heeft

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

Resultaten

Tabel 7.1.1

Aantal ziekenhuizen met incidentiemetingen per type surveillance

Incidentie	Postoperatieve wondinfecties	Wondinfecties na hartchirurgie	Centrale lijn gerelateerde sepsis	Beademing-gerelateerde pneumonie
Alleen via PREZIES (waarvan geen cijfers aangeleverd)	75 (3)	7 (0)	32 (2)	2 (1)
Via PREZIES en eigen meting	9	0	4	0
Alleen eigen meting	7	4	21	11
Geen metingen	7	5	40	70
Nvt	1	83	2	16

Het aantal ziekenhuizen dat incidentiemetingen uitvoerde is in 2011 ten opzichte van 2010 licht gestegen. 57 ziekenhuizen namen deel aan de surveillance van sepsis (bloedvergiftiging). Deze surveillance staat daarmee op de tweede plek van meest uitgevoerde surveillances. De meeste ziekenhuizen (91) namen deel aan de surveillance (incidentiemeting) van postoperatieve wondinfecties. Deelname aan PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) is daarbij de standaard. Van 7 ziekenhuizen is bekend dat ze geen surveillance van de incidentie van postoperatieve wondinfecties uitvoeren. 2 van deze ziekenhuizen (Erasmus MC Rotterdam en Havenziekenhuis Rotterdam) deden dit de afgelopen jaren ook niet. Het LUMC Leiden had het meest beperkte preventieprogramma

voor ziekenhuisinfecties. Zij voerden alleen voor postoperatieve wondinfecties een eigen incidentiemeting uit.
5 van 16 ziekenhuizen met hartcentra gaven geen patiëntenaantallen op bij wondinfecties na hartchirurgie.

Tabel 7.1.2

Aantal ziekenhuizen met prevalentiemetingen per type surveillance

Prevalentie	Postoperatieve wondinfecties	Wondinfecties na hartchirurgie	Centrale lijn gerelateerde sepsis	Beademing-gerelateerde pneumonie
Alleen via PREZIES (waarvan geen cijfers aangeleverd)	56 (2)	7 (0)	39 (5)	40 (6)
Via PREZIES en eigen meting	2	1	4	3
Alleen eigen meting	4	2	1	4
Geen metingen	36	6	59	37
Nvt	1	83	2	15

Ziekenhuizen voerden vaker incidentie- dan prevalentiemetingen uit. Echter bij beademing-gerelateerde pneumonie was het aantal ziekenhuizen dat een prevalentiemeting uitvoert bijna driemaal zo groot als het aantal ziekenhuizen dat een incidentiemeting uitvoert.

Aandachtspunten voor surveillance van ziekenhuisinfecties en de daarbij horende indicator

Waakzaam in alle richtingen, met gerichte aandacht voor de risico's

Het risico wordt bepaald door de zwakste schakel. Daarom moet gerichte surveillance afgewisseld worden met steekproeven. De ziekenhuishygiënist is daarbij de waakhond van het ziekenhuis. In het PREZIES-systeem bestaat die waakzaamheid uit het uitvoeren van een prevalentiestudie, waarbij gekeken wordt naar het voorkomen van infecties in een bepaalde periode. Deze komt ook voor in de indicator 'decubitus en huidletsel door incontinentie'. Bij die indicator ziet de IGZ dat een eendaagse prevalentiemeting zinloos is als de gemiddelde prevalentie onder de 5% daalt. De betrouwbaarheid wordt dan zo klein dat acties niet meer mogelijk zijn. Dit vraagt om stevig beleid. Een incidentiemeting over een langere periode is dan noodzakelijk. Sommige typen riskante infecties zijn zo zeldzaam dat een ziekenhuis een ernstig probleem kan hebben zonder het te merken. Sepsis is daar een voorbeeld van. Daarom wil de IGZ het uitvoeren van een prevalentiestudie niet verplicht stellen. Het ziekenhuis moet wel – aantoonbaar – een goed infectiepreventiebeleid hebben, met oog voor de grote risico's en sluipende gevaren. Het is niet aan een externe partij om het ziekenhuis daarbij een methode op te leggen.

Een set maatregelen voorkomt een open achterdeur

Bij het tegengaan van infecties geldt: de grootste risico's afdekken helpt, maar alleen als er elders geen grote lekken zijn. Het inzetten van een set maatregelen – een zogenoemde 'bundel' – dekt die risico's af. Het mogelijk stoppen van het VMS veiligheidsprogramma^[80] eind 2012 houdt dan ook niet in dat de bundel maatregelen uit het veiligheidsprogramma kan stoppen. Volledige invoering van de bundel blijft het doel. Op basis van de door PREZIES mondeling gemelde gemiddelde bundelcompliance van 10% is er geen voldoende zekerheid en dus (nog steeds) werk aan de winkel.

Beademingsduur, pneumonie en waakzaamheid

De kans dat een patiënt aan de beademing pneumonie (longontsteking) krijgt, neemt toe met de duur van de beademing^[81]. Daarom is de preventie van pneumonie op de intensive care een belangrijk onderdeel van goede zorg. Tegelijkertijd is het niet altijd eenvoudig om vast te stellen of er sprake is van een pneumonie als een patiënt aan de beademing ligt. Dit is een van de redenen waarom SDD (Selectieve Darm Decontaminatie) na een felle discussie is geïntroduceerd op veel IC's. Het bleek dat intensieve profylaxe leidde tot een forse daling van het aantal longontstekingen^[82]. Er zijn in Nederland ook felle discussies gevoerd over de rol die kweken spelen bij het vaststellen van een infectie. Er zijn ziekenhuizen die een lange beademingsduur hebben en geen surveillance uitvoeren op het gebied van longontsteking

[80] www.vmszorg.nl

[81] Tejada Artigas A, Bello Dronda S, Chacón Vallés E, Muñoz Marco J, Villuendas Usón MC, Figueras P, Suarez FJ, Hernández A. Risk factors for nosocomial pneumonia in critically ill trauma patients. *Crit Care Med.* 2001;29(2):304-9.

[82] de Jonge E, Schultz MJ, Spanjaard L, Bossuyt PM, Vroom MB, Dankert J, Kesecioglu J. Effects of selective decontamination of digestive tract on mortality and acquisition of resistant bacteria in intensive care: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2003;362(9389):1011-6.

op de IC. Ondanks het stoppen van de IC-module in PREZIES kunnen ziekenhuizen met opvallende uitslagen rekenen op vragen van de inspectie. Gezien het kleine aantal longontstekingen is op dit moment een prevalentie­meting als vinger aan de pols onvoldoende. In de strijd tussen mens en bacterie is met de invoering van SDD een tijdelijke overwinning bereikt. De ervaring leert dat waakzaamheid geboden blijft.

7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 paragraaf 7.2 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Community Acquired Pneumonia (CAP).

Wat zijn de risico's

CAP is een veel voorkomende aandoening met een hoge mortaliteit en morbiditeit, met name bij ouderen^[83]. Vroegtijdige herkenning van een bacteriële infectie en tijdige en gepaste toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van de behandeling van ernstige infectieziekten en dus ook van CAP. Het is ook een voorbeeld van beheerste spoed. Het direct geven van antibiotica zonder goede diagnostiek lost te vaak het probleem niet op en heeft zelf ook weer risico's. Onnodige bijwerkingen, extra kosten en uiteindelijk een toename van antimicrobiële resistentie van micro-organismen zijn daar voorbeelden van.

Voor de IGZ is dit een indicator voor de kwaliteit van de interne geneeskunde en de long-geneeskunde. In de huidige basisset zijn meer indicatoren opgenomen voor het operatief proces dan voor de beschouwende delen van de gezondheidszorg. Dat heeft ook tot gevolg dat de IGZ bij opvallende uitslagen meer aanvullend onderzoek zal moeten doen. Voor de IGZ is een indicatie voor de tijdige toediening van antibiotische therapie ook belangrijk, omdat de uitslag een beeld geeft van de adequate behandeling van infectieziekten, maar ook veel zegt over het functioneren van de afdeling spoedeisende hulp (SEH), over medicatieprocessen en over het inzicht dat het ziekenhuis heeft in patiëntenstromen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

- Hoe is de zorg voor patiënten met CAP geregeld?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis de zorg voor spoedeisende patiënten?
- Heeft het ziekenhuis inzicht in de gegevens over de behandeling van pneumonie (longontsteking) die in de basisset van 2011 staat?
- Hoe krijgt het ziekenhuis inzicht in de kwaliteit van zorg voor de interne geneeskunde?
 - Welke interne indicatoren zijn in gebruik in het ziekenhuis?
 - Welke audits van het zorgproces zijn gedaan binnen de interne geneeskunde?

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

Het percentage patiënten bij wie antibiotica binnen vier uur is toegediend is relatief laag (voor 2011: minder dan 74,2%)

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
 - Zo ja: Wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
 - Zo nee: Wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?
- Hoe krijgt het ziekenhuis inzicht in de kwaliteit van zorg van de interne geneeskunde?
 - Welke interne indicatoren zijn in gebruik in het ziekenhuis?
 - Welke audits van het zorgproces zijn gedaan binnen de interne geneeskunde?
- Hanteert het ziekenhuis een risicoclassificatie voor pneumonie?

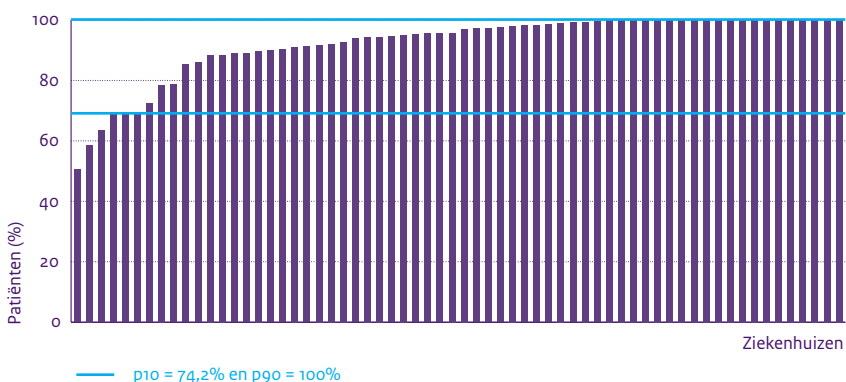
Het percentage patiënten bij wie antibiotica binnen vier uur is toegediend is 100%

- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat bij alle patiënten binnen vier uur na opname antibiotische therapie is toegediend?
- Hoe wordt het onoordeelkundig voorschrijven (daar waar geen bacteriële infectie aanwezig is) van antibiotica voorkomen?
- Heeft het ziekenhuis een protocol voor het afnemen van kweken?
 - Zo ja: In welk percentage is dat protocol nageleefd?
- Is er een abstinentieprotocol (afspraken over niet verder behandelen)?

Resultaten

Figuur 7.2.1

Antibiotica binnen 4 uur na CAP (n=64)



In totaal hebben 64 ziekenhuizen aangegeven bij hoeveel patiënten met CAP zij antibiotische therapie op de SEH of binnen 4 uur na opname in het ziekenhuis hebben toegediend. 23 ziekenhuizen hebben dit door middel van een steekproef (variërend van 20 tot 902 patiënten) bepaald.

Bij gemiddeld 92,1% van alle patiënten is binnen 4 uur na opname antibiotica toegediend. Dit percentage varieert van 50,5 tot 100%. 41% (17) van de ziekenhuizen die geen steekproef hebben genomen, geeft aan bij 100% van de patiënten antibiotica binnen 4 uur toegediend te hebben. Bij de ziekenhuizen mét een steekproef geeft 13% (3) van de ziekenhuizen dat aan.

Vergeleken met 2010 hebben 4 ziekenhuizen meer deze facultatieve indicator ingevuld. Het percentage patiënten dat tijdig een antibioticum heeft gekregen was in 2010 gemiddeld 88,9% en is dus licht gestegen.

Aandachtspunten voor pneumonie en de daarbij horende indicatoren

Zorgvuldig zijn met het inbrengen van elementen uit het zorgproces

Een zorgvuldige behandeling van pneumonie is belangrijk. Het is een potentieel levensbedreigende ziekte, met een hoge mortaliteit, die snel behandeld moet worden. Pneumonie is de zesde doodsoorzaak in de VS^[84]. Daar overlijden jaarlijks 55.000 tot 90.000 mensen aan pneumonie, met een incidentie die vanaf het 40ste levensjaar iedere tien jaar verdubbelt. Ter vergelijking: het aantal doden in het verkeer is 33.500 per jaar en tijdens een ernstige griep epidemie vallen er 58.000 doden^[85]. Het is een veelvoorkomende ziekte. En op basis van het risico op overlijden is de behandeling van pneumonie dus een onderwerp voor toezicht. Tijdens het ontwerp van de indicator kwamen regelmatig onderwerpen naar voren die van belang zijn bij de interpretatie. Voorbeelden daarvan zijn de ernst van de pneumonie, de risicoscore daarvoor (de Pneumonia Severity Index ofwel PSI, een indicator vanaf 2012) en het gevaar van ongericht antibiotica geven^[86]. Ook de rol van de huisarts bij de eerstelijns behandeling van pneumonie en de relatie met de kwaliteit van het antibioticabeleid en het functioneren van de medisch microbioloog is een aandachtspunt bij de interpretatie van de indicator. Tevens ontbreekt het ziekenhuizen vaak nog aan informatie over het proces, zoals het moment van binnenkomst van de patiënt, het tijdstip en de plaats van de eerste toediening van een antibioticum. Ongetwijfeld zullen er tijdens het gebruik van de indicator nog meer gespreksonderwerpen opduiken. Op zich is dit ook een goed voorbeeld van de functie van een indicator. Alleen als al deze factoren goed gaan, kan er sprake zijn van een bewust bekwaam georganiseerd proces. Dat is verantwoorde zorg zoals bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het wordt tijd dat dit een volwaardig en verplicht onderdeel van de basisset wordt.

Pneumonie en ouderen

Een longontsteking is een ernstige ziekte voor alle leeftijden, maar is vooral bij ouderen vaak de oorzaak van overlijden. Onder demente patiënten is het de belangrijkste doodsoorzaak, al wordt dit niet altijd herkend. Tijdens de ontwikkeling van de indicator kwam aan de orde dat patiënten zich niet altijd willen laten behandelen. Dit omdat de longontsteking zelf een reden kan zijn om niet te behandelen na ernstig lijden, de bijnaam ‘the old man’s friend’ werd meermalen aangehaald. In een artikel werd getoetst hoe vaak dit het geval was^[87]. De conclusie was dat de kans op overlijden vooral bepaald werd door de onderliggende ziekte en niet door de leeftijd. Een zeer hoge leeftijd was op zich geen reden om niet te behandelen. Wil dat zeggen dat het doel van deze indicator is om iedereen ongeacht de leeftijd zo snel mogelijk, zo agressief mogelijk te behandelen? Nee, zoals bij bijna alle indicatoren is een score van 100% een bijna even grote indicatie voor onderzoek

[84] www.lung.org/finding-cures/our-research/trend-reports/pi-trend-report.pdf

[85] www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/125110q.xls

[86] Het resultaat telt 2010. IGZ, 2012.

[87] Brancati FL, Chow JW, Wagener MM, Vacarello SJ, Yu VL. Is pneumonia really the old man’s friend? Two-year prognosis after community-acquired pneumonia. *Lancet* 1993; 342: 30-3

als een zeer lage score. Dat betekent niet dat de IGZ van mening is dat abstineren noodzakelijk is bij bijvoorbeeld een ernstig zieke patiënt met uitgebreide metastasen die een pneumonie krijgt. Het betekent dat de IGZ vindt dat een ziekenhuis een verantwoord beleid moet voeren en dat zonder aanzien des persoons een behandeling starten een risico kan zijn.

8 Maag-darm-lever (MDL)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 hoofdstuk 8 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

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

Wat zijn de risico's

Bloeding in het proximale maag-darmkanaal is een veel voorkomende ziekte en gaat gepaard met een hoog sterftecijfer. Tijdige endoscopie (inwendig onderzoek met flexibele buis) is belangrijk voor overleving van de patiënt. De indicator MDL-infrastructuur vraagt naar de aanwezigheid van faciliteiten voor 24-uursopvang en een dienstensysteem. Voor de IGZ zijn dit randvoorwaarden om een tijdige endoscopie te kunnen verrichten en zo patiënten verantwoord te kunnen behandelen. Wanneer een ziekenhuis niet aan dergelijke randvoorwaarden voldoet, is dat een signaal dat risicovolle (spoed)processen mogelijk niet op orde zijn. Met de vraag naar het percentage patiënten waarbij ook daadwerkelijk binnen 24 uur een scopie plaatsvond, vraagt de inspectie ziekenhuizen naar (het zicht op) de praktijk en het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis heeft geen faciliteiten en geen dienstensysteem om 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten

- Staat in de toelichting naar welke ziekenhuis patiënten worden verwezen?
- Welke afspraken zijn met de verwijzers en ambulancedienst gemaakt?
- Hoe is in het afgelopen jaar de behandeling verlopen van patiënten die buiten kantooruren bij het ziekenhuis zijn aangeboden?
- Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?

Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een scopie plaatsvond, is relatief laag (voor 2011: minder dan 85,1%)

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de oorzaak van de lage score?
 - Zo ja: Wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
 - Zo nee: Wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse uit te voeren (vóórdat er calamiteiten zijn opgetreden)?
- Hoe is het dienstensysteem georganiseerd?
- Hoe lang wachten patiënten maximaal op een scopie nadat zij in het ziekenhuis zijn binnengebracht?
- Hoe organiseert het ziekenhuis in het algemeen de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben:
 - Ten aanzien van spoedeisend diagnostisch onderzoek?

- Ten aanzien van beschikbaarheid van specifieke medicamenten?
- Ten aanzien van beschikbaarheid van diagnostische middelen?
- Zijn er andere spoedfuncties (heupfractuur, trombolysie of longontsteking opgelopen buiten het ziekenhuis, kortweg CAP) waarbij een onderzoeksindicatie bestaat?
 - Zo ja: Zie hoofdstuk spoedprocessen.

Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een scopie plaatsvond, is relatief hoog (voor 2011: 100%)

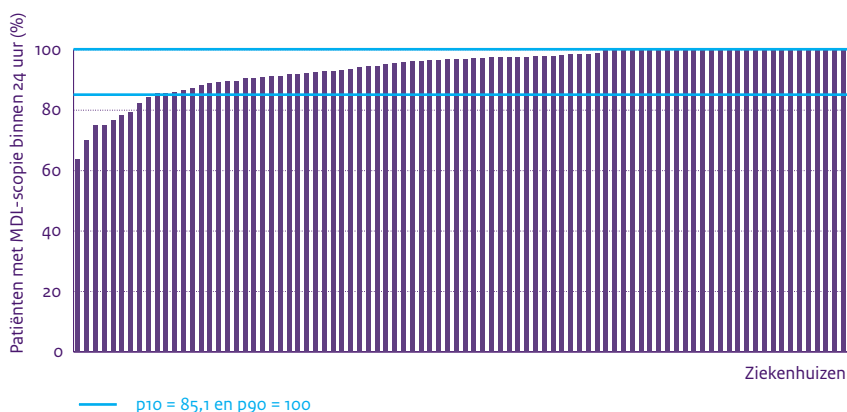
- Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat bij alle patiënten binnen 24 uur een scopie plaatsvond?
- Hoeveel patiënten zijn opgenomen in de registratie?
- Zijn er groepen met een acute bloeding in het proximale deel van het maag-darmkanaal (tractus digestivus) die niet zijn opgenomen in de registratie?
 - Zo ja: Hoe is de zorg voor die groepen georganiseerd?

Resultaten

In 89 ziekenhuizen zijn faciliteiten én een dienstensysteem aanwezig om 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten. De 6 ziekenhuizen die dit niet kunnen, hebben afspraken gemaakt om te zorgen dat patiënten binnen 24 uur in een ander ziekenhuis een scopie kunnen ondergaan. Eén van de ziekenhuizen (Ziekenhuis Bronovo, Den Haag) dat de faciliteiten wel heeft, geeft aan dat spoedpatiënten ook in een ander ziekenhuis een scopie kunnen ondergaan.

Figuur 8.1

MDL-scopie binnen 24 uur (n=88)



Gemiddeld vond bij 94%, variërend van 63,6% tot 100% met een mediaan van 96,9%, van de patiënten met een acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal binnen 24 uur na opname een scopie plaats. 9 van de 88 ziekenhuizen hebben dit percentage berekend met

een steekproef. Het aantal patiënten opgenomen wegens acute bloeding in het proximale maag-darmkanaal, varieerde van 0 tot 250 en was gemiddeld 42 (mediaan 36) patiënten per instelling.

Vergeleken met 2010 is het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een scopie plaatsvindt met ruim 4% gestegen. Opvallend is dat de spreiding in de uitkomsten erg is afgenomen. De standaarddeviatie is gehalveerd van 15,7% in 2010 naar 7,6% in 2011. In 2011 heeft slechts 1 ziekenhuis een percentage lager dan 70% (Maasziekenhuis Pantein Boxmeer: 63,6%), in 2010 waren dat nog 9 ziekenhuizen. Het ziekenhuis ('t Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer) dat het laagste percentage in 2010 had, neemt in 2011 geen patiënten met een acute bloeding meer op.

Net als vorig jaar maken diverse ziekenhuizen opmerkingen over de DBC-codes bij de indicator. Veel patiënten waar het om gaat, worden anders gecodeerd dan volgens de genoemde DBC-codes. Ziekenhuizen waar de scopieën door de Interne geneeskunde worden uitgevoerd, kunnen geen cijfers aanleveren op basis van deze codering.

Aandachtspunten voor MDL en de daarbij horende indicator

Voor en nadelen van het registreren via een DBC

Scopieën van het maag-darmkanaal worden door tenminste twee specialismen uitgevoerd, Interne geneeskunde en Maag-Darm-Leverziekten (MDL). Tijdens de ontwikkeling van de indicator heeft de IGZ nauw samengewerkt met MDL-artsen uit 3 ziekenhuizen door de administratieve structuur in deze ziekenhuizen te onderzoeken.

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn toen de DBC-codes voor deze indicator benoemd. Na de eerste uitvraag over 2009 werd al snel duidelijk dat niet alle ziekenhuizen de verrichtingen codeerden volgens de benoemde DBC-codes. Dit werd vooral bepaald door het specialisme dat de verrichting uitvoert, MDL of Interne geneeskunde. De definities pasten niet bij die van de Interne geneeskunde, dus werden alleen scopieën uitgevoerd door een MDL-arts meegenomen. Het hulpmiddel (de codes) had zich tegen de indicator gekeerd. Het omschrijven van de te verrichten handeling blijkt een betere strategie. Het ziekenhuis bepaalt dan zelf welk administratief traject past bij die handeling. Het draait immers om de vraag hoe vaak een scopie binnen 24 uur wordt uitgevoerd door een deskundig specialist, niet hoe vaak een bepaalde DBC wordt gedeclareerd. Dus hoe dichter die registratie bij de bron blijft, hoe beter.

Schone scopen met duidelijke waarborgen

De Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen heeft indicatoren voorgesteld voor een toekomstige basisset. Eén daarvan is de aanwezigheid van een systeem dat het per ongeluk gebruiken van een vuile scoop tegen gaat. Dit track and trace^[88] systeem zorgt ervoor dat de monitor alleen beeld geeft als de computer kan bevestigen (trace) dat deze scoop door een wasprogramma is gegaan (track). Is er geen bewijs dat de scoop is gereinigd, dan wordt de arts tijdig gewaarschuwd. Bij de beslissing om een dergelijk technisch hulpmiddel in een indicator op te nemen, is het belangrijk om te weten of dit een algemeen geaccepteerd systeem is. Het is niet de functie van de IGZ om aan één specifieke technische oplossing of, nog sterker, aan één bepaalde leverancier de voorkeur te geven. Overigens wordt track and trace al wel door een groot aantal leveranciers geleverd. Ook is track and trace voor endoscopen een onderdeel van het toetsingskader van de IGZ voor de veiligheid van endoscopen.

[88] De meest directe Nederlandse vertaling is volgen en vinden. Het gaat om de vraag waar een object is geweest (track) en waar het nu te vinden is (trace). Het proces wordt vaak geassocieerd met postpakketten.

9 Verloskunde

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 hoofdstuk 9 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Percentage spontane partus in de ‘NTSV-groep^[89]’.

Wat zijn de risico’s

De zorg voor de bevalling richt zich op het zo veilig mogelijk komen tot een zo goed mogelijke uitkomst voor moeder en kind. Zowel een keizersnede (sectio caesarea) als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met risico’s voor moeder en kind, maar zijn tegelijkertijd juist bedoeld om hen tegen (andere) risico’s te beschermen. Een spontane bevalling kent onder normale omstandigheden de minste risico’s voor moeder en kind, nu en bij toekomstige bevallingen. De indicator richt zich op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane baring in de tweede- en derdelijnszorg. Zoals bij veel indicatoren geeft een opvallend laag (of hoog) aantal spontane bevallingen alleen een indicatie voor nader onderzoek door de IGZ. Zo kan een laag percentage spontane bevallingen wijzen op een intensieve samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, waardoor de eerste lijn meer bevallingen zelf begeleidt. Maar ook kan het wijzen op een beleid waar vaker wordt gekozen voor een kunstverlossing.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage spontane bevallingen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling vallen onder de verantwoordelijkheid van de tweede lijn is relatief laag of hoog (voor 2011: lager dan 49,2% of hoger dan 67,7%)

- Weet het ziekenhuis hoe het scoort ten opzichte van de andere ziekenhuizen?
- Wat is de verklaring van het ziekenhuis voor de relatief hoge/lage uitkomst?
 - Wat zijn de kenmerken van de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis relevant voor de keuze van een interventie (de case-mix)?
 - Wat is de indicatie voor een kunstverlossing?
- Hoe is de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn?
- Welke methodiek wordt gebruikt voor het stellen van een medische indicatie?

[89] De populatie betreft de ‘NTSV-groep’, dat staat voor ‘nulliparous term singleton vertex’, een referentiegroep van vrouwen met een eerste zwangerschap (nulliparae), a terme (van 370 tot en met 41+6 weken) met een eenlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

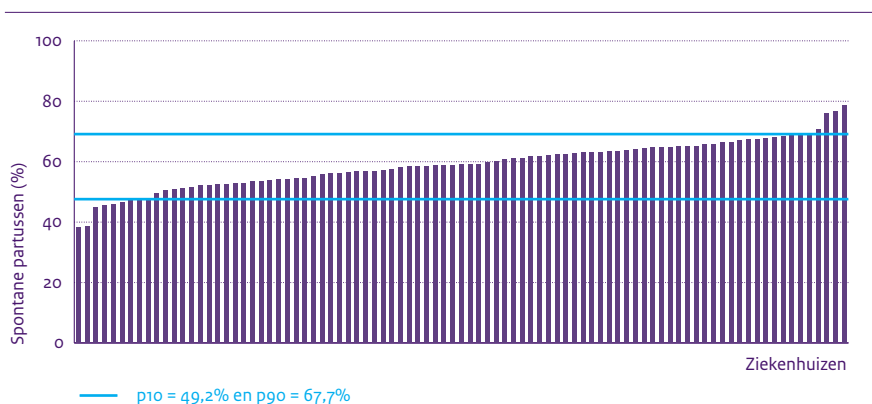
Het percentage spontane bevallingen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de bevalling is relatief laag of hoog (voor 2011: lager dan 47,2% of hoger dan 68,8%)

- Weet het ziekenhuis hoe het scoort ten opzichte van de andere ziekenhuizen?
- Wat is de verklaring van het ziekenhuis voor de relatief hoge/lage uitkomst?
 - Wat zijn de kenmerken van de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis relevant voor de keuze van een interventie (de case-mix)?
 - Wat is de indicatie voor een kunstverlossing?
- Wat is met de eerste lijn afgesproken als een bevalling niet vlot verloopt?
- Wat zijn de drie meest voorkomende redenen om moeder en kind tijdens de bevalling over te dragen?

Resultaten

Figuur 9.1

Percentage spontane bevallingen in de tweede lijn (n= 89)



Deze indicator is nieuw en in 2011 voor het eerst ingevuld. 89 ziekenhuizen hadden de gegevens voor deze indicator aangeleverd, 3 ziekenhuizen niet (Waterlandziekenhuis in Purmerend, Stg. Interconfessioneel Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp/Heemstede en het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer).

In totaal gaven de ziekenhuizen 48.878 bevallingen in de tweede lijn op, waarvan gemiddeld 58,2% spontane bevallingen. Het percentage spontane baringen van vrouwen die al onder verantwoordelijkheid stonden van de tweede lijn ligt dicht bij het percentage spontane bevallingen van vrouwen die tijdens de bevalling naar het ziekenhuis zijn verwezen (zie tabel 9.1).

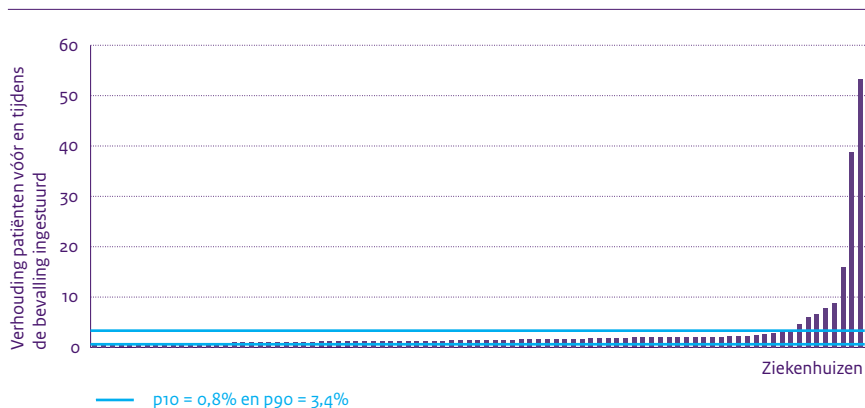
Tabel 9.1

Kengetallen spontane bevallingen 'NTSV-groep'

Spontane bevallingen 'NTSV-groep'	Gemiddelde (%) (min - max)	Mediaan (%)	Gemiddeld (aantal) (min - max)	Geen antwoord
Spontane bevallingen al tweede lijn	59,0 (38,1 - 78,6)	59,0	195 (22 - 457)	3
Spontane bevallingen tijdens bevalling naar ziekenhuis gebracht	57,8 (25,3 - 86,3)	57,4	126 (5 - 402)	3
Totaal spontane bevallingen	58,2 (33,3 - 79,7)	58,3	320 (31 - 811)	3

Figuur 9.2

De verhouding tussen het aantal patiënten dat vóór en tijdens de bevalling is ingestuurd (n= 89)



Er was een groot verschil in het geregistreerde moment van inzending van patiënten. De verhouding tussen aantallen patiënten ingezonden voor de bevalling en aantallen tijdens ontsluiting of bevalling varieert van 0,4 tot 53, een verhouding van 1 op 122.

Aandachtspunten voor de spontane partus en de daarbij horende indicatoren

Niet iedereen die kwetsbaar is, is oud

In de discussie over de zorg voor kwetsbare ouderen zijn een paar duidelijke thema's te onderscheiden: (onvoldoende) coördinatie van zorg bij complexe problemen en wat wel en vooral wat niet te doen bij een oudere patiënt met problemen. Het eerste onderwerp leidde tot meerdere indicatoren, het tweede onderwerp was te gevoelig om zichtbaar te maken. Het is dan ook opmerkelijk dat de enige indicator die direct gaat over verschillen in percentages interventies, zich richt op een groep die zeker geen oude patiënten bevat, maar wel kwetsbaar is: zwangere vrouwen. Deze indicator vraagt het percentage vrouwen uit een gestandaardiseerde groep dat zonder kunstverlossing bevalt. De uitkomst is opvallend: er zijn ziekenhuizen waarbij de kans meer dan twee keer zo groot is op een kunstverlossing (33,1% versus 79,7%). Op het moment van schrijven kan vrijwel niemand deze gegevens verklaren. In het najaar van 2012 start een onderzoek naar deze uitslagen, onder andere met als doel een toezichtbeleid vast te stellen.

Grote verschillen in verwijsmoment vragen om verklaring

De indicator laat grote verschillen zien tussen ziekenhuizen. Opmerkelijk is ook dat er vrijwel géén verschil is tussen het aantal kunstverlossingen bij patiënten die tijdens de zwangerschap al in het ziekenhuis aanwezig waren en patiënten die tijdens de bevalling zijn ingestuurd. Dat is vooral opvallend omdat er wel hele grote verschillen zijn in de verhouding van het aantal vroeg en laat ingestuurde patiënten (een verhouding van 1 op 122). Te verwachten was een onderscheid in de percentages kunstverlossingen tussen of binnen regio's waar de meeste vrouwen vroeg werden ingestuurd versus regio's waar bijna de helft van de verwezen vrouwen pas tijdens de bevalling naar het ziekenhuis werd gebracht. De verschillen in de populaties zijn zó groot, dat dit tijdens de analyse regelmatig vragen oproep over de betrouwbaarheid van de gegevens. Daartegen pleit dat de resultaten afkomstig zijn uit een lang bestaande interne kwaliteitsregistratie. Ook dit is een onderwerp dat nader onderzoek vraagt voordat er conclusies kunnen worden getrokken.

10 Kwetsbare groepen

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 hoofdstuk 10 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Multidisciplinair team kindermishandeling.
- Signalering kindermishandeling.

Wat zijn de risico's

Kinderen vormen in meerdere opzichten een bijzondere groep. De reservecapaciteit en daarmee de belastbaarheid van het kinderlichaam is kleiner dan van volwassenen en de ontwikkeling van het lichaam stelt ook bijzondere eisen. Ook hebben kinderen door hun potentieel lange levensduur langer last van blijvende gevolgen van complicaties. Daarom verdienen kinderen bijzondere aandacht van de inspectie. Eerder in deze uitgave zijn al de indicatoren rond ondervoeding en de beademingsduur bij kinderen aan bod gekomen. Met de indicator rond kindermishandeling heeft de IGZ tot primair doel in ziekenhuizen de signalering van kindermishandeling te verbeteren.

De omvang van kindermishandeling wordt in de tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen 2010 van Alink^[90] geschat op 119.000. Dit betekent 34 gevallen van kindermishandeling op iedere 1000 kinderen per jaar. Dit getal is hoger dan in 2005 (107.200 kinderen), maar dat komt ook doordat professionals alerter zijn. Vooral het aantal meldingen van huiselijk geweld en emotionele verwaarlozing is gestegen. Uit onderzoek van Kuyvenhoven^[91] blijkt dat er mogelijk 40-50 kinderen per jaar in Nederland overlijden aan de gevolgen van kindermishandeling.

Het signaleren en oppakken van een vermoeden van kindermishandeling is erg belangrijk en kan soms levens redden. Toch schieten professionals, ook in ziekenhuizen, hierin nog tekort. De IGZ gebruikt de indicator als signaal voor het toezicht op de zorg voor kinderen in het algemeen. Als op dit gebied het bewustzijn achterblijft, bestaat het risico dat het ziekenhuis ook op andere gebieden onvoldoende aandacht heeft voor maatschappelijke factoren die de gezondheid van een kind bedreigen.

In de opbouw van de indicator komen verschillende fases naar voren. Deze verdeling in fases wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

[90] Alink L, IJzendoorn R, Bakermans M, e.a. (2011) Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir.

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

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Fase 1: het ziekenhuis beschikt over infrastructuur

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

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

Fase 3a: het ziekenhuis bespreekt patiënten die verhoogd risico lopen.

Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling is relatief laag (voor 2011: minder dan 0,2%)

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

Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling is relatief hoog (voor 2011: meer dan 1,7%)

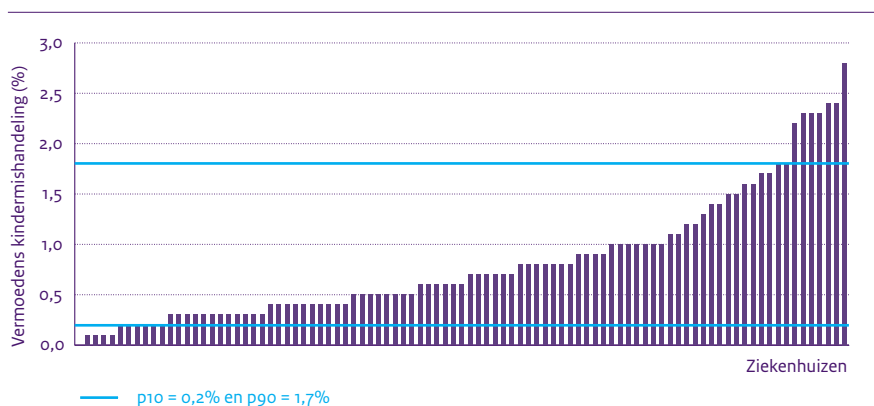
- Het AMK publiceert cijfers over het aantal meldingen per regio. Weet het ziekenhuis hoe hun cijfers zich verhouden tot die van de regio?
 - Indien van toepassing: waarom wijkt het ziekenhuis af van de cijfers in de regio?
- Bij hoeveel van de meldingen van mogelijke kindermishandeling was dit vermoeden juist?
- Is de follow-up van de besproken vermoedens van kindermishandeling bekend?
 - Zo ja: Hoe is deze verlopen?

Resultaten

Alle 95 ziekenhuizen hebben een multidisciplinair team kindermishandeling om individuele werknemers die met vermoedens van kindermishandeling te maken krijgen, te adviseren. Bij 2 ziekenhuizen komt dit team (nog) geen 4 keer per jaar bij elkaar om patiëntencasussen te bespreken. Bij 2 andere ziekenhuizen zit er geen vertrouwensarts van het AMK in het team. 1 van deze ziekenhuizen geeft aan dat het AMK geen vertrouwensarts, maar een maatschappelijk werker zitting laat nemen in het team.

Figuur 10.1

Vermoedens van kindermishandeling bekend bij het team kindermishandeling (n=93)



2 ziekenhuizen (St. Maartenskliniek Nijmegen en Havenziekenhuis Rotterdam) geven geen cijfers over het aantal vermoedens van mishandeling die zijn gemeld bij het team kindermishandeling. In totaal zijn er in 2011 door de overige 93 ziekenhuizen 9.046 vermoedens van kindermishandeling gemeld, dat is gemiddeld 0,8% van het totaal aantal eerste bezoeken van kinderen tot 18 jaar aan de (poli-)klinische afdelingen. Dit percentage loopt uiteen van 0 tot 2,8%, de mediaan ligt op 0,6%.

Aandachtspunten voor de signalering van kindermishandeling en de daarbij horende indicatoren

Steeds meer meldingen van ziekenhuizen, huisartsen blijven achter

Met het opnemen van een indicator in de basisset streeft de IGZ vrijwel altijd twee doelen na. Het kunnen houden van toezicht; de IGZ vindt het belangrijk om aan een bepaald onderwerp aandacht te besteden, maar kan niet bij iedereen onderzoek doen. En het stimuleren van beleid; het is belangrijk om bepaald beleid in gang te zetten en vooral te houden. In dit geval is dat beleid om meer kindermishandeling op te merken en tijdig te melden, zodat actie mogelijk is. Het is inmiddels duidelijk dat dit doel bereikt wordt. Eerder meldden ziekenhuizen onvoldoende verdenkingen. Maar zowel in het overzicht van de indicatoren als in het jaarbeeld van het AMK^[92] stijgt het aantal meldingen van ziekenhuizen spectaculair. Over het geheel genomen behoren ziekenhuizen nu bij de drie grootste melders. Ziekenhuizen lopen voorop in de vraag om adviezen over de aanpak van een individueel kind. Ook doen ziekenhuizen veel onderzoek naar kindermishandeling. Opvallend is het kleine aandeel (2,5%) van huisartsen en huisartsenposten in de meldingen. Ziekenhuizen melden ruim vier keer zoveel. Met de poortwachtersfunctie van huisartsen en de kennis van het gezin zouden zij eerder een vermoeden van kindermishandeling moeten krijgen.

Samenwerking essentieel voor succes

Er worden veel claims gedaan voor het succes van de systematische veranderingen. Het AMK zegt in haar jaarverslag 2011^[92]: 'die stijging is te danken aan de samenwerking met het AMK en de SEH-protocollen'. De IGZ zegt in haar brief aan de minister^[93]: 'het onderzoek [van de IGZ] heeft erin geresulteerd dat daar waar in 2007 de SEH-afdeling van slechts een enkel ziekenhuis voldeed aan alle eisen, dit eind 2009 in [bijna] alle ziekenhuizen het geval was'. Deze verschillende claims zijn er ook bij bijvoorbeeld de succesvolle implementatie van de richtlijn preoperatief proces. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, schadeverzekeraar Medirisk en de IGZ stellen allen dat de succesvolle invoering van de richtlijn te danken is aan hun inspanningen. De verleiding is groot om dat te zien als rivaliserende claims. Er kan toch maar één oorzaak zijn? De praktijk blijkt anders: successen ontstaan doordat de instanties die dat kunnen, actie ondernemen gericht op een gezamenlijk doel. Het is goed om te realiseren dat alleen door die samenwerking grote successen mogelijk zijn.

[92] Jaarverslag 2011 AMK: www.jeugdzoorgnederland.nl/contents/documents/jaarcijfers-amk-2011.pdf

[93] Melden kindermishandeling door SEH-afdelingen. Brief IGZ van 4 augustus 2010.

U vindt de omschrijving van het algemeen kwaliteitsbeleid en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset van 2011, hoofdstuk 11 (www.igz.nl/onderwerpen).

Een algemeen kwaliteitsbeleid is van groot belang bij de dagelijkse gang van zaken in ziekenhuizen. Een goed functionerend kwaliteitsbeleid schept helderheid en zorgt voor een uniforme toepassing bij alle patiënten. Algemeen kwaliteitsbeleid is daarmee de basis van al het handelen. In individuele gevallen kan – beargumenteerd – van het standaardbeleid worden afgeweken. De beargumenteerde uitzondering is dan de bevestiging dat er standaard beleid is waar alleen met reden van wordt afgeweken. Deze procesindicator maakt inzichtelijk of kwaliteitsbeleid inderdaad ziekenhuisbreed het uitgangspunt van handelen is. Bij een consequente toepassing vertelt de uitkomst van één indicator dan ook meer dan alleen over de betreffende afdeling. Algemene kwaliteitsregels komen dan overall terug, vertaald naar de eigen situatie. In dat geval volstaat een beperkte meting om een generiek beeld te krijgen. De afzonderlijke uitkomstindicatoren bieden vervolgens inzicht of de geleverde kwaliteit voldoet.

Een voorbeeld hiervan is de indicator voor decubitus. Door de meting te beperken tot een herkenbare groep, zoals decubitus bij patiënten met een heupvervangende prothese, is de meetlast beperkter en de risicocorrectie kleiner. Dat kan als iedereen het beleid ten aanzien van de preventie van decubitus uniform toepast. De uitkomsten van de specifieke ‘heupmeting’ zijn door de uniforme werkwijze dan te generaliseren naar een bredere patiëntengroep. In de praktijk wordt kwaliteitsbeleid echter niet altijd door iedereen toegepast. De richtlijn ‘Het preoperatieve traject’ stelt dat zorgverleners bij alle operatiepatiënten een time-out procedure moeten toepassen. Vooral in het begin van de invoering van deze richtlijn waren er binnen ziekenhuizen zorgverleners die zich geheel aan de richtlijn onttrokken. In dat geval zegt een indicator die vraagt naar het toepassen van de time-out bij specifiek orthopedische ingrepen niets over de toepassing van time-outs ziekenhuisbreed. Pas als in het algemene kwaliteitsbeleid geborgd is dat iedereen zich aan het beleid conformeert, kan een lokaal gemeten indicator voldoende inzicht geven in de generieke toepassing (en uitkomsten) van het beleid.

De vrijheid van medewerkers om zich aan het kwaliteitsbeleid te onttrekken leidt ertoe dat in het gemiddelde ziekenhuis voldoende standaardisatie in de uitvoering nog te ver te zoeken is. Een direct gevolg van het ontbreken van een uniform toegepast kwaliteitsbeleid is een gebrek aan inzicht in kwaliteit van zorg van die organisatie. Door het niet werken met standaard kwaliteitsafspraken ontbreekt automatisering op basis van terug te vallen: elke handeling vraagt een apart beredeneerd besluit. Die ad hoc besluiten vragen vervolgens weer om meer controle van de eindverantwoordelijke om zicht te krijgen of hij zijn verantwoordelijkheid ook kan dragen.

De registratie van indicatoren kan helpen bij het creëren van draagvlak van het kwaliteitsbeleid als uitgangspunt van al het handelen. Of zelfs bij het ontwikkelen van dit beleid.

Het maakt bijvoorbeeld een groot verschil of een collega specialist een maatschap chirurgie aanspreekt op basis van landelijk vergelijkbare uitkomsten of op basis van een gevoel. Het standpunt van de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) om uitkomsten van de registratie op een redelijke termijn te openbaren, is daarbij ook een belangrijke stimulans voor kwaliteitsbeleid op het gebied van de colorectale kankerchirurgie. Goed gebruik van de beschikbare data, in een open gesprek, helpt de chirurgen vervolgens om inzicht te krijgen in het eigen handelen in vergelijking met dat van hun collega's. En het toont de mate waarin hun resultaten binnen de te verwachten marges vallen. Zo kan de zorg verbeterd worden en kunnen zorgverleners, zo nodig, op basis van concrete data worden aangesproken als hun gedrag niet past binnen het afgesproken kwaliteitsbeleid.

Standaardisatie is vooral van meerwaarde voor veel voorkomende ingrepen. Het leidt ook tot voorspelbaarheid en daarmee vaak tot meer patiënttevredenheid. Universitair medische centra verlenen vaak gespecialiseerde zorg aan veel kleine groepen patiënten. Dit vraagt om een andere vorm van standaardisatie, zoals het standaardiseren van delen van het proces en standaardiseren van uitkomstmetingen.

Zo observeerde de IGZ recent patiëntenbesprekingen. Wat opviel was dat vergelijkbare patiënten binnen een academische setting door veel meer professionals besproken werden dan in grote algemene ziekenhuizen. Dit leidde tot zeer gedetailleerd maatwerk. Echter, een goede coördinatie en de voorspelbaarheid van het proces is hierbij vaak een probleem. Uit gesprekken over de indicator 'afgezegde operaties' bleek ook al dat dit maatwerk zorgt voor frequente wijzigingen van operatieprogramma's, met zelfs het uitvallen van operaties tot gevolg. Het is noodzakelijk een evenwicht te vinden tussen de creativiteit die noodzakelijk is voor nieuwe ontwikkelingen en de voorspelbaarheid die noodzakelijk is voor consistente goede kwaliteit.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het algemene kwaliteitsbeleid?

Het ziekenhuis geeft op ten minste twee van de volgende stellingen bevestigend antwoord:

- 1 De deelname aan landelijke complicatieregistraties is relatief laag (voor 2011: minder dan 9^[94]).
- 2 Het ziekenhuis neemt niet deel aan de DSCA, heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2011: minder dan 100%).
- 3 Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom en doet niet mee aan de landelijke database voor een invasief blaascarcinoom.
- 4 Het ziekenhuis levert geen data aan voor de database die de stichting NICE beheert.
- 5 Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD's niet systematisch via DIPR of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg.

[94] Gemiddeld van alle ziekenhuizen ligt de p10 (de laagste 10%) op 9. Of dit aantal voor een individueel ziekenhuis inderdaad laag is hangt af van het aantal specialismen in het ziekenhuis.

- 6 *De deelname aan jaargesprekken is relatief laag (voor 2011: lager dan 14%).*
- 7 *De deelname aan het IFMS is relatief laag (voor 2011: lager dan 8,7%).*
- 8 *Er is geen regeling voor mogelijk disfunctioneren van medisch specialisten.*
 - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis (raad van bestuur en medische staf) dat medisch specialisten voldoende feedback krijgen?
 - Hoe is het beleid van het ziekenhuis rond visitaties (meedoen, openheid over visitatieverslagen)?
 - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat tijdig wordt ingegrepen bij disfunctioneren?
 - Hoe is de samenwerking tussen medische staf (bestuur) en raad van bestuur?
 - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis adequate communicatie o.a. van informatie tussen zorgverleners en afdelingen?
 - Heeft het ziekenhuis zicht op het aantal VIM-meldingen (incidenten) over communicatie?
 - Worden calamiteiten onderzocht op de aanwezigheid van communicatiefouten?

11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011 hoofdstuk 11 (www.igz.nl/onderwerpen).

Indicatoren

- Jaargesprekken.
- Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS).
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

Wat zijn de risico's

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

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

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

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

De deelname aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief laag (voor 2011: jaargesprek lager dan 14%, IFMS lager dan 8,7%)

- Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
- Wat zijn of waren de hindernissen bij het uitbreiden van structurele gesprekken over het functioneren van medisch specialisten?
 - Hoe is het gelukt om de functioneringsgesprekken voor elkaar te krijgen bij hen waar het wel heeft plaatsgevonden?
 - Heeft de raad van bestuur of de medische staf een percentage waar het naar streeft? Hoe denkt men dat te gaan halen?
 - Welke conclusies trekt het stafbestuur hieruit over hoe deelname kan worden uitgebreid? Kan de bestuurder hierin een rol spelen?

De deelname aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief hoog (voor 2011: jaargesprek 100%, IFMS hoger dan 89%)

- Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen?
 - Zo ja:
 - Waarom nemen deze groepen of individuen geen deel?
 - Is er overeenstemming over de reden waarom deze groepen of individuen niet deelnemen?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de kwaliteit van de gesprekken?
- Met wie wordt gesproken?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van patiënten?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van andere professionals?
- Heeft het ziekenhuis het volledige systeem ingevoerd?
- Hoe bepaalt het ziekenhuis wie aan welk systeem deelneemt?
 - Vindt er terugkoppeling plaats naar raad van bestuur wanneer disfunctioneren dreigt?

Een identiek aantal specialisten neemt deel aan beide systemen

- Wordt één gesprek onder beide noemers geteld?
 - Hoe geeft het ziekenhuis de gesprekken vorm?
- Zijn jaargesprekken en het IFMS beide ingevoerd?
- Welke rol speelt het afdelingshoofd bij de gesprekken?

Het ziekenhuis voert alleen jaargesprekken uit

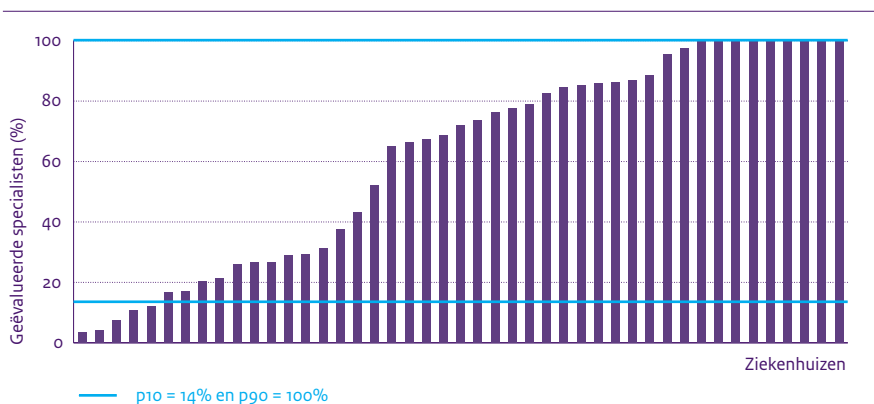
- Welke informatie verzamelt het ziekenhuis over het functioneren van de specialist voordat het jaargesprek plaatsvindt en hoe gebeurt dat?
- Door wie wordt het gesprek gevoerd?

Resultaten

In 2011 hebben meer ziekenhuizen jaargesprekken of IFMS-gesprekken gevoerd dan in 2010. Ook het aantal gesprekken is sterk gestegen over de afgelopen 24 maanden. Het totaal aantal jaargesprekken (5.262) is met 13% gestegen ten opzichte van 2010. Het totaal aantal IFMS-gesprekken is zelfs met 51% gestegen ten opzichte van een jaar eerder tot 5.106.

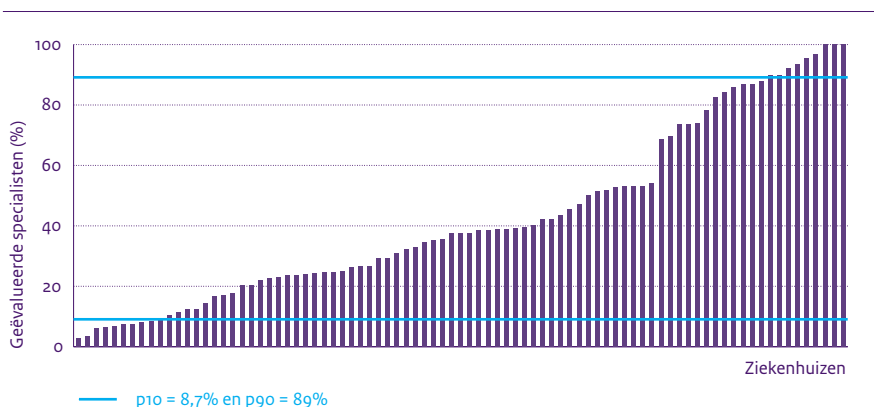
Figuur 11.1.1

Percentage specialisten dat aan een jaargesprek heeft deelgenomen (n=45)



Figuur 11.1.2

Percentage specialisten dat aan een IFMS-evaluatiegesprek heeft deelgenomen (n=85)



Tabel 11.1.1

Kengetallen functioneren medisch-specialisten

Functioneren medisch-specialisten	Gemiddelde (%) (min – max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%	Aantal ziekenhuizen die deze vorm niet gebruiken
Specialisten die aan een jaargesprek hebben deelgenomen	61,2 (3,4 - 100)	72	9	55
Specialisten die aan een IFMS-evaluatie gesprek hebben deelgenomen	42,7 (2,9 - 100)	37,5	3	15

Er zijn 7 instellingen die zowel bij de jaargesprekken als bij het IFMS geen cijfers aanleverden. Dit zijn allemaal categorale instellingen (zoals radiotherapeutische instituten). Ook zijn er 33 ziekenhuizen die zowel jaargesprekken als IFMS-gesprekken voerden. Opvallend is dat een derde van deze ziekenhuizen de afgelopen 24 maanden precies hetzelfde aantal specialisten heeft gesproken bij de jaargesprekken als bij de IFMS-gesprekken.

Bij ieder ziekenhuis dat IFMS-gesprekken houdt, ontving de raad van bestuur geanonimiseerde informatie over het aantal deelnemende medisch specialisten.

2 ziekenhuizen (UMC St Radboud Nijmegen, UMC Utrecht) gaven aan dat zij (net als in 2010) geen regeling hebben ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Zij lichtten toe dat het huidige beoordelingsbeleid voldoende voorziet in het verbinden van gevolgen aan het ondermaats functioneren van medisch specialisten. Alle overige ziekenhuizen hadden wel een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist en gebruikten deze regeling als disfunctioneren van een medisch specialist vermoed werd.

Aandachtspunten voor de evaluatie van het functioneren van medisch specialisten en de daarbij horende indicatoren

IFMS: Verschillende wegen naar Rome

Regelmatig krijgt de IGZ vragen van ziekenhuizen die onderzoeken welke vorm van IFMS bij de cultuur van het eigen ziekenhuis past. De vraag is welke variatie in de methode mogelijk is, willen ze nog steeds mee kunnen tellen voor de indicator. Vaak komt de vraag neer op het punt of de gesprekken gevoerd moeten worden met neutrale gesprekspartners, of dat de vakgroep of maatschap daarbij een rol bij kunnen spelen. Op het eerste gezicht is die vraag triviaal, het gaat toch vooral om de persoonlijke ontwikkeling van de betrokken specialist. Bij nadere beschouwing zijn de redenen voor deze vraag interessant. Een opmerkelijke publicatie beschreef dat medisch specialisten zich meer inspanden om de doelen uit hun persoonlijke ontwikkelingsplan te halen als de afspraken met naaste collega's waren gemaakt^[95]. Zij zouden ook de ernst van opmerkingen beter kunnen inschatten. Daartegenover bestond de angst dat medisch specialisten het binnen de maatschap vooral veilig zouden willen houden. Daarom was het voor alle vraagstellers wel duidelijk dat er een vorm van training en een externe (ten opzichte van de vakgroep) begeleider bij de eerste gesprekken noodzakelijk was. Externe feedback stond nergens ter discussie. De onderdelen 'Multisource Feedback' of 'Appraisal & Assessment' worden voor zover bekend altijd gebruikt als het IFMS is ingevoerd. Maatschappen gebruiken vooral Multisource Feedback bij maatschapgesprekken. Een grote deelname aan de IFMS wordt soms verklaard door de groepsdruk: een maatschap doet in zijn geheel mee, of niet. Hoewel het signaal hiervoor wel afkomstig was van een van de bedenkers van een vakgroepgerichte methode, is de uitkomst op zich voorstelbaar. In ieder geval is er voldoende reden voor de IGZ om geen onderscheid te maken tussen de verschillende uitwerkingen van IFMS. Er is duidelijk een behoefte aan een methode die meegroeit met de behoeften van specialisten en ziekenhuizen. De Orde van Medisch Specialisten heeft het initiatief genomen om het IFMS te ontwikkelen. Wil het initiatief slagen, zal zij ook moeten waarborgen dat de methode zich uitbreidt en verbetert, terwijl het steeds duidelijk is wat er wel en niet bij hoort. Patiënten en politiek kijken hierbij steeds nadrukkelijker mee. Ook het IFMS zelf heeft een 360° feedback nodig.

Trend in de deelname

De indicatoren over het functioneren van medisch specialisten bestaan sinds 2009. De cijfers over de afgelopen drie jaar laten een duidelijke stijging zien van zowel het aantal ziekenhuizen dat IFMS hanteert en/of jaargesprekken voert als het aantal medisch specialisten waarmee een evaluatiegesprek plaatsvindt. Het IFMS laat de grootste stijging zien. Waar in 2009 in 61 ziekenhuizen gemiddeld slechts 19% van de specialisten een IFMS-gesprek hadden, is dat in 2011 gemiddeld 43% bij 87 ziekenhuizen. Dat zijn bijna 2,5 maal zoveel gesprekken. Ook de cijfers van de jaargesprekken laten een duidelijke stijging zien.

[95] Oosterom L. Groepsmodel functioneringsgesprek werkt beter. *Medisch Contact*. 2011;44,2678-2681.

In 2009 hadden in 32 ziekenhuizen gemiddeld 48% van de specialisten een jaargesprek, in 2011 is dat gemiddeld 61% in 50 ziekenhuizen. Het aantal jaargesprekken is in deze periode bijna verdubbeld. In 2011 worden nog steeds meer jaargesprekken (5262) dan IFMS-gesprekken (5106) gevoerd in ziekenhuizen. Echter met de sterkere stijging van de invoer van het IFMS is de verwachting dat dit in 2012 omgedraaid zal zijn.

Alle ziekenhuizen houden in 2011 evaluatiegesprekken met medisch specialisten. Opvallend is nog dat enkele categorale instellingen (radiotherapeutische instituten of gespecialiseerde klinieken) achterblijven. Soms lichten zij toe dat ze van mening zijn dat de indicator niet van toepassing is, omdat ze geen ziekenhuisinstelling zijn. Het leidende principe is of er medisch specialisten werken. Zo ja, dan moet hun functioneren worden geëvalueerd.

Reglement disfunctioneren medisch specialisten

In 2011 hebben bijna alle ziekenhuizen een reglement 'disfunctioneren medisch specialisten' ingevoerd. Opvallend is de reden waarom sommige ziekenhuizen nog geen reglement hebben of hadden. Het betrof nog twee academische ziekenhuizen, waar alle medisch specialisten in dienstverband zijn. Vroeger stelden alle academische ziekenhuizen zich op het standpunt dat medisch specialisten gewone werknemers zijn, die onder het gewone reglement voor disfunctioneren vallen. Uiteindelijk is dat standpunt door de meeste academische ziekenhuizen verlaten. Het zou interessant zijn om te weten of dat komt door druk van een indicator, of door het veranderende inzicht dat medisch specialisten ook in een academisch ziekenhuis een bijzondere groep werknemers vormen. Opvallend is wel dat de systematiek van het jaargesprek, met een sterk hiërarchische lijn, vooral is ingevoerd door de academische ziekenhuizen. De systematiek dateert van voor de start van het IFMS. Een groot deel van de medisch specialisten was opgenomen in het systeem van jaargesprekken, al was niet altijd duidelijk welke informatie over het functioneren beschikbaar was tijdens het gesprek. Voor de IGZ is het belangrijk dat er goede informatie beschikbaar is, verzameld met een methode voor goede feedback.

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

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

11.2 Complicatieregistratie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2011, paragraaf 11.4 (www.igz.nl/onderwerpen).

Wat zijn de risico's?

Een kenmerk van verantwoorde zorg is dat deze doeltreffend is. Dit kan alleen beoordeeld worden als er zicht is op de uitkomsten van de geleverde zorg. Bij die uitkomsten horen ook complicaties. Een goede registratie van complicaties is daarom onmisbaar voor het leveren van verantwoorde zorg. Door ongewenste uitkomsten van zorg bij te houden, kan een ziekenhuis patronen herkennen die anders over het hoofd worden gezien. Het bespreken van de resultaten kan aanknopingspunten opleveren om de zorg te verbeteren. Voorbeelden van complicatieregistraties in andere hoofdstukken zijn surveillance van ziekenhuisinfecties (hoofdstuk 7.1), visitatie en de specifieke systemen voor de evaluatie van het inbrengen van pacemakers (hoofdstuk 6.2), de colorectale audit (hoofdstuk 5.3, DSCA), cataractregistratie (hoofdstuk 1.3) en de NICE voor intensive care (hoofdstuk 4). Dit hoofdstuk biedt een overzicht van veel registraties die een ziekenhuis kan voeren^[96]. Met deze indicator kan de inspectie een beoordeling maken van de cultuur in een ziekenhuis op het gebied van het evalueren van zorg.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal registraties is relatief laag (meer dan 2 vakgroepen hebben geen registratie)

- Welk beleid heeft het ziekenhuis voor de registratie van complicaties?
- Welk beleid voert de medische staf ten aanzien van de registratie van complicatie?
- Hoe worden gegevens uit de registratie gebruikt?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met vakgroepen die complicaties niet registreren?
- Hoe verzekert het ziekenhuis zich ervan dat die vakgroepen leren van hun complicaties?
- Hoe wordt het gebruik van gegevens uit registraties bevorderd?

Het aantal registraties is relatief hoog (alle vakgroepen hebben een registratie)

- Welk beleid heeft het ziekenhuis voor de registratie van complicaties?
 - Worden er door het ziekenhuis minimale eisen gesteld aan de kwaliteit van de registraties?
- Welk beleid voert de medische staf hierin?

[96] De inspectie wilde met deze indicator een overzicht van alle registraties die een ziekenhuis kan voeren. De ontwikkelingen rond deze registraties zijn de laatste jaren zo snel gegaan dat de enige claim kan zijn dat de indicator alle complicatiegerelateerde registraties bevat die bekend waren bij de IGZ op 1 april 2009.

- Welke minimale eisen worden er door de staf gesteld aan de kwaliteit van de registraties?
- Welke minimale eisen worden er door de staf gesteld aan het gebruik van de gegevens?

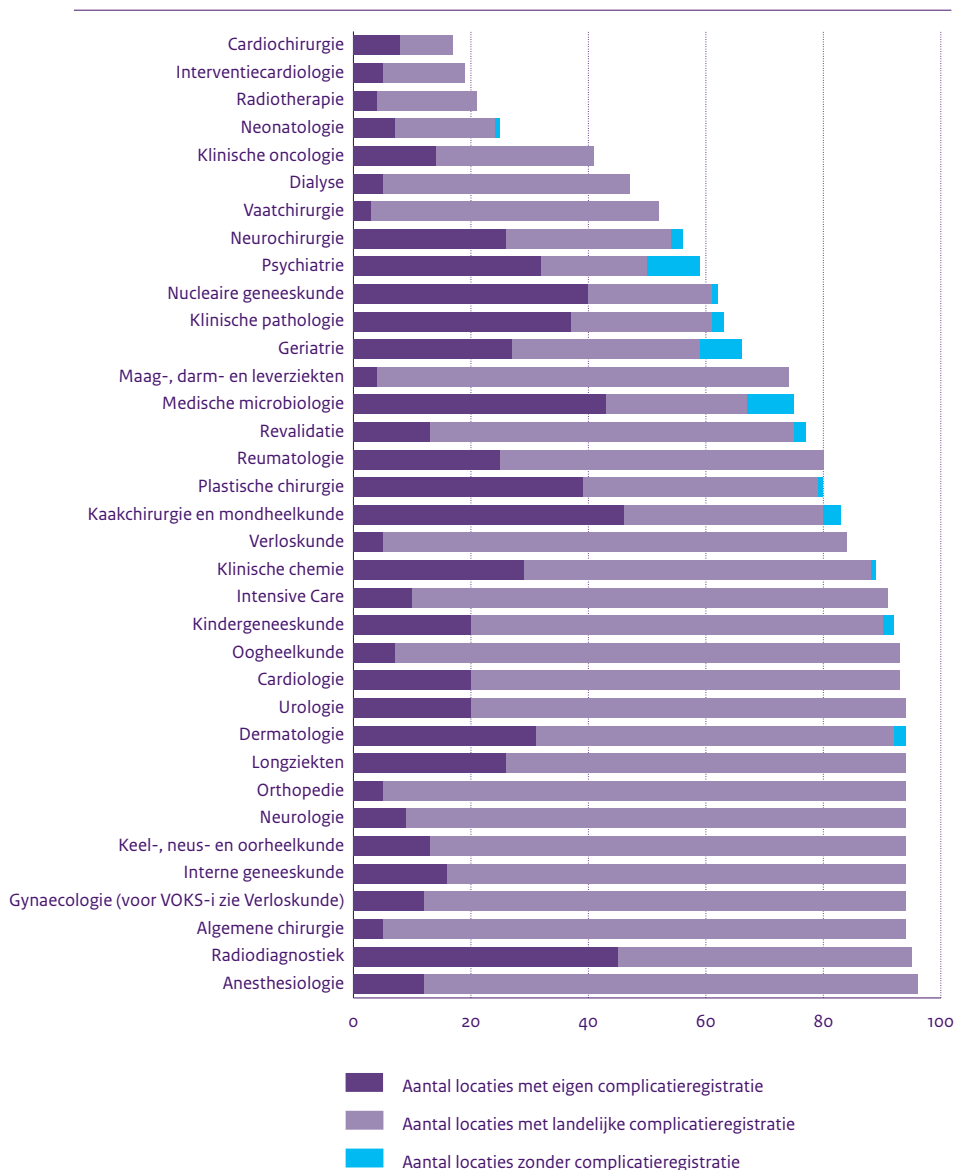
Eén specifieke vakgroep heeft geen complicatieregistratie

- Wat zijn de minimeisen voor de kwaliteit van zorg die het ziekenhuis stelt aan het toelaten van specialisten / een maatschap tot het ziekenhuis?
- Hoe zorgt het ziekenhuis dat hier aan voldaan blijft worden?

Resultaten

Figuur 11.2.1

Complicatieregistratie per specialisme

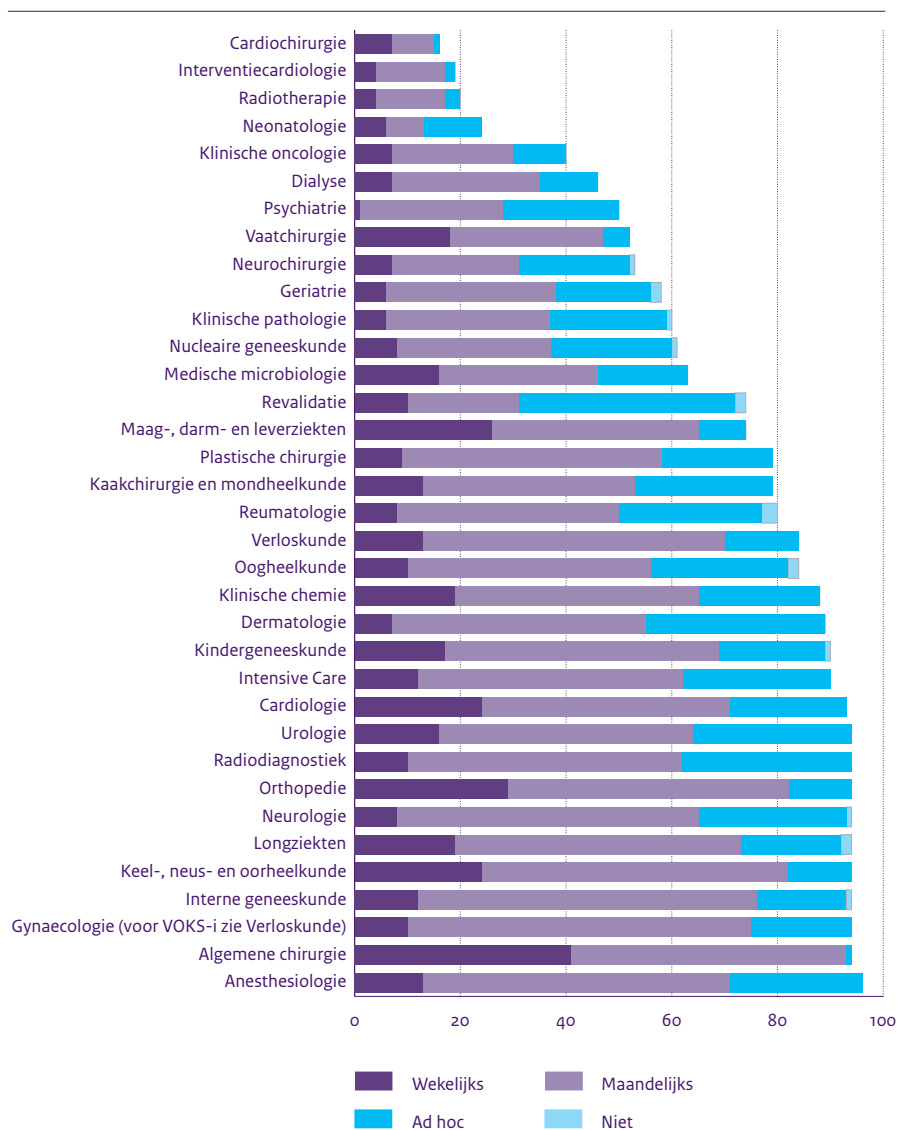


De grafiek laat de verdeling van het absolute aantal registraties zien per specialisme. Alle specialismen hadden een vorm van landelijk gedefinieerde complicatieregistratie.

Psychiatrie was het specialisme waarbinnen zowel absoluut als relatief gezien het grootste aantal ziekenhuizen niet aan een complicatieregistratie deelneemt. Ook aan de complicatieregistraties van medische microbiologie en geriatrie werd relatief weinig deelgenomen. Dit in tegenstelling tot algemene chirurgie, waarbij bijna ieder ziekenhuis aan de landelijke registratie meedeed.

Figuur 11.2.2

Gebruik van complicatieregistratie per specialisme

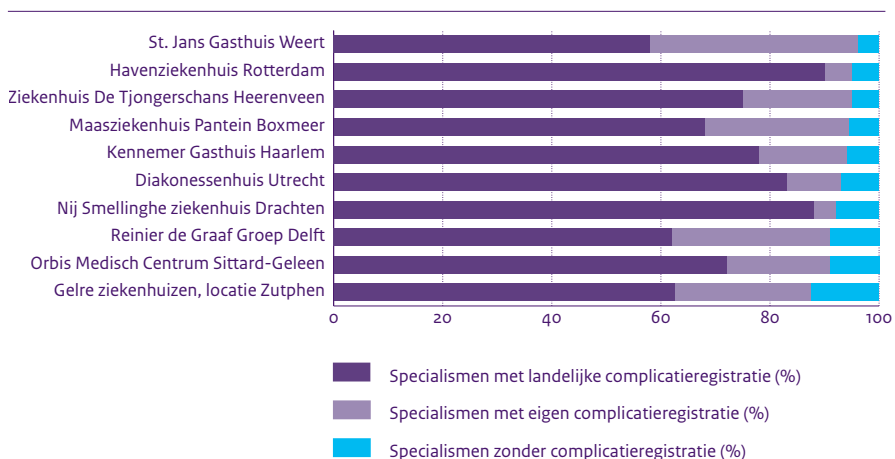


Het gebruik van de complicatieregistraties voor een bespreking in het team was bij revalidatie, neonatologie en neurochirurgie het minst. Bij revalidatie gaf 56% van de 77 ziekenhuizen met dit specialisme aan de complicatieregistratie niet of slechts ad hoc te gebruiken. Voor neonatologie was dat 44% van de 25 ziekenhuizen en voor neurochirurgie 39% van de 56 ziekenhuizen.

Bij algemene chirurgie gaven juist de meeste ziekenhuizen (44%) aan deze registratie wekelijks te gebruiken in de bespreking. Ook de complicatieregistraties van cardiochirurgie werden goed gebruikt, 41% van de 17 ziekenhuizen gebruikte deze wekelijks. En ook de complicatieregistratie van de maag-, darm- en leverziekten werd frequent besproken. 35% van de 74 ziekenhuizen bespraken de registraties wekelijks.

Figuur 11.2.2

Relatief laagste aantal complicatieregistraties per ziekenhuis



Bijna 70% van de ziekenhuizen hielden bij al hun specialismen een complicatieregistratie bij. Van alle ziekenhuizen had locatie Zutphen van Gelre ziekenhuizen relatief bekeken de minste complicatieregistraties, zoals te zien is in figuur 9.2.2.

Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen dat in 2010 nog aan de minste complicatieregistraties meedeed, deed in 2011 voor al haar specialismen mee aan een complicatieregistratie. Een kanttekening: dit ziekenhuis besprak als enige ziekenhuis geen van deze registraties structureel in het team. Zij gaven aan dit steeds ad hoc in het team te bespreken. Ook het Refaja Ziekenhuis Stadskanaal besprak veel van haar complicatieregistraties (86%) niet structureel.

Vergeleken met 2010 is de deelname aan de complicatieregistraties verbeterd. Toen voerden ongeveer 60% van de ziekenhuizen bij ieder specialisme een complicatieregistratie. Dat lag in 2011 10% hoger.

Aandachtspunten voor complicatieregistraties en de daarbij horende indicator

Registreren, analyseren en veranderen in een vertrouwelijke omgeving

In de basisset vraagt de IGZ naast gegevens over het voeren van registraties ook gegevens over het gebruik voor bespreking in het team (wekelijks, maandelijks, ad hoc of niet). Soms leidt dat tot interessante patronen. Vorig jaar had het Wilhelmina Gasthuis in Assen het kleinste aantal complicatieregistraties. Van de wel aanwezige complicatieregistraties zijn er bovendien relatief veel eigen registraties in plaats van landelijke. Het ziekenhuis heeft de afgelopen jaren consistent in de top drie gestaan van ziekenhuizen met de minste registraties. Dit jaar is dit volgens de eigen opgave aanzienlijk verbeterd, maar nog steeds bespreekt geen enkele maatschap in het ziekenhuis op systematische wijze de registraties. De meest gunstige verklaring hiervoor is dat het ziekenhuis strakke definities hanteert voor het begrip 'systematisch gebruik'.

Aan de andere kant neemt het ziekenhuis wel deel aan specifieke landelijke registraties, bijvoorbeeld de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) en de Landelijke Trauma Registratie (LTR). Of deze gegevens gebruikt worden, is niet bekend. Over het geheel genomen is het beeld dus minder duidelijk. Het is voor de inspectie een interessante vraag of het ziekenhuis erin slaagt problemen of verbetermogelijkheden in de zorg te ontdekken voordat zij uitgroeien tot een structureel probleem. Hoe weet een ziekenhuis dat het belangrijke signalen mist als het geen registraties gebruikt? Dat leidt tot de volgende interessante vraag: wie is in control als het gaat over het signaleren van structurele problemen? Gezien de vertrouwelijke omgang met gegevens over complicaties beschikken zowel de raad van bestuur als het bestuur van de medische staf niet over directe informatie.

Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma van de Abdominale Aorta (verwijding van de grote buikslagader)
AMI	Acuut Myocard Infarct (acuut hartinfarct)
AMK	Advies- en meldpunt kindermishandeling
ASA	American Society of Anesthesiologists
CAM	Confusion Assessment Method
CAP	Community Acquired Pneumonia (longontsteking)
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing
CIDR	Cardiovascular Interventional Data Registry
CVA	Cerebrovasculair accident (beroerte)
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DIPR	Dutch ICD and Pacemaker Registry
DBCA	Dutch Breast Cancer Audit
DOSS	Delirium Observatie Screenings Schaal
DSCA	Dutch Surgical Colorectal Audit
EAC	Eerste Administratief Consult
EPD	Elektronisch patiëntendossier
GMP-z	Good Manufacturing Practice voor ziekenhuisapotheken
IC	Intensive care
ICD	Implantable Cardioverter Defibrillator (inwendige defibrillator)
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IFMS	Individueel Functioneren van Medisch Specialisten
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
MDL	Maag-darm-lever
MDO	Multidisciplinair overleg
NCDR	National Cardiovascular Data Registry
NICE	Nationale Intensive Care Evaluatie
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NTSV	Nulliparous Term Singleton Vertex
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVRO	Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
NVvC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCR	Oesophaguscardiaresectie (operatie van slokdarmkanker).
OK	Operatiekamer
p10	De laagste 10% van de ziekenhuizen. In dit rapport ook 'relatief laag'.
p90	De hoogste 90% van de ziekenhuizen. In dit rapport ook 'relatief hoog'.

PAN	Perinatale Audit Nederland
PARS	Perinatale Audit Registratie Systeem
PCI	Percutane Coronair Interventie-procedure (de vroegere dotterbehandeling)
PICU	Pediatische Intensive Care Unit
POWI	Postoperatieve wondinfecties
PPPD	Pylorus sparende pancreaticoduodenectomie (resectie van de pancreas)
PREZIES	PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance
PSI	Pneumonia Severity Index
THI	Transcutane Hartklep Interventies (hartklepvervangng via een bloedvat)
SDD	Selectieve Darm Decontaminatie
SEH	Spoedeisende hulp
STEMI	ST-elevatie acuut myocardinfarct (een vorm van een acuut hartinfarct)
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen

