Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het resultaat telt ziekenhuizen 2009

Utrecht, mei 2011

Inhoudsopgave

Voorwoord 5

Inleiding 7

Toezichtperspectieven 15
Het oncologisch proces 15
Het verpleegkundig proces 18

Inleiding uitslagendeel 21

1 **Decubitus** 24
2 **Ondervoeding** 28
3 **Medicatieveiligheid** 36
4 **Zorg ICT** 41
5 **Ziekenhuisinfecties** 47
6 **Complicatieregistratie** 51
7 **Pijn na operatie** 54
8 **Volume van risicovolle interventies** 60
10 **Colorectale operaties** 66
11 **Afgezegde operaties** 71
12 **Intensive care** 74
13 **Zwangerschap** 80
14 **Diabetes mellitus** 84
15 **Cardiologie** 89
16 **Cerebrovasculair accident** 99
17 **Heupfractuur** 105
18 **Mammacarcinoom** 110
19 **Cataract** 118
20 **Kinderchirurgie** 121
21 **Evalueren van het functioneren van medisch specialisten** 125

IGZ11-02; oplage 1.200

Leeswijzer

Deze editie van *Het resultaat telt* is totaal vernieuwd. De vernieuwing was noodzakelijk omdat de nadruk van het rapport is verschoven van het rapporteren van de uitslagen van de indicatoren naar het toezicht dat de IGZ uitvoert in ziekenhuizen mede op basis van de uitslagen. Indicatoren leveren daarbij de indicatie voor het starten van toezicht. In deze uitgave kunt u dan ook vinden waar het toezicht zich op richt als een indicator of een groep indicatoren daartoe aanleiding geeft.
In dit boek worden de indicatoren op drie niveaus besproken. Ten eerste op het niveau van de 20 gebieden waarvoor indicatoren bestaan (bijvoorbeeld decubitus, ondervoeding). Deze volgen de hoofdstukken van de Basisset Prestatie-indicatoren 2009. Informatie uit de basisset wordt hier niet meer herhaald. Het tweede niveau is het zorgproces waarbinnen de indicatoren een rol spelen. Dit jaar zijn daarvan twee voorbeelden opgenomen in de vorm van interviews met inspecteurs over het oncologisch proces en het verpleegkundig proces. Het derde en hoogste niveau bevat conclusies die de IGZ trekt naar aanleiding van kwaliteitsvragen die voor het ziekenhuis als geheel gelden. Een voorbeeld daarvan is de vraag hoe de IGZ omgaat met richtlijnen.

Voorwoord

Voor u ligt de 7e uitgave van Het resultaat telt! In dit jaarlijkse rapport vindt u de resultaten van de Nederlandse ziekenhuizen op de kwaliteitsindicatoren van 2009.

Ook dit jaar gelden de volgende uitgangspunten:
- Een indicator heeft een signaalfunctie: hij geeft een ‘aanwijzing’ hoe het gesteld is met de kwaliteit van zorg. Afhankelijk van de validiteit van een indicator en de betrouwbaarheid van een meting wordt een meer of minder juist en volledig beeld van de kwaliteit van zorg verkregen.
  Deze kanttekeningen bij de waarde van een indicator zijn van belang om strategisch gedrag van ziekenhuizen te voorkomen.
- Indicatoren worden samen met betrokken professionals ontworpen en getoetst.
- Indicatoren zijn primair bedoeld voor kwaliteitsverbetering. Zij kunnen immers wijzen op mogelijke tekortkomingen in de zorg, zetten aan tot reflectie en analyse en kunnen zo dienen als middel voor verbetering.
- Voor bestuurders zijn indicatoren eveneens een hulpmiddel om zo nodig nader onderzoek te doen en te zien waar verbeteringen noodzakelijk zijn.
- Voor de inspectie kunnen indicatoren ook een aanleiding zijn om zelf onderzoek te doen. De inspectie zal nooit op basis van een indicatorwaarde een oordeel geven over de zorgverlening.
- De praktijk heeft geleerd dat vrijwillige transparantie vertrouwen schept bij de burger. Ontbreken van transparantie creëert wantrouwen.

Graag wil de inspectie benadrukken dat de indicatoren van de Basisset ziekenhuizen ontworpen zijn om het risicogestuurde toezicht van de inspectie te ondersteunen.
Deze doelstelling stelt andere eisen aan indicatoren dan de eisen die gesteld moeten worden aan indicatoren die bedoeld zijn als keuze-informatie of informatie ten behoeve van het contracteerbeleid van zorgverzekeraars. Deze laatste soort indicatoren die bedoeld is om te functioneren ten behoeve het nieuwe meer marktgeoriënteerde stelsel, worden ontworpen door alle betrokken partijen met ondersteuning van het bureau Zichtbare Zorg.

Verder wil ik nog de volgende zaken benadrukken:
- De samenwerking van de inspectie met de brancheorganisaties (Orde, NVZ, NFU) en de wetenschappelijke verenigingen is intensief en zeer effectief. Het draagvlak voor de indicatoren is dan ook groot.
- Alle data van de ziekenhuizen zijn volledig openbaar. Ziekenhuizen ervaren dit enerzijds soms als bedreigend, vooral omdat de pers er graag ‘rankings’ van ziekenhuizen van maakt; hiervoor zijn de indicatoren uit de basisset ziekenhuis niet bedoeld en niet geschikt. Anderzijds vormen de indicatoren een effectieve prikkel tot interne kwaliteitsverbetering met aantoonbare resultaten.
- Doordat ‘Het resultaat telt’ nu al voor het zevende jaar verschijnt, wordt het toenemend mogelijk om trends te onderscheiden en zo de ontwikkelingen binnen één ziekenhuis te volgen.

Deze ontwikkelingen dragen bij aan een steeds effectiever gebruik van de kwaliteitsindicatoren, zowel door de ziekenhuizen zelf in het kader van hun kwaliteitsbeleid, als door de inspectie om effectiever (risicogestuurd) toezicht te houden.
Het gaat daarbij om gezamenlijk te streven naar 'gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg'.

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

Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen. In deze sector werken 12.500 medisch specialisten en 82.000 verpleegkundigen en verzorgenden. Voor zo'n grote sector heeft de IGZ een manier nodig om snel in te kunnen zoomen op situaties waarbij een onderzoek door een inspecteur nuttig kan zijn. Opvallende uitslagen van een of meer indicatoren geven een indicatie voor dat onderzoek, bijvoorbeeld in de vorm van een gesprek. Opvallende uitslagen zijn vaak uitschieters, maar er kunnen andere redenen zijn waardoor een uitslag de aandacht trekt, bijvoorbeeld doordat meerdere indicatoren een patroon vormen. De IGZ bepaalt de indicatoren in nauwe samenwerking met partijen die kunnen definiëren wanneer sprake is van onverantwoorde zorg: de medisch wetenschappelijke verenigingen en de koepels van ziekenhuizen. Indien mogelijk doen zij dit op basis van **richtlijnen**, maar als die ontbreken, zoeken de betrokkenen andere methoden om goede indicatoren te vinden.

Kwaliteitsregistraties steeds belangrijker

Goede kwaliteit is alleen mogelijk als een instelling beschikt over gegevens over de eigen prestaties. Daarom zijn **kwaliteitsregistraties** belangrijk voor het ziekenhuis. De IGZ ziet het gebruik van kwaliteitsregistraties dan ook in toenemende mate als een indicator voor de kwaliteit van de zorg. Kwaliteitsregistraties, zoals de Dutch Surgical Colorectal Audit of DSCA, maken de registratie van andere indicatoren die met de kwaliteit samenhangen, zoals het aantal heroperaties na een operatie aan de dikke darm, makkelijker en dragen bij aan een goede kwaliteit.
Hoe sneller ziekenhuizen problemen openlijk bespreken, hoe lager het risico op onverantwoorde zorg en hoe beter een kwaliteitssysteem kan werken. Er is dan sprake van een goede kwaliteitscultuur. Daarom besteedt de IGZ aandacht aan de invoering van systemen als het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS, zie hoofdstuk 21). Deze indicator laat zien dat veel ziekenhuizen stappen hebben gezet om een (of twee) van de mogelijke evaluatievormen in te voeren. En dat het hebben van een dergelijk systeem opgevat kan worden als veldnorm.

Richtlijnen zijn de norm

Onder richtlijnen verstaat de IGZ 'Omschrijvingen van verantwoorde zorg verleend aan een **specifieke gedefinieerde groep patiënten of een gedefinieerd zorgproces**'. Zij vormen voor de inspectie de norm: zorg moet volgens de richtlijn geleverd worden, of als dat niet het geval is, moet zijn gedocumenteerd waarom de zorg afwijkt. Het principe hierbij is: volg of leg uit en leg vast. Richtlijnen zijn meestal zo geformuleerd dat zij een omschrijving geven van de zorg voor **de grootste groep patiënten die binnen de richtlijn** vallen. Het is waarschijnlijk dat een deel van de patiënten zorg ontvangt die op onderdelen van de richtlijn afwijkt. Daarnaast zijn er ziekenhuizen die normen ontlenen aan **andere bronnen**, **zoals literatuur**.

Wat doet de IGZ als specifieke richtlijnen ontbreken?

– Richtlijnen gelden voor een specifieke groep patiënten. Wanneer in een ziekenhuis een soortgelijke groep patiënten is bij wie het zorgproces in belangrijke mate overlapt maar waar geen richtlijn voor is, toetst de IGZ dit overlappende deel aan de beschikbare norm. Een voorbeeld hiervan is de zorg voor (sub)acute operatiepatiënten. Hiervoor bestaat geen richtlijn. De IGZ gebruikt bij het toetsen van het gemeenschappelijke deel van de behandeling van patiënten met een heupfractuur (hoofdstuk 17) in dit geval de norm voor preoperatieve zorg voor electieve patiënten.
– Wanneer richtlijnen geheel ontbreken, stelt de IGZ vragen op basis van opvallende resultaten (afwijkende uitslagen of bijzondere combinaties van uitslagen). Een voorbeeld van een dergelijke situatie staat in hoofdstuk 12. In 2009 waren er (slechts) twee ziekenhuizen waar vaker dan incidenteel kinderen werden opgenomen en beademd. Het beademen van kinderen is opgenomen in de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) die is bedoeld om de behandeling op een intensive care specifiek voor kinderen te concentreren.

Wat doet de IGZ als richtlijnen niet of onvoldoende worden gevolgd, maar een ziekenhuis deze keus wel kan motiveren door literatuur?

– De inspectie acht het niet wenselijk dat ziekenhuizen systematisch afwijken van richtlijnen, tenzij het aantoonbaar is dat de situatie ter plekke ten minste even goed of beter is dan die beschreven in de richtlijn. Bij voorkeur dient die situatie extern getoetst te worden. Richtlijnen zijn geldig tot zij herzien worden door de verantwoordelijke instantie of tot ze worden ingetrokken. Dat er publicaties bestaan die strijdig zijn met de richtlijn verandert de status van de richtlijn niet (hoofdstuk 19, cataract).

Welke indicaties heeft de inspectie als ziekenhuizen nooit afwijken van de richtlijn?

– Als een ziekenhuis aangeeft geen enkele uitzondering te kennen is dat een indicatie (géén bewijs) dat het ziekenhuis onvoldoende kritisch is in het gebruik van richtlijnen. Een voorbeeld daarvan zijn ziekenhuizen waar bij álle patiënten meer dan 28 dagen wachttijd is aangehouden tussen de cataractoperatie aan de beide ogen, terwijl er goede indicaties zijn om bij patiënten een andere keuze te maken.
– Uitslagen van ziekenhuizen die melden een protocol of richtlijn altijd te volgen, zijn niet realistisch. Tot dusverre heeft de inspectie alleen bij het meten van een pijnscore op de verkoeverafdeling een waarde van 100% geverifieerd (hoofdstuk 7, pijn na operatie). Meestal berust een 100% score op de aanname dat een protocol of richtlijn volledig wordt gevolgd. Bij meting werd dit verder echter nooit bevestigd.

Hoe ziet de interactie tussen richtlijnen en indicatoren er uit?

– De concentratie van complexe verrichtingen is een goed voorbeeld van risicovolle onderdelen van de zorg, waarbij een onderdeel (het volume) uit de richtlijn als indicator is opgenomen in de set. Vervolgens gebruikt de IGZ de indicator voor het krijgen van inzicht in het concentratiebeleid van een instelling en wordt ondertussen het beleid dat ten grondslag ligt aan de richtlijn door de operateurs in samenwerking met de IGZ gerealiseerd (hoofdstuk 8, risicovolle interventies).

Zonder kwaliteitsregistraties geen inzicht

Het is nagenoeg onmogelijk om zonder eigen data inzicht te hebben in het gebruik van richtlijnen. Steeds meer ziekenhuizen voeren daarom registraties in om henzelf in staat te stellen gegevens over de eigen werkwijze te spiegelen aan relevante externe gegevens. Dit verhoogt het inzicht in de eigen situatie en maakt het eenvoudiger om de zorg te verbeteren. Een groot deel van de nieuwe indicatoren voor 2009 en later betreft het gebruik van deze kwaliteitsregistraties, zoals de DSCA en NICE voor intensive care.

Wat doet de inspectie als een ziekenhuis (nog) niet deelneemt aan een registratie?

– Ziekenhuizen zijn niet verplicht deel te nemen, tenzij dat expliciet is vastgelegd in een norm. Vaak vatten zij de opname van een registratie in een indicatorenset op als een verplichting om deze registratie uit te voeren. Dat is in het algemeen alleen het geval als de betrokken wetenschappelijke vereniging een uitspraak heeft gedaan, bijvoorbeeld als voorwaarde tijdens visitaties. Dit geldt voor veel complicatieregistraties. Voor inzicht in de eigen prestaties is het uiteraard wel wenselijk om deel te nemen als de registratie relevant is voor de patiëntenzorg.

Waarom stimuleert de IGZ deelname aan kwaliteitsregistraties?

– Voor de specifieke sturing van processen is specifieke informatie noodzakelijk, zo blijkt ondermeer uit onderstaand voorbeeld. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft al lang de wens om het pijnbeleid beter te kunnen richten op risicogroepen. Daarvoor is specifieke informatie nodig over de groepen patiënten waarbij pijnklachten vaak voorkomen of uitzonderlijk heftig zijn. Het meten van pijn is inmiddels volkomen gebruikelijk, het goed vastleggen van scores voor analyse nog niet. Dit moet volgens de inspectie de volgende stap zijn in de ontwikkeling van goed pijnbeleid in Nederlandse ziekenhuizen
– Voor goed evidence based beleid is betrouwbare informatie over het eigen beleid noodzakelijk. Vanaf het begin van ‘Het resultaat telt’ is duidelijk dat er grote individuele variatie bestaat in de resultaten van ziekenhuizen. Het wordt daarom steeds belangrijker dat ziekenhuizen beschikken over de eigen resultaten. Ter verbetering van de eigen prestaties, maar ook voor het geven van voorlichting aan de eigen patiënten en als keuze-informatie voor toekomstige patiënten.
– Ziekenhuizen zijn niet verplicht tot deelname aan registraties als het systeem noodzakelijk is voor de interpretatie van belangrijke indicatorgegevens. Toch kan het volgens de IGZ ook voor het aantonen van verantwoorde zorg essentieel zijn om deel te nemen aan een externe kwaliteitsregistratie. Dat geldt bijvoorbeeld als een ziekenhuis een ernstig vermoeden zou kunnen hebben dat goede externe informatie noodzakelijk is. Voorbeelden hiervan zijn ziekenhuizen met veel heroperaties bij darmoperaties. In veel publicaties wordt benadrukt dat de situatie pas beoordeeld kan worden na correctie voor risico. Het ziekenhuis moet die risicocorrectie dan ook zo snel mogelijk uitvoeren om te beoordelen hoe groot het probleem is wanneer er veel heroperaties worden uitgevoerd. Een vergelijkbare situatie bestaat bij intensive care, cardiologie, ziekenhuisinfecties en de verschillende oncologische registraties.

Wanneer en hoe neemt de IGZ een registratie op in de basisset? Welke verschuivingen zijn te verwachten?

De inspectie wil met de nieuwe basisset het zorgproces zo dicht mogelijk volgen. Dat wil zeggen dat vragen over algemene voorzieningen plaats maken voor functies die een directe rol hebben in grote zorgprocessen. Dit betreft de volgende situaties:

– In plaats van vragen naar de aanwezigheid van algemene ICT-voorzieningen richt de aandacht van de IGZ zich nu vooral op ICT-voorzieningen die bijdragen aan het leveren van verantwoorde zorg. Ziekenhuizen die veel moeite hebben met het verzamelen van indicatorgegevens kunnen in de toekomst ook vragen verwachten over de kwaliteit van de ICT-ondersteuning (hoofdstuk 4, ICT).
– De inspectie vindt complicatieregistraties belangrijk, maar de indicator complicatieregistratie (hoofdstuk 6) is, door de grote hoeveelheid registraties (meer dan 70), moeilijk te handhaven. De IGZ kan in dit geval niet beoordelen of de invulling van de ziekenhuizen overeenkomt met de door een vereniging opgestelde standaard. Daarop is besloten dat de inspectie een beperkter aantal vragen stelt bij specifieke zorgprocessen (operaties aan dikke darm, blaaskanker, inbrengen van pacemakers etc.) en daar op die manier ook echt aandacht aan kan besteden. Op die manier wordt ook voorkomen dat ziekenhuizen zeggen dat de IGZ een bepaalde registratie accepteert (omdat de inspectie geen reactie heeft gegeven), terwijl dat niet het geval is.

Borging van kwaliteit van gegevens

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

– *Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en publiceren zelf de gegevens.*
  In 2009 zijn de gegevens over 2008 voor het laatst opgeschoond voordat zij gebruikt werden. Ziekenhuizen worden sinds de zomer van 2009 niet meer door de IGZ gewaarschuwd als gegevens waarschijnlijk onjuist zijn.
– *Indicatorgegevens worden bij voorkeur voor verzending door de betrokken zorgverleners gecontroleerd.*
  Veel indicatoren bevatten onderdelen waarvan de betrouwbaarheid op zijn minst geschat kan worden. Sommige fouten zijn door een vertegenwoordiger van een afdeling snel te herkennen. Hoofdstuk 12 over intensive care bevat daar twee voorbeelden van. De IGZ vermeldt vanaf de basisset 2010 bij de indicator heupfractuur dat het wenselijk is de gegevens te laten controleren door een betrokken hulpverlener. Dit advies is op zijn plaats bij veel indicatoren.
– *Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen als de gegevens uit de registratie gebruikt in de basisset gecontroleerd kunnen worden.*
  Registraties worden sinds 2009 alleen opgenomen als de houders van de registratie bereid zijn de gegevens te controleren en afwijkingen op naam te melden. Dit is verplicht nadat een houder na controle door de IGZ wel meldde dat de ingezonden data in belangrijke mate afweken van die in de registratie, maar niet duidelijk maakte welke gegevens dit waren. Een voorbeeld van deze nieuwe afspraak is opgenomen in hoofdstuk 13 over colorectale operaties.
– *De inspectie vraagt indicatie documenten op ter verificatie.*
  Deze documenten geven waardevolle aanvullingen op de informatie uit de indicator. Ter verificatie van het aantal gemelde slokdarmoperaties (hoofdstuk 8) heeft de IGZ operatieverslagen opgevraagd bij die ziekenhuizen die slechts een smalle marge hadden boven een minimumnorm. Bij ziekenhuizen met een opvallend laag aantal tumorresten na een borstsparende ingreep zijn in 2009 verslagen van o.a. multidisciplinaire overleggen en van pathologisch onderzoek opgevraagd. Deze informatie wordt niet alleen gebruikt ter verificatie, maar geeft ook een belangrijke verdieping van het toezicht.

Aandachtspunten bij vergelijken van instellingen

In veel publicaties worden de indicatoren van de IGZ gebruikt voor het maken van ranglijsten van instellingen. De IGZ doet dat niet. Volgens de inspectie is een indicator een aanwijzing voor nader onderzoek en niet voor een oordeel over de kwaliteit van de instelling. Hierna wordt besproken waarom de IGZ de nadruk legt op de eigen analyse van het ziekenhuis vooral als de uitslag op het eerste gezicht slecht is. De reactie van een ziekenhuis laat namelijk zien of het ziekenhuis 'in control' is. Een ziekenhuis dat inspeelt op de specifieke behoeften van de eigen populatie kan een goede reden hebben om een afwijkend beleid te voeren. De vragen van de IGZ richten zich daar dan ook op. Zaken waar de IGZ op let:

– *Sterfte als belangrijke uitslag.*
  De IGZ neemt al jaren in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) indicatoren op over sterfte na een acuut myocardinfarct. Sinds kort is daar bijgekomen de sterfte in het jaar na een eerste polikliniekbezoek aan de cardiologen. Zeker die laatste indicator is qua procedure een doorbraak in het volgen van patiënten. Dankzij een nieuwe vorm van samenwerking met het bevolkingsregister is het nu mogelijk om voor grote groepen patiënten de sterfte te bepalen geruime tijd (nu maximaal twee jaar) na een gebeurtenis. Dit biedt belangrijke nieuwe mogelijkheden voor het bestuderen van effecten van zorg. Tegelijkertijd geeft het ook veel misverstanden. Er is een groot verschil in sterfte tussen de verschillende ziekenhuizen, bijvoorbeeld door het verschillend organiseren van zorg. Een ziekenhuis zal de gegevens zelf moeten analyseren en van een conclusie moeten voorzien (hoofdstuk 15, cardiologie). Hoe adequaat een ziekenhuis dat doet, kan de IGZ beoordelen. De feitelijke sterfte kan en moet de IGZ niet beoordelen. Het is dus mogelijk om een rangorde op te stellen van ziekenhuizen op basis van sterfte. Het is alleen niet mogelijk om de conclusie te trekken dat de zorg verantwoord is op basis van de plaats in de rangorde.
– *Uitslag in relatie tot de populatie kan aanwijzing zijn voor verschillen in beleid.*
  Heel uiteenlopende resultaten van ziekenhuizen – bijvoorbeeld een heel laag versus een hoog percentage – kunnen het gevolg zijn van verschil in kwaliteit, maar kunnen ook komen door grote verschillen in samenstelling van de populatie waarvoor zij zorgen. Beide kunnen een indicatie zijn voor een onderzoek van de IGZ, maar de inhoud van het onderzoek zal heel anders zijn. In hoofdstuk 14 (diabetes mellitus) worden twee ziekenhuizen naast elkaar gezet met de hoogste en laagste uitslag van Nederland. Bij nadere

beschouwing blijkt dat beide ziekenhuizen voor een totaal verschillende populatie zorgen. Ze zijn niet heel goed en heel slecht, maar hebben een andere relatie met de zorgverleners waar ze mee samenwerken. Een ziekenhuis dient zich bewust te zijn van de populatie waarvoor het zorgt en de invloed die dat heeft op de uitkomst van het zorgproces. Het is verstandig om dat in de toelichting op de indicator weer te geven. Een directe beoordeling door de IGZ van het verschil in uitkomsten is namelijk niet mogelijk.

– *Patiëntenselectie door ziekenhuis van invloed op uitslag indicator.*
  Ziekenhuizen kunnen binnen de definitie van de indicator tot bepaalde hoogte groepen selecteren. Deze kunnen een belangrijk verschil in de uitslag veroorzaken. Voorbeelden hiervan zijn gepubliceerd in hoofdstuk 2 over ondervoeding. Hier worden twee ziekenhuizen besproken die onderling een sterk afwijkend beleid voeren over het opnemen van patiënten in de indicator voor de behandeling van ondervoeding. De analyse van de inspectie maakt duidelijk dat een ziekenhuis dat een 'betere' uitslag heeft niet altijd een beter zorgproces heeft.
– *Verschillende definities veroorzaken afwijkingen en vragen om afstemming tussen opstellers van indicatoren.*
  Beleid van de IGZ is om de definitie van de indicator niet meer te wijzigen na 1 januari van het registratiejaar, zeker niet als die wijziging leidt tot een duidelijk andere uitslag. In het geval van tumorresten die achterbleven na een mammasparende ingreep is daar een uitzondering op gemaakt. De reden daarvan was dat in 2009 bleek dat er twee duidelijk verschillende definities in omloop waren. Een daarvan kostte het ziekenhuis veel minder tijd, omdat het integrale kankercentrum de gegevens kon leveren. In hoofdstuk 18 wordt besproken wat daar de gevolgen van waren. De nieuwe definitie leidt tot een daling van het aantal tumorresten met 5 tot 20% bij ongewijzigd beleid. De conclusie is dat bij het wijzigen van een indicator die ook gebruikt wordt in andere indicatortrajecten, zoals zichtbare zorg, de verschillende gebruikers de definitie met elkaar moeten afstemmen. Voor indicatoren over borstkanker heeft dit o.a. geleid tot het inrichten van een afstemmingsoverleg. Daarnaast was er al een inhoudelijk accounthouder ingesteld voor elke indicator die (mede) verantwoordelijk is voor het afstemmen van definities.
– *Verschillende registratiemomenten veranderen aard van indicator.*
  Een ander moment van registreren leidt tot een andere interpretatie van de gegevens en soms ook tot een andere functie van de indicator. In hoofdstuk 3 over medicatieveiligheid wordt een situatie beschreven waarbij door het kiezen van een registratiemoment net voor of juist na correctie van fouten een groot verschil in uitslagen ontstaat. De uitslag na correctie van fouten laat zien dat er in het ziekenhuis (uiteindelijk) veilig wordt gewerkt. De uitslag voor correctie geeft het ziekenhuis zelf inzicht in de mogelijkheden om veiliger en vooral effectiever te werken.

Basisset als leerproces

De basisset heeft alleen een functie als deze zich voortdurend blijft ontwikkelen. Het gebruik van nieuwe indicatoren is te vergelijken met de overgang van *in vitro* testen naar *in vivo* gebruiken. De basisset is een **leerproces**.

Het direct **verbeteren van de kwaliteit** van zorg is geen primair doel van de basisset. Dat wil niet zeggen dat in het verleden geen spectaculaire resultaten bereikt zijn. Of deze veroorzaakt werden door de indicatoren is onduidelijk, maar de IGZ is blij met deze indicatie voor vertrouwen in de verbetermogelijkheden van de ziekenhuiszorg in Nederland.

Door een beter inzicht in de relatie tussen richtlijnen, indicatoren en processen heeft de IGZ de structuur van de basisset voor 2010 geheel herzien en opnieuw ingedeeld. Maar er zijn meer veranderingen te verwachten. Indicatoren zullen steeds vaker een, al dan niet tijdelijke, openbare versie zijn van een interne indicator. Uitslagen worden betrouwbaarder, doordat er een langere beschermde leertijd is van het registratieproces in de fase waarin de indicator onderdeel is van de interne kwaliteitsbewaking. Administratieve lasten die horen bij het openbaar maken zullen afnemen, al kan de last van het voeren van een interne kwaliteitsregistratie aanzienlijk zijn. Een van de belangrijkste positieve prikkels voor het leren van het systeem is dat de indicatoren een krachtige stimulans vormen voor ziekenhuisbeleid. Regelmatig raken indicatoren overbodig, omdat ziekenhuizen de maximale kwaliteitsverbetering binnen de indicator behaald hebben. Dit geldt bijvoorbeeld voor de decubitus registratie (hoofdstuk 1) en peri-operatieve dataregistratie cataract (hoofdstuk 19). De indicator kan en moet dan vervangen worden. Een andere reden om indicatoren te vervangen is als blijkt dat de IGZ niet effectief toezicht kan houden op (een deel van) de indicator (kinderchirurgie en complicatieregistratie). De IGZ heeft ook geleerd dat het tijd vraagt om een indicator te leren gebruiken. De IGZ gebruikt daarom alleen de indicatoren die zijn opgenomen in de basisset voor het gefaseerde toezicht.

Bijzondere successen

Het verbeteren van de zorg is niet het primaire doel van de indicatoren, maar volgens de IGZ, wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuisverenigingen wel een buitengewoon belangrijk effect. Een indicator kan daarom gezien worden als een systematisch geëvalueerde verbeteragenda voor de zorg. Op veel gebieden laten de resultaten verbetering zien ten opzichte van voorgaande jaren (pijnbeleid, decubitus, borstkanker). Een kleine selectie van deze verbeteringen:

– *Meer aandacht voor ondervoeding.*
  Twee jaar na het invoeren van de indicator voor het screenings- en behandelprogramma voor ondervoeding krijgen steeds meer ziekenhuizen aandacht voor het onderwerp.
– *Duidelijke verbetering van het trombolyseproces.*
  In de AD Ziekenhuis Top 100 van het Algemeen Dagblad werd al aandacht besteed aan de duidelijke kwaliteitsverbetering van de trombolyse voor CVA-patiënten. In hoofdstuk 16 staat dat de inspanningen van ziekenhuizen op dit gebied met succes zijn bekroond. De resultaten bevestigen ook de indruk dat goed meetbare indicatoren gericht op zich ontwikkelende onderdelen van de zorg bijdragen aan verbeteringen.
– *Concentratie van zorg.*
  Er is steeds meer aandacht voor het concentreren van complexe zorg in ziekenhuizen die daar het best voor zijn toegerust en daardoor meer ervaring op kunnen doen. De eerste fase van het concentreren van slokdarmoperaties is voorlopig voltooid: alle ziekenhuizen zijn in 2009 aan de norm gaan voldoen óf hebben bevestigd dat zij zullen stoppen.

Ondertussen is de betreffende norm door de NVvH verhoogd naar 20. In de komende jaren zullen meer complexe behandelingen geconcentreerd worden. Ziekenhuizen zullen dus passend beleid moeten ontwikkelen. Hoofdstuk 8 beschrijft het deel van het beleid dat samenhangt met de huidige indicatoren. De IGZ zal zich inspannen om hindernissen op het pad naar verdere concentratie weg te nemen. Daaronder valt ook het actief handhaven van normen die leiden tot een verantwoorde concentratie.

Toezichtperspectieven

Het oncologisch proces

Kanker is doodsoorzaak nummer één. De ziekte is bijzonder ingrijpend voor de patiënt maar vergt ook een uiterste inspanning van ziekenhuizen. De IGZ houdt met een viertal indicatoren zicht op de kwaliteit van de kankerzorg. “Als een ziekenhuis problemen heeft met het organiseren van deze zorg dan zie je dat terug in de data.”

Het perspectief van de patiënt mag helder zijn: de diagnose kanker verandert zijn leven. Voor ziekenhuizen treedt er een relatief ingewikkeld proces in gang. Of zoals inspecteur Jan Maarten van den Berg het zegt, de ziekenhuisorganisatie wordt ‘maximaal gestrest’. Meerdere specialismen moeten samenwerken en de behandeling is complex. De meest giftige medicatie is nodig, er worden vaak lichaamsdelen weggehaald en straling toegepast. “Alle therapieën worden tot aan de uiterste grens gebruikt en daarom is het van belang dat wij weten wat een ziekenhuis kan”, legt Van den Berg uit. “De behandeling van kanker vergt organisatorisch veel van een ziekenhuis. Niet alleen om lichamelijk de best mogelijke zorg aan een patiënt te leveren, maar ook psychosociaal: wat kan de patiënt aan? Hoe bewaak ik de balans tussen de opbrengst en de schade van de behandeling. Geef ik iemand terechte hoop op licht aan het eind van de tunnel, of ga ik mee met de behoefte om in ieder geval iets te doen, ook als dat bijna geen doel meer dient. Kankerzorg is dus vanuit het oog van patiëntenbescherming van groot belang voor de IGZ.”

Verbanden leggen

In de prestatieset zijn indicatoren opgenomen over mammacarcinoom (borstkanker), colorectale operaties (darmkanker), oesophaguscardiaresecties (slokdarmkanker) en vanaf volgend jaar komt daar pancreaskanker bij. Daarmee heeft de IGZ zicht op vier van de vijf veel voorkomende kankers. Alleen longkanker ontbreekt. “Het gaat ons niet om zoveel mogelijk data te verzamelen om maar compleet te zijn”, legt Van den Berg uit. “De indicatoren zijn voor ons geen meetgegevens, maar moeten ons een indicatie geven hoe de kankerzorg in een ziekenhuis is geregeld. Het doel is om tijdig mogelijke risico’s voor de patiëntenzorg op te sporen. Opvallende data zijn voor ons de reden om een gesprek aan te gaan om daarmee wel een compleet beeld te krijgen, waarna er een oordeel mogelijk is.”

Belangrijke processtappen

Met de indicatoren probeert de IGZ de belangrijkste stappen in het proces voor goede zorg in kaart te brengen. Van het stellen van de diagnose en het in kaart brengen van de resultaten tot het bespreken van de voortgang na een operatie. Om tot een zo goed mogelijke diagnose te komen, is het van belang dat alle relevante gegevens in een multidisciplinair overleg worden besproken. Klinieken moeten dus aangeven of ze een dergelijke bespreking houden. Daar hoort bij dat inzichtelijk is hoeveel chirurgen de operatie in een ziekenhuis doen. Eén is te weinig omdat er dan geen collegiaal overleg kan plaatsvinden, maar het is ook niet wenselijk dat teveel specialisten kankeroperaties doen. Zeker bij de minder voorkomende

en risicovolle operaties als dikke darm- en slokdarmkanker speelt ervaring van het hele team een belangrijke rol. Maar ook bij mammacarcinoom is een grens gesteld: niet meer dan 50 procent van de chirurgen mag de ingreep verrichten om voldoende volume over te houden. Te weinig operaties uitvoeren, betekent ook voor de beroepsgroep te weinig ervaring. Om die reden heeft de IGZ een aantal ziekenhuizen in het verleden verboden nog langer slokdarmkankeroperaties te verrichten. Nieuwe patiënten worden doorgestuurd naar een kliniek in de regio die wel voldoende operaties doet.

Mammacarcinoom biedt veel inzicht

De organisatie van borstkankerzorg geeft de IGZ een goede indicatie voor de prestaties van een ziekenhuis. Alle klinieken beschikken inmiddels over een speciale mammapoli waar de zorg maximaal op de patiënt is afgestemd. Daardoor krijgen bijvoorbeeld bijna alle patiënten binnen vijf dagen de uitslag van het eerste onderzoek. “Heeft een ziekenhuis de organisatie bij het mammacarcinoom niet goed voor elkaar dan is de kans groter dat het bij andere kankersoorten ook het geval is”, legt Van den Berg uit. “Het is voor de inspectie in ieder geval voldoende reden om ook de andere behandelingen tegen het licht te houden.”
Bij het mammacarcinoom is het door de uitbreiding van technische mogelijkheden goed mogelijk voor de operatie de definitieve diagnose vast te stellen. De inspectie ziet dat dan ook als de veldnorm. Zoals de IGZ ook vindt dat het multidisciplinair overleg (MDO) en het behandelplan elektronisch beschikbaar moeten zijn. Van den Berg: “Van tevoren moeten de opties in het medische team, met de radioloog en de medisch oncoloog, en de patiënt zijn besproken. Kan het borstbesparend of moet de borst worden weggehaald? En wat gebeurt er daarna precies? Alle betrokkenen moeten dat elektronisch kunnen zien. Het is niet meer van deze tijd als in een papieren status moet worden opgezocht welk behandelplan precies is afgesproken. Dat werkt fouten in de hand. Als een ziekenhuis een goed functionerend Ziekenhuisinformatiesysteem heeft – en het merendeel zegt daar over te beschikken – dan is het niet zo ingewikkeld het MDO elektronisch beschikbaar te hebben. Dat geldt dan ook voor andere kankerbehandelingen.”

Operatie in een keer goed doen

De inspectie wil ook weten hoeveel van de borstbesparende operaties in een keer succesvol zijn. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) heeft vastgesteld dat er bij maximaal 20 procent van de borstbesparende ingrepen tumorresten mogen achterblijven.
Voor die patiënten is een tweede operatie nodig om de resten alsnog weg te halen. De IGZ hanteert de norm van de NVvH als uitgangspunt en constateerde in 2008 dat ziekenhuizen heel wisselend scoorden. Het was voor de IGZ aanleiding om bij 47 ziekenhuizen nader onderzoek te doen. Het onderzoek maakte duidelijk dat er geen sprake is van onverantwoorde zorg, maar ook dat een aantal ziekenhuizen onvoldoende inzicht heeft in het eigen proces. Zowel voorafgaand aan de operatie als in de uitkomsten.
“We wilden weten of in sommige ziekenhuizen slordiger wordt gewerkt dan elders. Dat kunnen we niet hard maken. Al zijn er wel voorbeelden van klinieken waar het percentage achtergebleven tumorresten en heroperaties daalt nadat bepaalde chirurgen zijn gestopt. Alle informatie geeft ons, maar op de langere termijn ook patiënten, inzicht in de handelwijze van specialisten en ziekenhuizen.”

Een heel laag aantal heroperaties is een indicatie dat een ziekenhuis weinig risico neemt met de aangetroffen tumor en relatief veel weefsel wegsnijdt. Met als gevolg een grotere beschadiging van de borst. Relatief veel heroperaties kan juist betekenen dat het ziekenhuis probeert zo min mogelijk fysieke schade te veroorzaken met een grotere kans op resttumor en dus een tweede operatie. Als dat beeld van alle ziekenhuizen helder is, kan de patiënt uiteindelijk zelf beslissen wat hij belangrijker vindt.
“Het aantal heroperaties geeft de inspectie belangrijke signalen om het zorgproces te analyseren. Een opvallende uitkomst kan inhouden dat de geleverde zorg niet optimaal is. Ook al is er dan niet direct sprake van onverantwoorde zorg, het kan wel betekenen dat de prestaties omhoog moeten. Daarom liggen de signaleringsgrenzen voor de indicatoren boven de normen voor onverantwoorde zorg. Zou dat niet zo zijn, dan krijgen we pas indicaties als het al te laat is en is er geen sprake meer van preventief toezicht.”

De beste zorg op de juiste plek

Op papier lijkt de ultieme indicator hoeveel patiënten na een kankerbehandeling nog leven. Voor verschillen in populatie en andere factoren is wetenschappelijk een formule te bedenken. Maar daarmee ben je er niet volgens Van den Berg. “We hebben nu zicht op de eerste drie maanden van het behandeltraject bij borstkanker. Maar om significante verschillen te zien in de overlevingskans van patiënten met borstkanker moet je een periode van tien jaar bekijken. Dan zouden we in 2010 kunnen zien hoe de zorg er in 2000 voor stond. Dat is niet relevant.”
Om de zorg verder te verbeteren, koerst de overheid op het concentreren van zorg. Gevaarlijke operaties vinden plaats daar waar men over voldoende kwaliteit beschikt. Het hebben van voldoende ervaring rond slokdarmkankeroperaties resulteerde in een verbod op het uitvoeren van deze ingreep in een aantal klinieken. Voor operaties aan de verwijde buikaorta en alvleesklierkanker speelt dezelfde volumediscussie. Ook bij borstkankeroperaties speelt (voldoende) ervaring een steeds belangrijkere rol, al zijn er meer factoren van belang voor een goede uitkomst. Zoals de ervaring van het complete medische team dat vanaf het begin bij de behandeling is betrokken.
Van den Berg: “Uitgangspunt is welke risico’s de maatschappij aanvaardbaar vindt en daar is het beleid op afgestemd. Moet een ziekenhuis voor een behandeling een minimumaantal operaties per jaar doen, dan heeft dat gevolgen voor sommige klinieken. Willen kleine ziekenhuizen die operaties in hun regio blijven doen, dan zullen ze duidelijk moeten maken dat zij de beste zijn. Uiteindelijk gaat het erom dat de patiënt de beste zorg krijgt. En daar zien wij op toe.”

Het verpleegkundig proces

Goede verpleegkundige zorg in een ziekenhuis is voor een patiënt van groot belang. Verpleegkundigen hebben intensief contact met een patiënt en zijn vaak als eerste op de hoogte van zijn of haar conditie. De organisatie van het verpleegkundig proces is dan ook een belangrijke graadmeter voor de IGZ. 'Meer transparantie draagt bij aan meer vertrouwen'.

Wanneer iemand voor langere tijd in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergt dit veel van zijn of haar weerbaarheid. De opname en behandeling kost de patiënt vaak veel energie en stelt iemands conditie danig op de proef. Goede basiszorg is daarom van buitengewoon belang voor zowel patiënt als ziekenhuis. "Hoe beter de conditie, hoe groter de kans op herstel", zegt inspecteur Nelleke Sleeuwenhoek. Goed en verantwoord eten, goede lichaams- en wondverzorging en een doeltreffend pijnbeleid zijn daarbij volgens haar belangrijke instrumenten. "Hoe ziekenhuizen deze verpleegkundige aspecten hebben geregeld, zegt veel over hun visie op de patiënt. Goed toezicht op de verpleegkundige zorg is voor de IGZ dan ook van groot belang."

Signaal over de zorg

In de basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen staan drie indicatoren over algemene, verpleegkundige zorg: pijn na een operatie, decubitus en ondervoeding. In de set van 2010 heeft de IGZ ook delier opgenomen. "De mentale gezondheid speelt immers net zo'n belangrijke rol als de fysieke", legt Sleeuwenhoek uit. Met de indicatoren krijgt de IGZ informatie in handen, waarmee zij zicht krijgt op de kwaliteit van de geleverde verpleegkundige zorg. "Een indicator geeft een signaal over de zorg. Het helpt ons om de mogelijke risico's binnen een ziekenhuis in kaart te brengen. Tegelijk ontstaat er door de indicatoren bewustwording. Er wordt in ziekenhuizen over gepraat en men durft vragen te stellen. Dit leidt weer tot allerlei initiatieven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, zoals Meals on Wheels dat het oude dienbladensysteem gaat vervangen en zo patiënten écht laat kiezen. Dit helpt bij de aanpak van ondervoeding."

Belangrijkste stappen

De IGZ probeert met een beperkt aantal indicatoren de belangrijkste stappen binnen het verpleegkundig proces te vatten. Een groot deel van het werk van verpleegkundigen bestaat uit het verzamelen van gegevens over patiënten. Logischerwijs gaan ook veel vragen in de indicatoren hierover. Sleeuwenhoek: "Wij willen weten hoe een ziekenhuis de conditie van een patiënt inzichtelijk maakt. Wat is het opsporing- en preventiebeleid van bijvoorbeeld decubitus? Hoe wordt bijgehouden of en hoeveel pijn een patiënt heeft?" Een ander belangrijk onderdeel van de verpleegkundige indicatoren is de wijze waarop een ziekenhuis overleg en feedback heeft geregeld. Bij de preventie van doorliggen bijvoorbeeld zijn veel verschillende zorgverleners actief, zoals decubitus-verpleegkundigen, dermatologen, fysiotherapeuten en pijnteams. De afgelopen jaren is gebleken dat maar liefst 80 procent van het aantal decubitusgevallen voorkomen kan worden door een betere samenwerking en gerichte afstemming tussen deze zorgverleners.

Decubitus, ondervoeding en pijn na een operatie zijn zorgproblemen die vooral bij oudere patiënten in hoge mate de kans op herstel bepalen. Maar ook medisch inhoudelijk is er sprake van een onderlinge relatie tussen de indicatoren. "Door pijn na een operatie kan een patiënt te maken krijgen met verminderde eetlust. Ondervoeding ligt dan, zeker bij ouderen, op de loer. De slechte voedingstoestand leidt tot een verminderde mobiliteit en dat werkt weer decubitus in de hand. Deze zorgproblemen dragen stuk voor stuk bij aan vertraging van het herstel, een slechte kwaliteit van leven en zelfs voortijdig overlijden." Door de indicatoren in gezamenlijkheid te beoordelen krijgt de IGZ inzicht in de inrichting en werking van het gehele verpleegkundige proces. De verzamelde gegevens laten zien hoe ver bijvoorbeeld de informatisering van verpleegafdelingen is gevorderd. Tevens is het voor de inspectie belangrijk om te zien in hoeverre de verschillende screeningen op elkaar aansluiten. Het geeft een indicatie of een ziekenhuis het verpleegkundige proces goed heeft ingericht.

Afwijken van landelijk

De verpleegkundige gegevens van een ziekenhuis kunnen de IGZ om meerdere redenen opvallen. In de eerste plaats omdat de uitslagen van een indicator erg afwijken van wat landelijk gebruikelijk is; bijvoorbeeld dat iets opvallend vaak of juist opvallend weinig voorkomt. "Dit gebeurt ook bij onderwerpen waarbij het op het eerste gezicht duidelijk is welke uitslag gewenst is, zoals een lage hoeveelheid pijn na een operatie", verklaart inspecteur Sleeuwenhoek. "De reden daarvoor is dat een hoge pijnscore juist een indicatie kan zijn voor goede opsporing, terwijl een lage pijnscore kan duiden op slechte screening." Ook kunnen meerdere niet afwijkende uitslagen samen een indicatie vormen voor onderzoek. Daarbij kunnen ook gegevens uit andere IGZ-onderzoeken worden betrokken en zelfs gegevens van andere rijksinspecties. "Maar", zo waarschuwt Sleeuwenhoek, "een indicatie betekent niet direct dat er sprake is van onverantwoorde zorg. Die conclusie kunnen we pas trekken na aanvullend onderzoek."
Zonder af te doen aan de andere indicatoren ziet inspecteur Sleeuwenhoek het bestrijden van pijn na een operatie als een heel belangrijke indicatie voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. "Aandacht voor de pijn van een patiënt is goed voor het welbevinden en het genezingsproces. Daarnaast blijken gestandaardiseerde pijnmetingen tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten te leiden en daardoor tot een effectievere pijnbestrijding. Het is dus voor ziekenhuizen extra belangrijk om waakzaam te zijn en geen controles over te slaan." Als een ziekenhuis dat toch doet, of de pijnscore bewust laag houdt, is de indicator overigens ook waardevol voor de IGZ. Er ontstaat dan namelijk een indicatie voor onderzoek. Als daarbij blijkt dat het ziekenhuis dit soort afwijkende methoden gebruikt om een score te manipuleren, ontstaat direct een indicatie voor diepgravend onderzoek naar de kwaliteit van zorg.

Communicatie open houden

Eigenlijk zijn de indicatoren 'niets nieuws onder de zon' volgens Sleeuwenhoek. "Het gaat de inspectie er simpelweg om of ziekenhuizen inzicht hebben in hun resultaten en hoe deze zich verhouden tot andere organisaties en richtlijnen. We hebben het dan zeker niet alleen over uiterst complexe operaties, maar juist ook over de basiszorg. Het methodisch in de

gaten houden van gewicht, eetpatroon, pijn en huid is niet altijd het meest spectaculaire onderdeel van het vak verpleegkunde, maar wel essentieel voor zorg op maat.” Uiteindelijk draait het volgens de inspecteur om het optimaal ondersteunen van de patiënt door communicatie tussen zorgverlener en patiënt. “Patiënten hoeven niet meer te denken dat die pijn na een operatie of doorligplekken er nu eenmaal bij horen of dat de artsen vinden dat hij misschien een aansteller is. Wat dat betreft kan er van de indicatoren een positieve stimulans uitgaan. De ziekenhuizen zijn meer transparant voor de patiënt door de data die de IGZ verzamelt. Meer transparantie draagt bij aan meer vertrouwen. En dát is de juiste basis voor goede zorg op maat.”

Inleiding uitslagendeel

De IGZ heeft voor 2009 de hoofdstukken met resultaten gereorganiseerd. In dit eerste hoofdstuk worden de elementen besproken die voor alle onderdelen identiek zijn. De IGZ is bijvoorbeeld van mening dat het altijd een indicatie voor nader onderzoek is wanneer een instelling een bepaald gegeven niet kan leveren, of wanneer de kwaliteit van dat gegeven onvoldoende is. Daarnaast bevat het hoofdstuk de algemene indicaties voor een onderzoek. Dit geldt bijvoorbeeld bij extreme waarden of 100% uitslagen.

Vervolgens worden de individuele indicatoren besproken. Deze hoofdstukken komen deels overeen met de hoofdstukken uit HRT 2003-2008. Per hoofdstuk vindt u een additionele paragraaf: waarom vindt de IGZ dit deel belangrijk en voor onderzoek van welke onderwerpen is er een indicatie voor nader onderzoek indien de meetwaarde van deze indicator een bijzondere waarde heeft? In de afsluitende paragrafen treft u de specifieke opmerkingen van de inspectie over het gebied waarbinnen de indicator valt.
Het is verleidelijk te concluderen dat de inspectie het bedreigend vindt voor de levering van verantwoorde zorg wanneer er een indicatie is voor aanvullend onderzoek. De indicaties zijn zo gekozen dat de kans op onverantwoorde zorg groter is als de indicatiewaarde bereikt of overschreden wordt. Toch is dat expliciet niet het doel van de indicatoren. Bijzonder goede zorg kan uitslagen opleveren die ook indiceren voor nader onderzoek. Het te snel concluderen dat afwijkend slecht is, kan leiden tot het remmen van gewenste ontwikkelingen. Veel indicatoren worden in het begin van hun bestaan gekozen omdat zij een ontwikkeling aangeven die de indicatorontwikkelende zorgverlener wil stimuleren. Opvallende resultaten zijn dan vaak voorlopers van aankomende goede ontwikkelingen.

Algemene lijn inspectie-indicaties

Er zijn drie groepen inspectie-indicaties (in volgorde van belangrijkheid):
1 Inhoudelijke indicaties, zowel medisch/verpleegkundig zorgproces als aansturing/organisatie in brede zin.
2 Datakwaliteit indicaties.
3 Mengvormen.

Inhoudelijke indicaties hebben betrekking op de zorginhoud van het proces waarvoor de indicator indiceert. Voorbeelden hiervan zijn indicaties gebaseerd op het aantal uitgevoerde operaties aan de alvleesklier (pancreas) of het aantal patiënten met doorligwonden (decubitus).

De tweede groep indicaties is gebaseerd op conclusies over de kwaliteit van de data. Als het ziekenhuis bepaalde gegevens niet kan leveren, stelt de IGZ vragen over het ontbreken van die data. Het eerste doel hiervan is de kwaliteit van de data te verbeteren, zonder dat hier een oordeel over het ziekenhuis aan verbonden is.

De eerste groep indicaties vormt het doel van het systeem, de tweede is bedoeld om het systeem beter te laten verlopen. Daarom staat de tweede groep indicaties ten dienste van de eerste groep.

Het feit dat een ziekenhuis een gegeven niet kan leveren, of alleen met veel fouten in de data, geeft ook aan dat de kans groter is dat het ziekenhuis dat deel van het proces minder in beeld en dus onder controle heeft. Dat kan zijn omdat er hele goede zorg wordt geleverd, maar de Raad van Bestuur of de verantwoordelijke voor de dataverzameling daar geen toegang toe heeft, maar ook omdat de organisatie van het zorgproces zelf te wensen over laat. Daarom levert slechte kwaliteit van data zelf ook een inhoudelijke indicatie op voor onderzoek door de IGZ.

Omdat het beoordelen van de kwaliteit van de data voorgaat aan het inhoudelijk beoordelen ervan zullen nu eerst de algemene datakwaliteitsindicaties worden besproken.
Dit zijn indicaties die bij elke indicator indicaties opleveren, tenzij er specifieke uitzonderingen aanwezig zijn. Die specifieke uitzonderingen zijn dan beschreven in het betreffende hoofdstuk.

Onderzoeksindicaties naar de datakwaliteit bestaan als:
– De indicatorgegevens ontbreken, tenzij het ziekenhuis heeft aangegeven dat de indicator niet van toepassing is en deze melding heeft voorzien van een (specifieke) toelichting.
  - Het betreft dan bij proces- en uitkomstindicatoren de afwezigheid van:
    · Teller
    · Noemer
  - Bij structuurvragen (aanwezigheid van een functie):
    · Ja/nee
    · Geen antwoord op vervolgvraag voor het specificeren van een gevraagde structuur
– Het ziekenhuis een steekproef heeft getrokken van onvoldoende omvang om het ziekenhuis in de spreiding te kunnen plaatsen.
  - Laag aantal
  - Onduidelijke selectiecriteria

Onderzoekscriteria voor de inhoudelijke kwaliteit bestaan als:
– De indicatorwaarde kleiner is dan de laagste 10% van de ziekenhuizen.
– De indicatorwaarde groter is dan 90% van de ziekenhuizen.

Deze indicatie is onafhankelijk van de gewenste richting van de uitslag (lage sterfte, hoge screening). Dit is gebaseerd op de constatering dat outliers in beide richtingen een bijzondere situatie representeren. Het kan bijvoorbeeld zijn dat er bij een hoge sterfte sprake is van een bijzonder goede zorgsituatie. Een beroemd voorbeeld is het ziekenhuis dat de hoogste sterfte na een CVA had van Nederland, vooral gebaseerd op een zeer goede link met het bevolkingsregister. De lage sterfte bij dezelfde indicator bleek gebaseerd op een beperkte opsporing en gebrekkige melding uit instellingen waar patiënten naar werden verwezen.

– De uitslag is 0 of 100%.

De ervaring leert dat een perfect beleid uitzonderlijk is. Meestal is een absolute uitslag niet gebaseerd op een meting. In principe is deze indicatie dan ook een bijzondere vorm van het ontbreken van data, tenzij meetgegevens overlegd kunnen worden.

– Er is een stijging of daling in de omvang van de populatie van meer dan 25%.

Grote veranderingen in het aantal patiënten kunnen een signaal zijn van problemen. Soms zijn dat problemen van omringende instellingen, omdat er extra verwijzingen optreden door het wegvallen van een functie. Soms is een daling van het aantal behandelde patiënten het eerste landelijke signaal van een lokaal al bekend probleem.

– Het ziekenhuis heeft een wenselijke functie niet die 80% van de Nederlandse ziekenhuizen wel heeft.
– Het ziekenhuis heeft een wenselijke functie wel die 80% van de Nederlandse ziekenhuizen (nog) niet heeft.

De IGZ vat het aanwezig zijn van een wenselijke functie bij 80% van de ziekenhuizen op als een veldnorm. Het aanwezig zijn van een functie die bij 80% van de instellingen nog niet is gerealiseerd zal ook vaak leiden tot een gesprek, met name omdat het de wens van de IGZ is om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen op het vakgebied.

1 Decubitus

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 1, pagina 18
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

– Puntprevalentie van decubitus in het hele ziekenhuis.
– Incidentie van decubitus in een gelijksoortige populatie.

Belang van de indicator

Decubitus komt regelmatig voor in ziekenhuizen. Vooral kwetsbare, oudere patiënten lopen risico op doorligwonden. Voor een belangrijk deel is decubitus te voorkomen. Daarvoor moet een ziekenhuis wel een actief opsporings- en preventiebeleid hanteren. Het afgelopen decennium hebben ziekenhuizen daarom veel geïnvesteerd in betere preventie en behandeling van decubitus. Met het dalen van de prevalentie (aantal gevallen per duizend of per honderdduizend) is de puntprevalentie (op een specifiek moment) minder geschikt als indicator. Dat komt omdat bij een klein aantal gevallen de betrouwbaarheid van de gegevens afneemt. De incidentie van decubitus in een homogene populatie is geschikter, omdat het gaat om een groep patiënten met goed vergelijkbare kenmerken, die het hele jaar door wordt gemeten. De mate van integratie met andere screeningen, zoals die op pijn op de verpleegafdeling en ondervoeding, geeft de inspectie een indicatie hoe ver een ziekenhuis is met het goed inrichten van de werkprocessen.

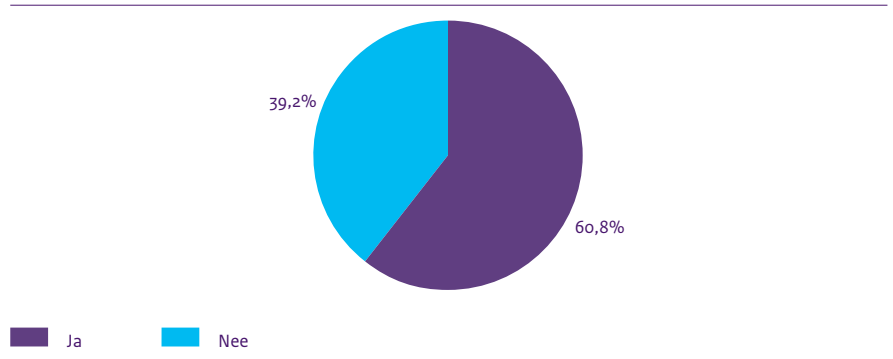
Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met decubitus is laag (voor 2009: 0%)
– 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 hoog (voor 2009: meer dan 6% bij de puntprevalentie of 2,5% decubitus bij de incidentie in een homogene populatie)
– Welk preventiebeleid voert het ziekenhuis?
– Heeft het ziekenhuis inzicht in het risicoprofiel van de patiënten?

Het percentage patiënten met een heupvervanging en decubitus is hoog (voor 2009: minder dan 1,7% bij de puntprevalentie of 0% decubitus bij de incidentie in een homogene populatie)
– Hoe regelt het ziekenhuis de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening?
– Wie draagt de verantwoordelijk voor het screenen op risico's tijdens de opname?
– Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding?

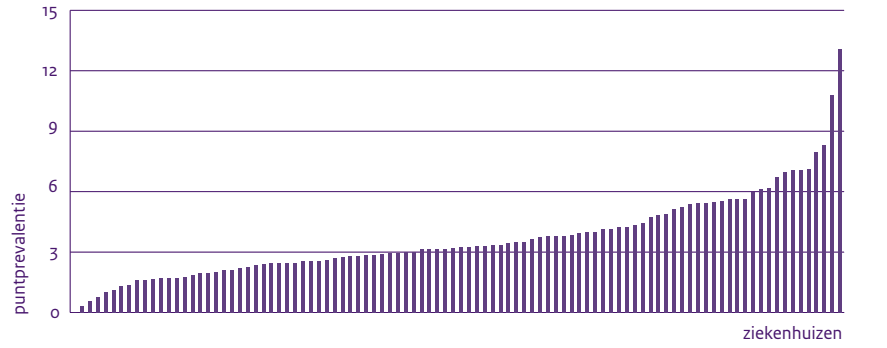
Figuur 1.1
Decubitusregistratie volgens LPZ (n=97)



97 ziekenhuizen beschikken over een registratiesysteem. Hiervan registreren 59 ziekenhuizen volgens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), 38 ziekenhuizen volgens een ander systeem. In meer dan de helft van de ziekenhuizen (57) was in 2009 een consulent betrokken bij het vaststellen van het aantal gevallen van decubitus.

Figuur 1.2

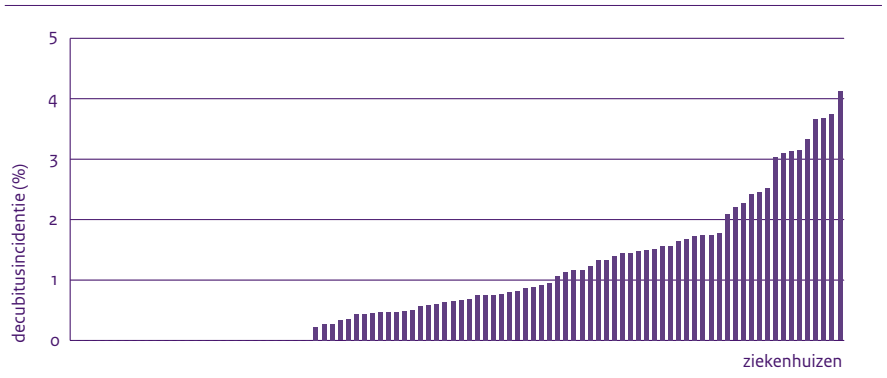
Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed (n=98)



In 98 ziekenhuizen is de decubitusprevalentie in 2009 bekend. De gemiddelde puntprevalentie lag op 3,5% (mediaan is 3,2) met een spreiding van 0 tot 13,1. In totaal zijn er 33.203 patiënten gescreend op decubitus.

Figuur 1.3

Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie (n=96)



96 ziekenhuizen hebben de gegevens bekend gemaakt over decubitusincidentie bij patiënten waarbij de totale heup is vervangen. In 2009 zijn 22.865 patiënten opgenomen voor een totale heupvervanging en gescreend op decubitus.

Aandachtspunten voor decubitus en de daarbij horende indicatoren

Ziekenhuizen kunnen veel doen aan het voorkomen van decubitus. Meer dan 80% van het aantal gevallen is te voorkomen door een gerichte inspanning van decubitus-verpleegkundigen, dermatologen en andere professionals. Had in 1998 nog 1 op de 4 patiënten in algemene ziekenhuizen een vorm van decubitus, in 2004, het eerste jaar van registratie, was dat nog maar 1 op de 10.patiënten. Nu is de prevalentie gedaald tot 3,5%, ongeveer 1 op 30. Deze resultaten geven goed het dynamische karakter van het begrip verantwoorde zorg weer: als een ziekenhuis nu het gemiddelde percentage van twaalf jaar geleden zou hebben, is er duidelijk sprake van onverantwoorde zorg. Decubitus is een pijnlijke en in ernstige gevallen levensbedreigende ziekte. De daling van het aantal gevallen van decubitus zou dus ook merkbaar moeten zijn in lagere sterftecijfers, maar cijfers daarover ontbreken. Deze indicator stimuleert direct de registratie van decubitus, maar het uiteindelijke doel van de registratie kan alleen betere patiëntenzorg zijn.

Coördinator speelt belangrijke rol bij heupoperatie

Decubitus is een veel voorkomende complicatie na een heupoperatie. Andere complicaties zijn ondervoeding en veel pijn. Vaak is een gebroken heup het gevolg van meerdere fysieke en/of psychische aandoeningen zoals botontkalking en delier. De veelheid van problemen vraagt om een professional die al deze problemen integreert bij de behandeling. Het heeft weinig zin om de heup te repareren en vervolgens de ondervoede patiënt met decubitus naar huis te laten gaan. Orthopeden zijn niet altijd de aangewezen coördinatoren van deze zorg. Ziekenhuizen zullen dus andere oplossingen moeten zoeken, die ook goed aansluiten op de thuissituatie. De handreiking van de KNMG over eindverantwoordelijkheid voor medische zorg is hier van toepassing.

Integratie van screeningen noodzakelijk

In ziekenhuizen zijn verschillende groepen verpleegkundigen die actief bijdragen aan de preventie van risico's: decubitus-verpleegkundigen, diëtisten, pijnteams, deliriumteams etc. Tijdens toezichtsbezoeken is waargenomen dat elke groep afzonderlijk informatie verzamelde uit de patiëntgegevens. Elk van deze activiteiten is waardevol, maar drukt wel op het budget van het ziekenhuis. Op den duur zal daarom een geïntegreerde benadering nodig zijn voor succesvolle en economisch haalbare registraties. Ziekenhuizen zullen hierin hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Soms is verantwoorde zorg volhouden ook een zaak van verantwoord organiseren.

2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 2, pagina 23
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren
– Screening op ondervoeding.
– Behandeling van ondervoeding.

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

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

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

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten (volwassenen of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is laag (bij volwassenen minder dan 27%, bij kinderen minder dan 15%) of de screening is afwezig
– 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 of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is hoog (volwassenen meer dan 91%, kinderen 100%)
– Is het totaal 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 percentage patiënten met voldoende eiwitinname (volwassenen en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is laag of onbekend (volwassenen minder dan 20%, kinderen 0%)
– Waarom screent het ziekenhuis?
– Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
– Wat is het beleid voor het verzorgen van patiënten op de afdeling?
– Wat zijn de criteria voor het inschakelen van een diëtiste?
– Hoe zijn de percentages over de afdelingen verdeeld?
– Wat is het beleid voor het ontslaan van patiënten met actieve zorgproblemen?
– Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten met voldoende eiwitinname (volwassenen en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is hoog (volwassenen hoger dan 90%, 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?

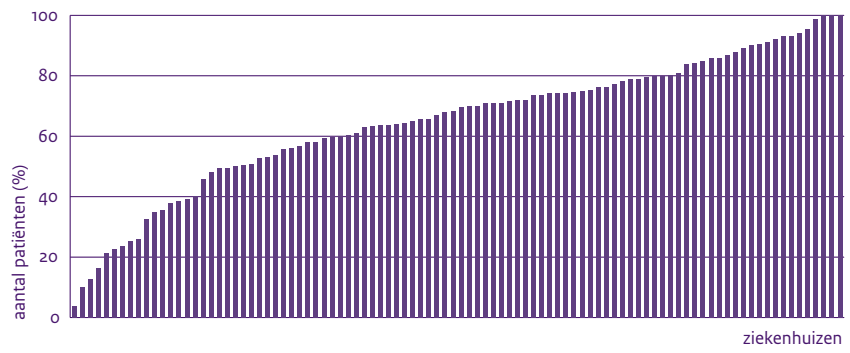
Legt het ziekenhuis de gegevens niet elektronisch vast?
– Heeft het ziekenhuis het percentage daadwerkelijk gemeten?
– Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten dat is gescreend is hoog en het percentage gescreende patiënten met heup-vervanging is onbekend
– Op welke afdelingen wordt niet gescreend?
– Hoe verklaart het ziekenhuis dit resultaat?
– Wat is het beleid voor het screenen van patiënten op risico's?
– Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?

Resultaten

Figuur 2.1

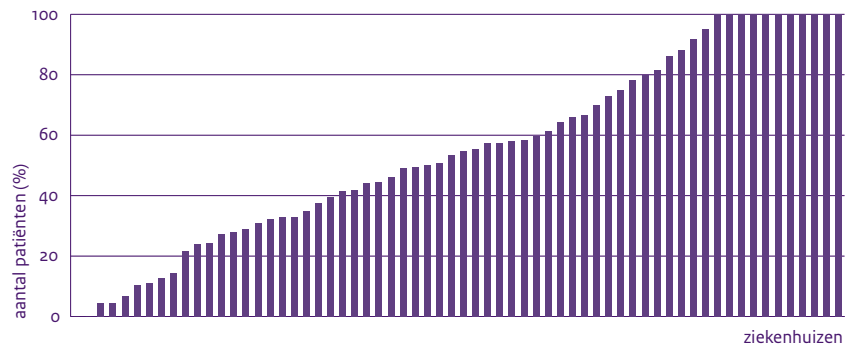
Percentage op ondervoeding gescreende volwassen patiënten (n=96)



In totaal zijn er in 2009 ruim 880.000 patiënten opgenomen. Hiervan zijn bijna 530.000 patiënten gescreend op ondervoeding (65%). Gemiddeld was 4,9% van de onderzochte patiënten matig ondervoed (26.048 patiënten) en 13,9% ernstig ondervoed (74.324 patiënten).
De mediaan voor matig ondervoede patiënten was 4,9% (met een spreiding van 0 tot 24,3) en voor ernstig ondervoede patiënten 14,9% (spreiding van 1,1 tot 35,4).

Figuur 2.2

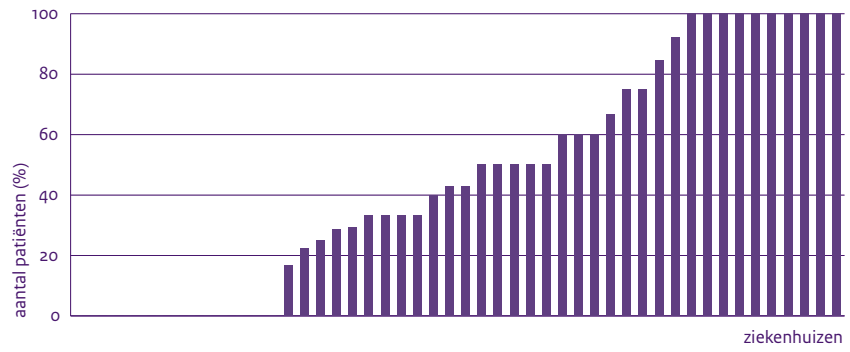
Percentage op ondervoeding gescreende kinderen (n=64)



In totaal zijn er in 2009 bijna 70.000 kinderen klinisch opgenomen; 30.000 van hen werden bij opname gescreend op ondervoeding (54,8%). In totaal bleken 3.280 kinderen klinisch ondervoed te zijn (10,8%).

Figuur 2.3

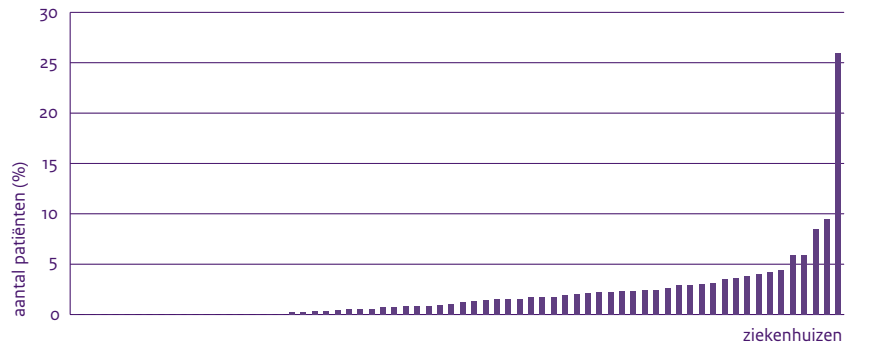
Percentage patiënten met een totale heupvervanging en een adequate eiwitinname (n=48)



In 58 ziekenhuizen was het percentage ernstig ondervoede patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend. Gemiddeld 41,5% van de ernstig ondervoede patiënten had een adequate eiwitinname, waarbij de mediaan 37,6 was.

Figuur 2.4

Percentage ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervanging (n=68)



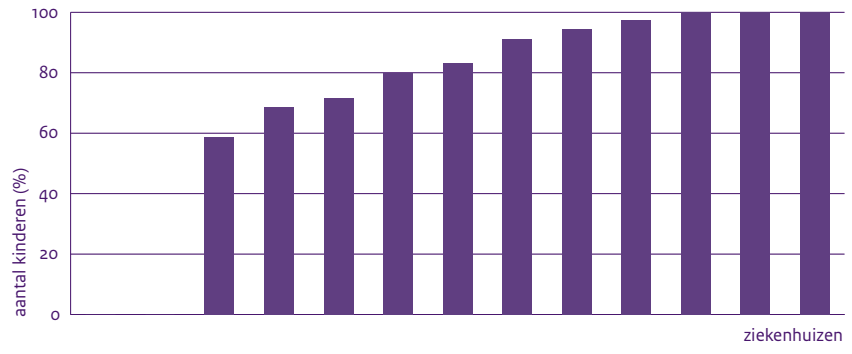
In totaal werden ruim 15.466 patiënten opgenomen voor een totale heupvervanging. Het totaal aantal bij opname ernstig ondervoede patiënten bedroeg 296 (2%).

Figuur 2.5

Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname (n=58)

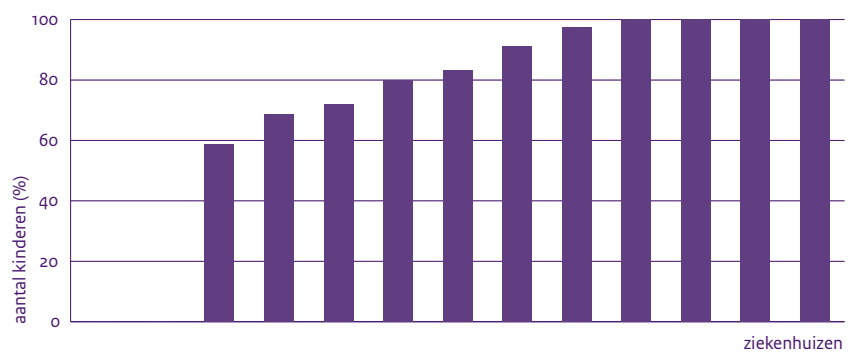
Figuur 2.6

Percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname (n=13)



Figuur 2.7

Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname (n=13)



In 13 ziekenhuizen was het aantal kinderen met ondervoeding op dag 5 bekend in combinatie met het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwit- en energie-inname. In totaal had 72,7% van deze kinderen een adequate eiwitopname en energie-inname (mediaan 83,3).
In 3 ziekenhuizen was het percentage ondervoede kinderen met zowel een adequate eiwitinname als adequate energie-inname 100%. Dit betreft zeer kleine aantallen patiënten (1-4).

Aandachtspunten voor ondervoeding en de daarbij horende indicatoren

Screenen is bedoeld om via een korte procedure patiënten onder te verdelen in een groep met veel en met weinig risico op een probleem. Verpleegafdelingen kunnen door te screenen met een paar korte vragen bepalen aan welke patiënten ze extra aandacht moeten besteden. Screenen heeft vooral zin om patiënten met een vrij zeldzaam of slecht zichtbaar probleem te vinden in een relatief grote populatie. Bij de invoering van deze indicator vond er bij de inspectie een discussie plaats of gescreend moest worden op ondervoeding bij patiëntengroepen met een hoog risico (heupfractuur en COPD) of op ondervoeding bij álle patiënten, dus ook die met een laag risico. In de eerste groep is het probleem vooral dat de ondervoeding niet direct zichtbaar is en dat de kans op een niet herkende ondervoeding groot is. Daardoor kan snel de indruk ontstaan dat het probleem kleiner is dan in werkelijkheid. De opvang van ondervoede patiënten moet bij deze groep patiënten onderdeel zijn van het reguliere beleid. In de tweede groep gaat het erom dat je een simpel instrument inzet voor alle patiënten. Het doel is hier om patiënten op te sporen die anders gemist zouden worden.

Het screenen in alle ziekenhuizen doorgedrongen

Op dit moment wordt tweederde van alle patiënten die zijn opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen gescreend. Dat is een duidelijke toename ten opzichte van 2008 en een spectaculaire toename ten opzichte van 2007. Ook is het aantal opnames dat opgegeven wordt toegenomen van 750.000 naar 880.000. Een beperkt aantal ziekenhuizen screent alleen patiënten in het kader van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. De IGZ vindt deze eendagsmeting geschikt om de omvang van het ondervoedingsprobleem vast te stellen, maar ongeschikt als screeningsprogramma voor de behandeling van patiënten.
In de toekomst zal de inspectie deze ziekenhuizen dan ook beoordelen alsof zij niet screenen. Ziekenhuizen moeten immers niet beoordeeld worden op basis van het aantal patiënten dat bij opname ondervoed is, maar op de inspanning die ziekenhuizen verrichten om ondervoede patiënten te vinden en te behandelen.

Behandelen van ondervoeding vraagt meer dan het aanbieden van voedsel

In Nederland wordt ondervoeding niet veroorzaakt door gebrek aan voedingsmiddelen, maar door onvoldoende of slecht samengestelde voedselinname, ziekte en onvoldoende eetlust. Het verbeteren van de voedingstoestand vraagt dan ook een inspanning van het ziekenhuis. Het succes van deze inspanning wordt bepaald met de indicator behandeling van ondervoeding. De indicator vraagt hoeveel ondervoede patiënten die op vier meetdagen aanwezig zijn met succes gevoed zijn. Dat percentage varieert enorm tussen ziekenhuizen. Maar belangrijker is het aantal patiënten waarvan het succes van de behandeling bekend is. Ook dat varieert gigantisch. Het ziekenhuis in Goes is bijvoorbeeld bekend met de voedingstoestand van 101 patiënten op de vier meetdagen, het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht met 4. Beide ziekenhuizen hebben een percentage ondervoede patiënten rond de 10%. Dat Goes vervolgens een lager percentage succesvolle behandelingen heeft bij 101 patiënten dan Dordrecht bij de 4 is een logische uitkomst.
Bij de behandeling van ondervoeding kijkt de inspectie ook naar de opnameduur. Veel ziekenhuizen ontslaan binnen korte tijd hun patiënten. De inspectie wil in die gevallen weten hoe het ziekenhuis verantwoorde thuiszorg waarborgt.

Screening van kinderen in veel ziekenhuizen onder de maat

In 2009 vond een discussie plaats over de mogelijkheid om te onderzoeken of kinderen ondervoed zijn. Een van de aanbevolen methoden is het volgen van een groeicurve. Het groeiproces van kinderen is een van de essentiële aspecten die kindergeneeskunde onderscheidt van zorg voor volwassenen. Het mag dan volgens de inspectie ook van een afdeling kindergeneeskunde verwacht worden dat zij in staat is om de groei goed bij te houden. Dat ruim 30 kinderafdelingen melden niet in staat te zijn om te screenen (en 64 wel) is dan ook zorgelijk en zou voor de IGZ aanleiding kunnen zijn een onderzoek naar het functioneren van de afdeling te starten. Het ontbreken van een methode voor screening is daarbij volgens de NVK geen excuus meer.
De verhouding tussen ziekenhuizen die gegevens hebben over gescreende en behandelde jonge patiënten en zij die dat niet hebben is duidelijk slechter dan bij volwassenen.
Overigens geven veel ziekenhuizen een toelichting waarin zij melden dat ze wel goede zorg leveren aan ondervoede kinderen. De bewaking van ondervoeding is duidelijk nog in ontwikkeling in de Nederlandse ziekenhuizen. De inspectie heeft inmiddels het instrument STRONGkids opgenomen in de Basisset voor 2011.

3 Medicatieveiligheid

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 3, pagina 23
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

1 Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag.
2 Vrijgifte van cytostatica.

Belang van de indicator

Medicatiefouten zijn van grote invloed op de patiëntveiligheid. Binnen het hele proces van voorschrijven, gereed maken, ter hand stellen en toedienen van medicijnen zijn veel momenten waarop een fout kan optreden. Door een goed medicatieveiligheidsbeleid te ontwikkelen met daarin aandacht voor de patiënt, het geneesmiddel én het proces kunnen ziekenhuizen risico's tijdig onderkennen en vermijden.
Bij het opstellen van de prestatie-indicator medicatieveiligheid is gekozen voor cytostatica (ter behandeling van kanker) als groep van risicogeneesmiddelen. Bij dit medicament is de kans dat een fout niet wordt opgemerkt klein, maar het risico op schade voor de patiënt groot.

In het verleden werd de inspectie bij herhaling geconfronteerd met calamiteiten door fouten met cytostatica. Eind 2005 publiceerde zij daarom een circulaire[1] met maatregelen om deze doseringsfouten te voorkomen. Door de keuze voor cytostatica kan de indicator worden betrokken bij het oordeel over de veiligheid van de behandeling van de héle groep kankerpatiënten. Vrijgifte van een bereiding door een apotheker is daarbij een minimum-norm. Technisch gesproken houdt dat in dat, wanneer dit niet gebeurt, het ziekenhuis geen verantwoorde zorg levert.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

De vrijgifte van cytostaticakuren gebeurt niet of niet altijd door de apotheker
– Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan eisen rond verantwoorde zorg bij het vrijgeven van bereidingen (ook van niet-cytostatica)?
– Indien het ziekenhuis aangeeft onvoldoende bereidingen uit te voeren van inzet van een apotheker te rechtvaardigen; Beschouw het ziekenhuis als een laagvolume ziekenhuis (hoofdstuk 8).

[1] www.igz.nl/publicaties/circulaire/circulaires2005. Deze circulaire wordt binnenkort opnieuw uitgebracht.

Het totaal aantal bereidingen is hoog (in 2009: meer dan 14.000 bereidingen)
– Op welke wijze is het aantal kuren bepaald?
– Welke reguliere toetsen voert het ziekenhuis uit op binnenkomende aanvragen?

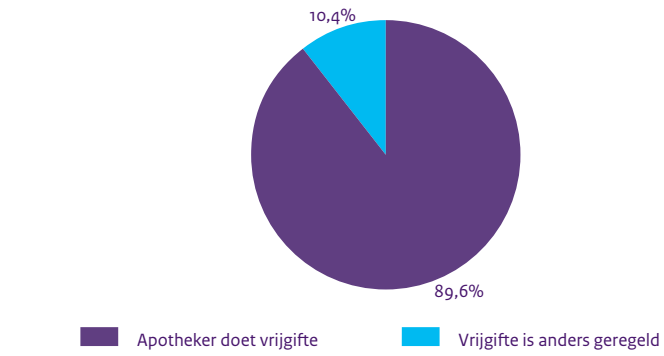
Het totaal aantal bereidingen is laag (voor 2009: minder dan 2500 bereidingen)
– Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de kwaliteit van zeldzame bereidingen?

Het ziekenhuis neemt geen steekproef ter controle op volledigheid van de aanvragen en vermeld in de toelichting dat alle formulieren altijd volledig ingevuld zijn
– Kan het ziekenhuis de map met cytostatica-aanvragen ter inzage geven?
– Op welk moment in het proces wordt de volledigheid van de aanvragen beoordeeld?
– Welke procedure volgt het ziekenhuis bij het insturen/ontvangen van een onvolledige aanvraag?
  - Wanneer vindt toetsing plaats van een aanvraag voor de indicator?

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

Figuur 3.1

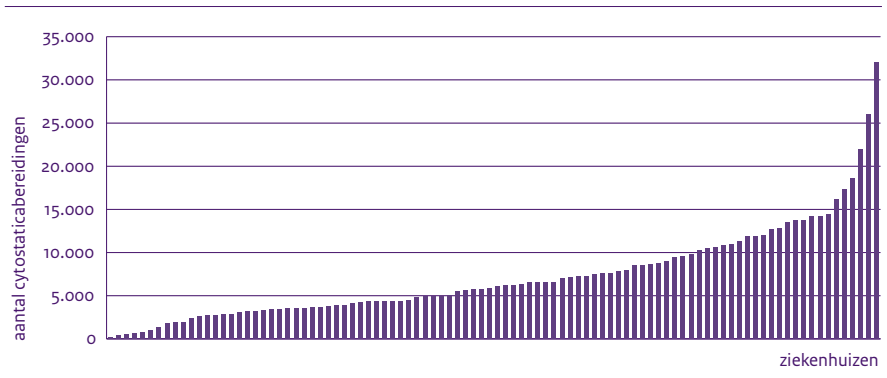
Vrijgifte van cytostatiakuren (n=96)



In 86 van de 96 ziekenhuizen worden cytostaticakuren formeel vrijgegeven door de apotheker. In 10 ziekenhuizen is dit anders geregeld. Uit de toelichtingen van deze ziekenhuizen blijkt niet dat zij voldoen aan de minimale eisen voor patiëntveiligheid op dit terrein.

Figuur 3.2

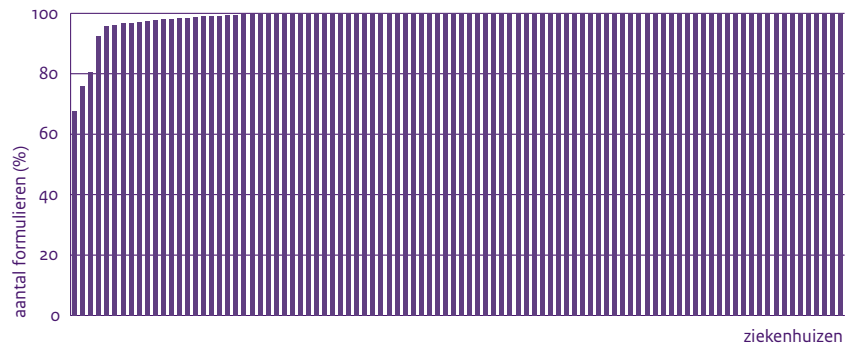
Aantal cytostaticabereidingen (n=96)



In 96 ziekenhuizen vonden in totaal 694.488 cytostaticabereidingen plaats in 2009. Het aantal cytostaticabereidingen liep uiteen van 187 tot 32.000 (gemiddeld 7.234).

Figuur 3.2

Percentage volledig ingevulde aanvraagformulieren cytostatica (n=96)



In 28 ziekenhuizen is geen steekproef genomen ter controle op volledigheid, omdat alle formulieren altijd volledig ingevuld zijn. In de toelichting geven deze ziekenhuizen veelal aan dat de apotheek geen onvolledige formulieren in behandeling neemt of niet vrijgeeft voor het formulier volledig is. Van de 68 ziekenhuizen die wél een steekproef namen, geven er 45 aan dat eveneens 100% van de onderzochte formulieren volledig ingevuld was. In de overige 23 ziekenhuizen was tussen de 67 en 99% van de formulieren compleet ingevuld.

Aandachtspunten voor de cytostaticabereiding en de daarbij horende indicatoren

Voor het berekenen van de juiste dosering cytostaticum zijn gegevens als gewicht en lengte van een patiënt essentieel. Bij het definiëren van de indicator heeft de inspectie het ontbreken van deze gegevens als risico benoemd, omdat het tot een verkeerde dosering kan leiden. Uit de resultaten van 2009 blijkt dat het merendeel van de Nederlandse ziekenhuizen deze patiëntgegevens op essentiële momenten beschikbaar heeft.

Formulieren volledig ingevuld, maar vaak pas na aandringen

Vrijwel alle ziekenhuizen halen een uitslag van 100% bij deze indicator. Als deze score inhoudt dat de apotheek op het juiste moment over de essentiële gegevens voor het berekenen van een cytostaticumdosering beschikt, vindt de inspectie dat positief. Veel ziekenhuizen vermelden in de toelichting dat de apotheek net zo lang belt met de betrokken afdeling tot alle gegevens compleet zijn. Dat maakt de uitslag geloofwaardig. Desondanks is het de vraag of dit resultaat ertoe bijdraagt dat formulieren direct volledig ingevuld worden. Dit zal moeten blijken uit de gesprekken met de instellingen. Het gelijk volledig invullen van het formulier is niet alleen van belang voor de efficiëntie van het proces. Gegevens die ontbreken in de aanvraag zijn vaak moeilijk(er) te vinden in de status. Gegevens die later opgezocht worden, kunnen fouten bevatten of verouderd zijn.

Meetmoment bepaalt grotendeels uitslag

Uit de resultaten van 2009 blijkt verder dat het moment van het bepalen van de gegevens belangrijk is voor de uitslag. Als het doel van de indicator externe verantwoording is, kunnen de indicatorgegevens verzameld worden na het opsporen van ontbrekende gegevens in de aanvraag. Voor verantwoorde zorg dienen op het moment van de berekening alle gegevens aanwezig te zijn. Het aantal volledig ingevulde formulieren is dan ook hoog. Als het doel interne kwaliteitsverbetering is, is het moment waarop de aanvraag binnenkomt geschikter voor het meten van indicatorgegevens. De kans dat feedback leidt tot een systematische kwaliteitsverbetering is dan veel groter. Veel (maar niet alle) ziekenhuizen maken in hun toelichting op de gegevens duidelijk welk moment gekozen is. Dit is dan ook een indicator die zonder toelichting niet te beoordelen is.

Vrijgifte van cytostatica

Cytostatica moeten voldoen aan specifieke technische kwalificaties. Daarnaast moet de dosering van een cytostaticum op maat worden gemaakt voor de betreffende patiënt en in lijn met het kuurschema. Dit vereist dat bereidingen plaatsvinden onder gecontroleerde (fysieke) omstandigheden en de patiënt het cytostaticum niet eerder krijgt toegediend dan nadat de apotheker de bereiding expliciet heeft vrijgegeven.
Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat de vrijgifte anders georganiseerd is. Nader onderzoek is nodig in deze ziekenhuizen om te kunnen beoordelen of de vrijgifte voldoet aan de eisen voor verantwoorde zorg.

4 Zorg ICT

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 4, pagina 36
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

– Beschikbaarheid van elektronische gegevens en procesondersteunende ICT.

Belang van de indicator

In de zorg is een goede informatievoorziening van levensbelang: zorgverleners hebben goede data nodig om essentiële besluiten te nemen. Hoe meer data elektronisch beschikbaar is hoe beter. Het eerste onderdeel van de indicator gaat daarom over het inzien van data, ofwel de inzagefunctie. Daarnaast ondersteunt ICT belangrijke processen, bijvoorbeeld door het bewaken van het medicatieproces, of door het plannen van afspraken. In de indicator heet dit de procesondersteunende functie, waarbij het gaat over het al dan niet interactief invoeren van gegevens, vaak gericht op het ondersteunen van processen.

Dat het hier om twee verschillende processen gaat, blijkt wel uit de uiteenlopende resultaten van de functies. Alle inzagefuncties zijn in meer dan 80% van de ziekenhuizen aanwezig, alle procesondersteunende functies zijn maar in één ziekenhuis aanwezig. In beide indicatoren telt de inspectie de aanwezigheid van specifieke functies. Medicatiegegevens worden als aparte groep benoemd, omdat volledigheid van deze informatie essentieel is voor een goede medicatiebewaking.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het aantal medicatiefuncties is laag (voor 2009 0% op de polikliniek)

– Welke waarborg biedt het ziekenhuis voor het goed bewaken van het medicatieproces?
– Hoeveel medicatiefouten zijn er bekend waarbij het ontbreken van medicatie-informatie een rol heeft gespeeld?

Het aantal procesondersteunende functies is laag (voor 2009 2 of minder)

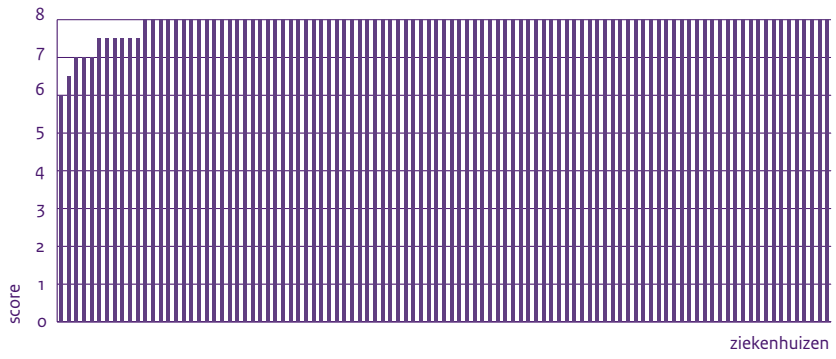
– Wat is het beleid omtrent het ondersteunen van het zorgproces met ICT?

Het aantal procesondersteunende functies is hoog (voor 2009 10 of meer)

– Welke waarborgen biedt het ziekenhuis voor een goede informatiebeveiliging? Maakt het ziekenhuis gebruik van de norm NEN 7510 (over informatiebeveiliging binnen de zorg)?

Figuur 4.1

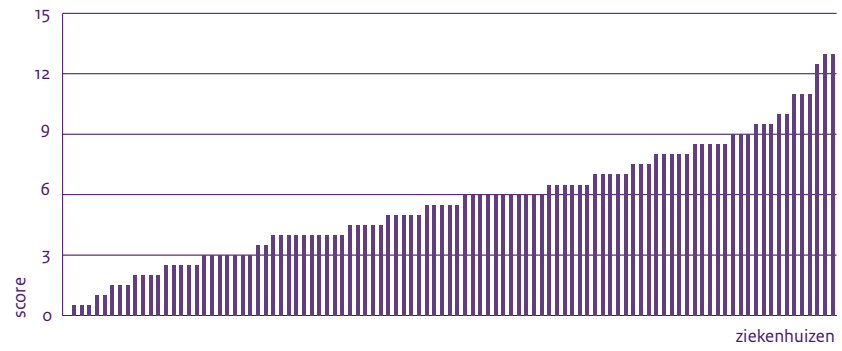
Score voor inzage van gegevens op de verpleegafdeling (n=101)



Alle 101 ziekenhuizen hadden meerdere inzagefuncties op de polikliniek en de verpleegafdeling. In totaal waren 8 functies mogelijk: administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden. De score voor inzage in geautomatiseerde gegevens varieerde van 6 tot 8 met een gemiddelde van 7,9 (mediaan is 8). De laagste score voor een algemeen ziekenhuis was 7. 87 ziekenhuizen haalden de maximale score van 8 voor de polikliniek, 90 ziekenhuizen voor de verpleegafdeling. Dit betekent een volledige elektronische inzage van alle gegevens.

Figuur 4.2

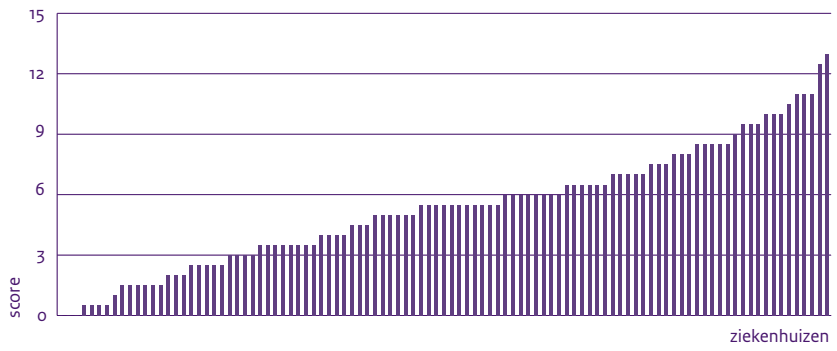
Score voor invoer van gegevens op de polikliniek (n=101)



Voor de invoerfuncties van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens op de polikliniek hanteert de inspectie een maximum van 13 functies. 2 ziekenhuizen behaalden deze score van 13, 1 ziekenhuis kwam tot 12,5. Als een functie maar in een deel van het ziekenhuis is ingevoerd, wordt deze voor de helft meegeteld (bijvoorbeeld als alleen op één bepaalde afdeling inzage mogelijk is). 1 ziekenhuis had geen invoerfuncties en scoorde 0 punten. Gemiddeld scoorden ziekenhuizen 5,6 punten voor de beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de polikliniek (mediaan is 5,5).

Figuur 4.3

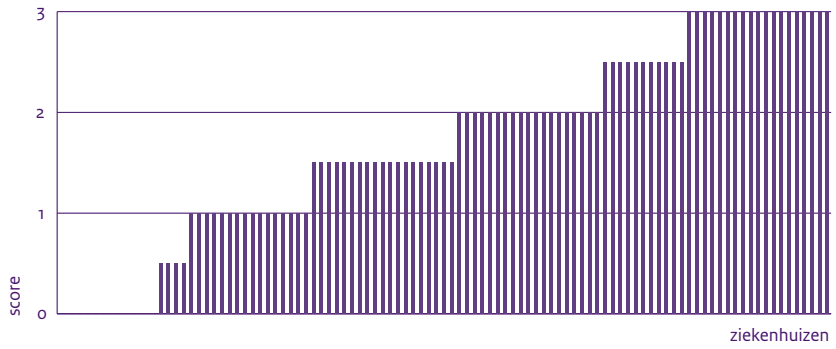
Score voor invoer van gegevens op de verpleegafdeling (n=101)



Ook voor de verpleegafdeling geldt voor de invoerfuncties van geautomatiseerde procesondersteunende gegevens een maximum van 13 functies. Deze score werd door 1 ziekenhuis behaald. 3 ziekenhuizen hadden geen invoerfuncties op de verpleegafdeling en scoorden 0 punten. Ziekenhuizen scoorden voor procesondersteunende ICT op de verpleegafdeling gemiddeld 5,3 (mediaan is 5,5).

Figuur 4.4

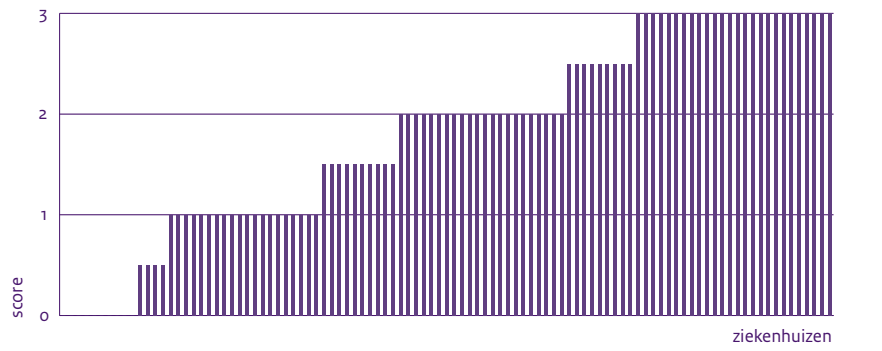
Score voor invoer van medicatiegegevens op de polikiniek (n=101)



Binnen de 101 ziekenhuizen varieerde het aantal inzagefuncties in geautomatiseerde medicatiegegevens op de polikliniek van 0 tot 3. Het gemiddelde was 1,7 (mediaan 1,5). 13 ziekenhuizen hadden geen inzage in de medicatiegegevens op de polikliniek. Daar staat tegenover dat 19 ziekenhuizen een volledige inzage hadden.

Figuur 4.5

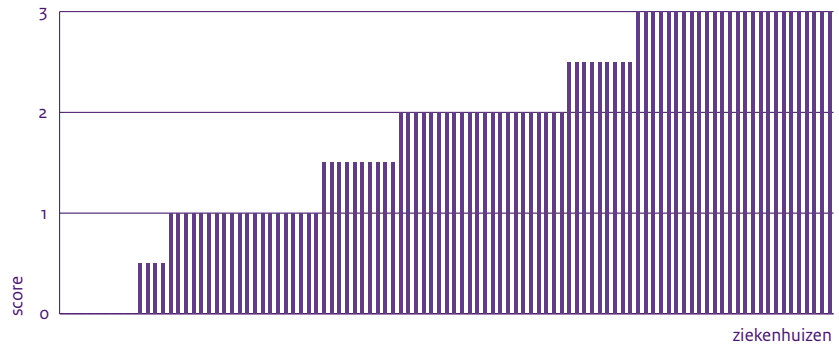
Score voor invoer van medicatiegegevens in de ziekenhuisapotheek (n=100)



Voor de ziekenhuisapotheek varieerde het aantal inzagefuncties van medicatiegegevens van 0 tot 3 met een gemiddelde van 2,1 (mediaan 2). 3 ziekenhuizen hadden geen inzage in de ziekenhuisapotheek. 37 ziekenhuizen hadden een volledige inzage.

Figuur 4.6

Score voor invoer van medicatiegegevens op de verpleegafdeling (n=101)



Op de verpleegafdeling varieerde het aantal invoerfuncties van medicatiegegevens van 0 tot 3. Het gemiddelde was 1,8 (mediaan 2). 10 ziekenhuizen hadden geen inzage in deze gegevens. 26 ziekenhuizen hadden volledige inzage in medicatiegegevens.

Aandachtspunten voor ICT en de daarbij horende indicatoren

ICT doet langzaam maar zeker haar intrede in de ziekenhuiszorg. De inspectie heeft de indruk dat bepaalde functies zich wel in korte tijd over ziekenhuizen hebben verspreid. Denk bijvoorbeeld aan de toename van systemen voor het digitaal communiceren van beelden (PACS). Desondanks ervaart de inspectie soms problemen bij het toezicht op ziekenhuizen. De zorg stelt zo veel eisen aan de kwaliteit, de beschikbaarheid en de actualiteit van informatie, dat zorgverleners daar zonder ICT simpelweg niet aan kunnen voldoen. Tegelijk zijn er vele manieren om informatie te bemachtigen, ICT is er daar maar een van. Het is een dilemma voor de toezichthouder om aan de ene kant de noodzaak van verdere informatisering te zien en aan de andere kant van de stoel van de bestuurder af te blijven. Uiteindelijk is het zíjn verantwoordelijkheid op welke wijze de informatievoorziening wordt ingevuld.

Ondersteuning veilig medicatiegebruik nog niet in ieder ziekenhuis

Geautomatiseerde ondersteuning is belangrijk voor een veilig voorschrijfbeleid. Toch zijn er in Nederland een aantal ziekenhuizen die het interne dataverkeer voor medicatie-informatie en het medicatieproces zelf niet hebben geautomatiseerd. Aangezien medicatiefouten nog steeds voorkomen en vaak te maken hebben met een slechte informatie-overdracht, stimuleert de inspectie het gebruik van een elektronisch medicatiedossier. Voor medicatieoverdracht bestaat een duidelijke door de veldpartijen afgesproken richtlijn. Een elektronisch medicatiedossier en een EVS maken het voor een ziekenhuis ook veel eenvoudiger om aan deze norm te voldoen. Bovendien zijn interacties tussen medicatie alleen goed te bewaken met een elektronisch voorschrijfsysteem, zeker bij complexe patiënten. In bijna alle huisartsenpraktijken is dat gemeengoed, in te veel ziekenhuizen nog niet.

Gebrek aan normen voor ondersteuning vormt een risico

De indicator procesondersteuning laat zien hoe het staat met de investeringen van ziekenhuizen in ICT. Op dit moment zijn er echter geen normen voor de mate van ondersteuning. Dat maakt dat het moeilijk te bepalen is of er voldoende ondersteuning aanwezig is om die informatie over te dragen die nodig is om veilig zorg te kunnen verlenen. Uit meldingen en thematische toezichtonderzoeken blijkt dat het gebrek aan informatie duidelijke risico's met zich mee brengt. De inspectie zal in de Staat van de Gezondheidszorg 2011 hierover een standpunt openbaar maken.

5 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities vinden u in de basisset van 2009 hoofdstuk 5, pagina 41
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

– Surveillance van ziekenhuisinfecties.

Belang van de indicator

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

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert geen enkele surveillance uit

– Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de veiligheid op het gebied van ziekenhuisinfecties?
– Welke risico's worden door het ziekenhuis actief bewaakt?

Het ziekenhuis voert één type surveillance uit

– Hoe is de keuze voor dit type toezicht tot stand gekomen?
  - Welke risico's heeft het ziekenhuis afgewogen?
  - Heeft het ziekenhuis wel eens andere typen van surveillance uitgevoerd? Zo ja, wanneer?
  - Hoe houdt het ziekenhuis zicht op andere risico's?

Het ziekenhuis voert alle typen surveillance uit

– Hoe komt de keuze voor het uitvoeren van een surveillance tot stand?

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

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

Resultaten

Antwoord	Incidentie-metingen voor beademing gerelateerde pneumonie	Incidentie-metingen voor centralelijn-gerelateerde sepsis	Incidentie-metingen voor postoperatieve wondinfecties	Incidentie-metingen voor voor wond-infecties na hartchirurgie
Geen metingen	62	59	6	5
Via PREZIES	3	13	59	2
Eigen meting	10	15	17	7
Via PREZIES en eigen meting		1	11	2
n.v.t.	17	5	1	78
Eindtotaal	**92**	**93**	**94**	**94**

De meeste ziekenhuizen (87) nemen deel aan een vorm van incidentiemeting van postoperatieve wondinfecties. Van 6 ziekenhuizen is bekend dat ze geen surveillance op dit gebied uitvoeren. PREZIES is daarbij de standaard. Surveillance van sepsis is qua omvang de tweede groep. 29 ziekenhuizen surveilleren, waarvan 14 geheel of gedeeltelijk via het PREZIES-netwerk. Bij wondinfecties na hartchirurgie en beademingsgerelateerde pneumonie voeren de meesten (respectievelijk 7 van de 11 en 10 van de 13) een meting volgens eigen methode uit.

Aandachtspunten voor surveillance van ziekenhuisinfecties en de daarbij horende indicator

Ziekenhuisinfecties vormen een reële bedreiging voor de volksgezondheid. Niet alleen de grote aantallen, maar ook de diverse aard van infecties maken het voor een ziekenhuis onmogelijk álle mogelijke bedreigingen te surveilleren; er zou geen tijd meer overblijven voor andere essentiële taken van de afdeling infectiepreventie. Aan de andere kant is het jaren surveilleren op één gebied bij een klein aantal ingrepen ook niet voldoende. De situatie bij deze ingrepen is na verloop van tijd en na een aantal interventies niet meer representatief voor de risico's die de andere patiënten lopen. Kortom: een goed beleid voor het verdelen van de aandacht van de surveillance is belangrijk. Het ziekenhuis zal duidelijk moeten maken op grond van welk specifiek risico gekozen is voor het pakket aan veiligheidsmaatregelen in het algemeen en infectiepreventiemaatregelen in het bijzonder. De inspectie gaat daarbij niet op de stoel van het ziekenhuisbestuur zitten. De Raad van Bestuur beslist over de doelen en de prioriteiten op basis van gegevens waarmee het ziekenhuis aan de samenleving kan aantonen dat ze goede zorg levert.

Verschillende manieren voor surveillance, PREZIES is de standaard

Door het infectiepercentage bij te houden kan een ziekenhuis bepalen of ergens ingegrepen moet worden. Het vaststellen van dit percentage kan op verschillende manieren. Een ziekenhuis kan een bepaalde periode gegevens uit het eigen ziekenhuis verzamelen. Ziekenhuizen die hiervoor kiezen hebben veel vrijheid in het inrichten van de eigen surveillance, maar moeten een lange periode data registreren om trends te kunnen onderscheiden. Een andere manier om het infectiepercentage vast te stellen is door data uit het ziekenhuis te vergelijken met landelijke standaarden. Veel ziekenhuizen nemen deel aan het landelijke PREZIES-netwerk, waarmee zij redelijk snel hun eigen data kunnen vergelijken. Overigens is een combinatie van bovenstaande manieren ook mogelijk. Welke manier een ziekenhuis kiest, maakt voor de inspectie geen verschil. Wél is het belangrijk dat een ziekenhuis transparant is over de gemaakte keuzes en de methode verantwoorde infectiepreventie mogelijk maakt.

Uitkomstresultaten nog niet beschikbaar, indicator relatieve achterblijver

Bij de start van het PREZIES-netwerk in 1992 werd grote waarde gehecht aan de totale vertrouwelijkheid van de uitkomsten. De belangrijkste overweging daarbij was dat specialisten deelname van het ziekenhuis zouden tegenhouden als de gegevens gepubliceerd zouden worden. Desondanks publiceerde een aantal ziekenhuizen en maatschappen hun eigen resultaten. Over andere onderdelen van de zorg was veel minder publieke informatie beschikbaar. Inmiddels neemt het aantal publieke gegevens over de zorg gestaag toe, deels vrijwillig, deels door afspraken over transparantie. Infectiepreventie is nu een onderwerp waar relatief weinig gegevens over gepubliceerd worden. Het LUMC publiceert nu de resultaten van de cardiochirurgische registratie in de toelichting op de indicator. Mogelijk is dat het begin van een inhaalslag.

Onbedoelde strikvraag over incidentie blaasinfectie eerlijk beantwoord

De inspectie voorzag bij het opstellen van deze indicator dat PREZIES een module voor de incidentie van blaasinfecties zou invoeren. Met een indicator kon de inspectie de invoering van de module publiek volgen. Toen in 2009 bleek dat PREZIES deze module toch niet ging ontwikkelen, was de indicator al meer dan een jaar gepubliceerd. Geen enkel ziekenhuis kon dus naar waarheid melden aan de module deel te nemen en deed dat ook niet. Van mogelijk sociaal wenselijk invullen van de indicator is dus geen sprake.

6 Complicatieregistratie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 6, pagina 44
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

– Complicatieregistratie.

Belang van de indicator

Een goede complicatieregistratie draagt bij aan verantwoorde zorg. Door ongewenste uitkomsten van zorg bij te houden, kan een ziekenhuis patronen herkennen die anders over het hoofd worden gezien. Het goed bespreken van de resultaten kan aanknopingspunten opleveren om de zorg te verbeteren. Voorbeelden van complicatieregistraties zijn infectiesurveillance (hoofdstuk 5), visitatie en de specifieke systemen voor analyse van pacemakers (hoofdstuk 15, DIPR), de colorectale audit (hoofdstuk 10, DSCA), cataractregistratie (hoofdstuk 19) en NICE voor intensive care (hoofdstuk 12). Dit hoofdstuk biedt een overzicht van alle registraties die een ziekenhuis kan voeren. Met deze indicator kan de inspectie een beoordeling maken van de cultuur in een ziekenhuis op het gebied van het evalueren van zorg.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het aantal registraties is laag (voor 2009 minder dan 87%)

– Welk beleid heeft het ziekenhuis voor de registratie van complicaties?
– Welk beleid voert de medische staf?
– Hoe gaat het ziekenhuis om met vakgroepen die complicaties niet registreren?

Het aantal registraties is hoog (voor 2009: 100%)

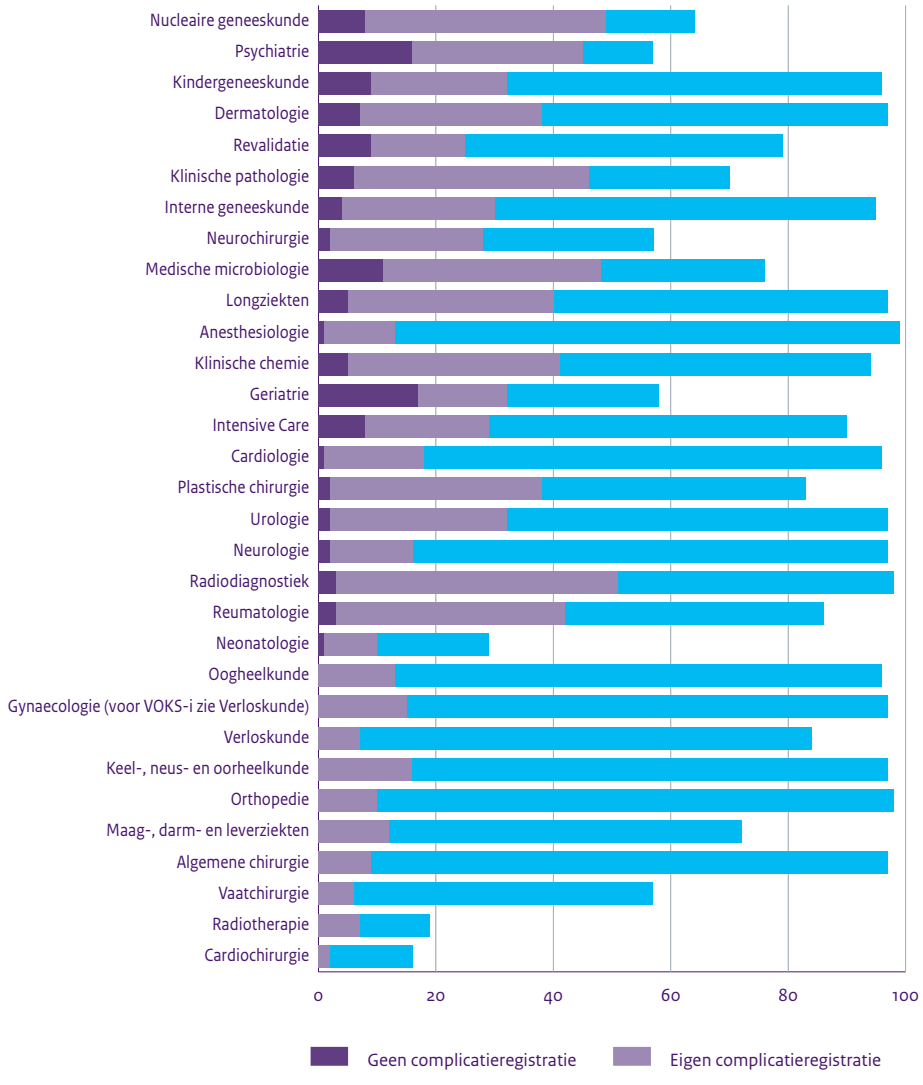
– Welk beleid heeft het ziekenhuis voor de registratie van complicaties?
  - Worden er door het ziekenhuis minimale eisen gesteld aan de kwaliteit van de registraties?
– Welk beleid voert de medische staf hierin?
  - Welke minimale eisen worden er door de staf gesteld aan de kwaliteit van de registraties?

De vakgroep Plastische chirurgie, Urologie of Neurochirurgie heeft geen complicatieregistratie

– Wat is het beleid voor het toelaten van specialisten tot het ziekenhuis?
  - Welke minimale kwaliteitseisen stelt het ziekenhuis?
  - Bij welke landelijke ontwikkelingen moet een vakgroep zich aansluiten?

Figuur 6.1

Beschikbaarheid van complicatieregistraties per specialisme (absolute aantallen)



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

Aandachtspunten voor complicatieregistraties en de daarbij horende indicator

De IGZ hecht veel waarde aan het principe van de complicatieregistratie. De grote hoeveelheid (70 in totaal) en diverse aard van de registraties verzameld in deze indicator vertroebelen echter het beeld. Ook is het ondoenlijk om van al deze registraties te controleren of de aanvullende gegevens correct zijn. Kortom: in deze vorm bereikt de indicator niet langer zijn doel. De inspectie acht daarom een hervorming noodzakelijk en zal zich meer gaan richten op de individuele registraties ingebed in indicatoren gericht op een specifiek gebied. Voor vakken als Heelkunde, Urologie en andere is dat beleid al in de basisset voor 2010 ingezet. Dit beleid zal ook gelden voor andere randvoorwaarden voor de zorgverlening, zoals ICT-voorzieningen.

Het aantal registraties de echte indicator

Tussen de Nederlandse ziekenhuizen is grote variatie in het absolute aantal registraties dat zij voeren. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door de omvang van de instelling: hoe kleiner een ziekenhuis, hoe minder zelfstandige specialismen en hoe kleiner het aantal leden van een specialisme. Dit maakt het aantal registraties dat een ziekenhuis kán hebben lager. Dit kan het ook moeilijker maken om voor alle registraties iemand te vinden die de verantwoordelijkheid voor de registratie op zich wil nemen. Overigens is dat in de resultaten niet altijd te zien. Een klein ziekenhuis als dat van Dokkum staat midden in de lijst. Het kleine Havenziekenhuis in Rotterdam heeft zelfs relatief het grootste percentage registraties dat de landelijke specificaties volgt. Om deze reden zal de inspectie de vragen richten op het algemene beleid van het ziekenhuis en de medische staf voor de registratie van complicaties. Het al dan niet hebben van een specifieke registratie opgenomen in deze indicator levert geen inspectie-indicaties op, op enige opvallende uitzonderingen na (zie onder). Het ontbreken van een vraag van de inspectie over een specifieke lokale invulling van een registratie mag dan ook niet worden opgevat als een acceptatie van de door het ziekenhuis gemelde situatie.

Grote verschillen per vakgebied, registraties bij snijdende vakken het verst ingevoerd

Voor de meeste snijdende vakken is de complicatieregistratie zo ingeburgerd dat het ontbreken ervan niet meer voorkomt. Alleen binnen Urologie, Plastische chirurgie en Neurochirurgie bestaat nog een klein aantal groepen zonder registratie. In deze gevallen voldoet het ziekenhuis niet aan de observationele norm die stelt dat voor deze vakken het voeren van een complicatieregistratie state of the art is. Het andere uiteinde van het spectrum vormen Psychiatrie en Geriatrie waar nog een aanzienlijk aantal vakgroepen geen complicatieregistratie bijhoudt. De inspectie verwacht desondanks dat het hebben van een registratie binnenkort ook in deze vakken gemeengoed is. De interne geneeskunde laat zien dat het hebben van een complicatieregistratie ook voor de meer beschouwende vakken de standaard is geworden.

7 Pijn na operatie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 7, pagina 50
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

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

Belang van de indicator

Goede pijnbestrijding speelt een belangrijke rol in het operatieve proces. Voor patiënten is pijnbestrijding belangrijk. Het goed bestrijden van pijn kan complicaties voorkomen en bevordert een spoedig herstel. Desondanks dient de pijnbestrijding in balans te zijn. Iemand kan ook te weinig pijn hebben: een gesedeerde patiënt beleeft geen pijn, maar kan ook niet gemobiliseerd worden, wat bijvoorbeeld de kans op trombose vergroot. Het is voor een individuele patiënt soms moeilijk te beoordelen of de hoeveelheid pijn die hij of zij heeft te veel of te weinig is.
De indicator geeft ook inzicht in de inrichting van het operatieve proces. De hoeveelheid patiënten die zijn opgenomen in de steekproef voor de indicator laat zien hoe ver de informatisering van verpleegafdelingen is gevorderd. De verhouding tussen het aantal patiënten dat gescreend wordt op de verkoever en die op de verpleegafdeling geeft een indicatie van de mate waarin patiënten worden bewaakt en gevolgd vanaf de operatiekamer naar verkoever, naar verpleegafdeling. De mate van integratie met andere screeningen, bijvoorbeeld op ondervoeding en decubitus, geeft aan hoe ver het ziekenhuis is met het goed inrichten van de werkprocessen.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever is laag (voor 2009: bij minder dan 83% van de patiënten is de pijn gemeten)
– Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de verkoever? Wat zijn de ontslag-criteria?
– Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting? Op welke wijze organiseert het ziekenhuis 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 verkoever is hoog (voor 2009: bij meer dan 100% van de patiënten is de pijn gemeten)
– Legt het ziekenhuis de pijnscore elektronisch vast?
  - Zo nee: Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is laag (voor 2009: bij minder dan 43% van de patiënten is de pijn gemeten)
– Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de afdeling, inclusief ontslag-criteria?
– 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 etc.)?
– Op welke wijze organiseert het ziekenhuis 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 hoog (voor 2009: bij 100% van de patiënten is de pijn gemeten)
– Legt het ziekenhuis de pijnscore elektronisch vast?
  - Zo nee: Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verkoever én de verpleegafdeling is laag (voor 2009: verkoever minder dan 83%, verpleegafdeling minder dan 43%)
– Op welke wijze organiseert het ziekenhuis het anesthesiologisch proces (inclusief preoperatief beleid)? Hoe zijn de taken en verantwoordelijkheden geregeld voor:
  - Anesthesiologen
  - Anesthesieassistenten
  - Verkoeverpersoneel
– Hoe is de afstemming van pijnbeleid tussen anesthesiologie en verpleegafdelingen?

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is hoog (voor 2009: meer dan 13,5% van de patiënten hebben een pijnscore boven de 7)
– Wat is het pijnbeleid op de verpleegafdeling?
– Hoe functioneren de pijnteams?
– Worden de pijnscores met pijnteam en verpleegafdelingen besproken?

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is laag (voor 2009: minder dan 1,5%)

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

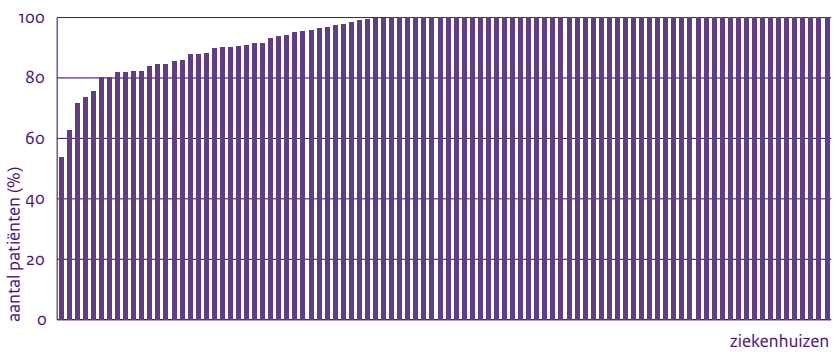
Het ziekenhuis verzamelt de gegevens van verkoever of verpleegafdeling door middel van een steekproef

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

Resultaten

Figuur 7.1

Percentage postoperatieve patiënten met een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoeverafdeling (n=96)

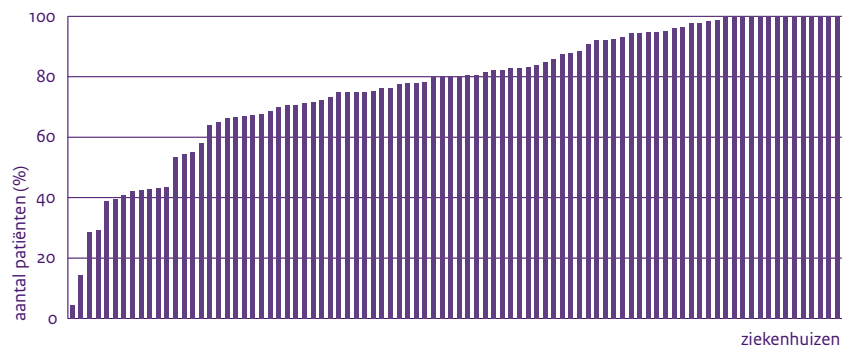


Tabel 7.1

H	Verkoever	Verpleegafdelingen
Percentage gemeten en geregistreerde pijnmetingen	gemiddeld 96,5 (53,6-100)	gemiddeld 77,5 (4,6-100)
Aantal met 100 procent	n=55	n=14
Niet opgegeven	n=4	n=10

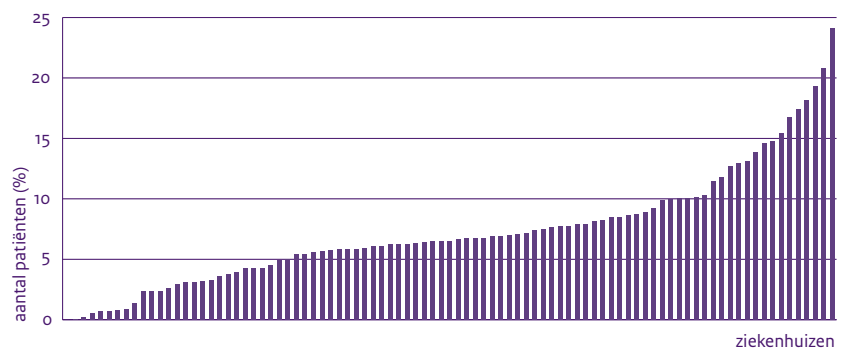
Figuur 7.2

Percentage postoperatieve patiënten met een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling (n=90)



Figuur 7.2

Percentage patiënten met een pijnmeting hoger dan 7 in de eerste 72 uur na een operatie (n=91)



Gemiddeld 6,1% van de patiënten van de 91 ziekenhuizen had een pijnscore die op enig moment in de eerste 72 uur na een operatie boven de 7 was. De spreiding liep uiteen van 0 tot 24,1%.

Aandachtspunten het pijnbeleid na een operatie en de daarbij horende indicator

Het meten van pijnscores op de verkoever hoort in de Nederlandse ziekenhuizen inmiddels bij de standaardhandelingen. Werden in 2003 in 25 van de 97 ziekenhuizen systematisch pijnscores gemeten, in 2010 gebeurde dat in álle ziekenhuizen. Slechts vier ziekenhuizen (UMC Nijmegen, Tiel, BovenIJ en Amphia) bleven achter in de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Waar is dit succes aan te danken? Volgens veel ziekenhuizen komt dit voor een groot deel door het gebruik van de indicatoren. Een betrouwbare aanwijzing aangezien veel ziekenhuizen zich vroeger gedwongen voelden pijnscores te meten en aangaven dat dit een onderdeel was van de 'administratieve lastendruk'. Overigens wordt ook in de richtlijn Postoperatieve pijnbestrijding aangeraden om pijn te meten. Dat dit feit in jaargesprekken met de IGZ niet gemeld wordt, hoeft geen bewijs te zijn dat dit een minder belangrijke rol speelt bij het invoeren van een pijnmetingsysteem. Causaliteit is in elk geval moeilijk aan te tonen.
Het is inmiddels mogelijk om bij 100% van de patiënten op de verkoever pijnmetingen te verrichten, zo bleek uit observaties van de inspectie tijdens toezicht op het operatief proces. Er bestaan geautomatiseerde systemen waarbij ontslag van de patiënt van de verkoever pas mogelijk is als de pijnscore is ingevuld en de waarde onder de 4 is. Een dergelijk systeem waarborgt 100% invullen. Desondanks is het duidelijk dat niet in alle gevallen écht gemeten wordt. Bijvoorbeeld omdat het moeilijk is om de pijnscore te meten bij patiënten die het Nederlands niet machtig waren. Hoe groot dit probleem is, is niet onderzocht door de IGZ.

Patiënt centraal bij pijnmeting

De IGZ krijgt regelmatig het verwijt niet eenduidig genoeg te specificeren hoe ziekenhuizen pijnmetingen dienen te verrichten. Hierdoor kan het lastig zijn de gegevens te vergelijken. Tot dusverre heeft de IGZ, in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), besloten de meetmethode niet voor te schrijven. De voornaamste reden daarvoor is dat de pijnmeting zinnig moet zijn voor de zorg voor patiënten. De afdeling die pijnmeting invoert mag anderen stimuleren door te verwijzen naar de indicator, maar moet zelf wel erg goed weten waarom een pijnmeting wordt gedaan en hoe die moet worden uitgevoerd. Tijdens voorlichtingsavonden werd wel eens gemeld dat ándere ziekenhuizen de pijnscore laag hielden door alleen te meten wanneer patiënten stil in bed lagen, terwijl de inspectie een meting in beweging aanraadt. Voor de IGZ maakt dat de indicator niet minder waardevol. Als een ziekenhuis op die manier extra laag scoort, ontstaat een indicatie voor onderzoek. Als daarbij blijkt dat het ziekenhuis dit soort afwijkende methoden gebruikt om een score te manipuleren, ontstaat direct een indicatie voor diepgravend onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Gelukkig is dergelijk beleid nooit aangetroffen en blijkt uiteindeljik de keuze van meetinstrumenten en vorm vooral ingegeven door het belang van goede patiëntenzorg.

Pijnscore als indicator binnen het operatief proces

Het werd de IGZ tijdens diverse observaties duidelijk dat er grote variatie bestaat in de wijze waarop ziekenhuizen postoperatieve controles uitvoeren. Het kwam zelfs voor dat controles werden overgeslagen. Ook bleek dat er met name tussen verpleegafdelingen grote verschillen waren in de mate waarin controles als pijnmetingen werden uitgevoerd. Zeker afdelingen die functioneerden als zogenaamde overloopafdeling wanneer de normale chirurgische afdeling vol lag, hadden een lagere score. Het is voor ziekenhuizen dan ook belangrijk om waakzaam te zijn en niet alleen te kijken naar de scores van de afdelingen die het meest actief betrokken zijn. De pijnscore is daar wel het eenvoudigst te meten, omdat verpleegkundigen van die afdelingen sneller bereid zijn mee te werken aan het uitvoeren van een steekproef. Doordat steeds meer ziekenhuizen overgaan tot het elektronisch registreren van pijnscores is het mogelijk om sneller inzicht te krijgen in welke afdelingen aandacht nodig hebben. Helaas is de elektronische registratie nog lang niet in alle ziekenhuizen geregeld.

Elektronische registratie nog vaak onvoldoende

Zeker op de verpleegafdeling (in tegenstelling tot de verkoever) kunnen veel ziekenhuizen nog steeds geen adequate database opbouwen van de gegevens van een pijnscore. Dit is een probleem voor vrijwel alle ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen gebruiken het zelfs als excuus om helemaal geen gegevens te hebben over hun pijnscores. Hoe zij de kwaliteitsbewaking van hun pijnbeleid doen is dan ook een vraag die de inspectie zal moeten stellen. De volgende stap in de ontwikkeling van het pijnbeleid is het verbeteren van het pijnbeleid voor specifieke doelgroepen. Zonder een adequate registratie van pijnscores zullen deze ziekenhuizen problemen krijgen bij het invoeren van dit beleid.

8 Volume van risicovolle interventies

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 8, pagina 54
http://www.igz.nl/zoekresultaten.aspx?q=basisset&sa=zoek

Indicator

– Het aantal Aneurysma Aortae Abdominalis (AAA) operaties.
– Het aantal OesophagusCardiaResecties (OCR).

Belang van de indicator

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

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

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het aantal OCR-operaties is minder dan 20, het aantal AAA-operaties is meer dan 20

– Klopt het opgegeven aantal; hoe groot is het aantal operatieverslagen (voor onderzoek ontdaan van naam en geboortedatum)?
– Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
– Is het aantal operaties in de laatste 3 jaar tenminste 60?

Het aantal AAA-operaties is minder dan 20, het aantal OCR-operaties meer dan 20

– Wat is verdeling tussen electieve (geplande) en acute ingrepen over de laatste 3 jaar?
– Hoeveel vaatchirurgen in het ziekenhuis beschikken over de juiste certificaten?
– Wat is het concentratiebeleid van betrokken maatschap?
– Klopt het opgegeven aantal; hoe groot is het aantal operatieverslagen (voor onderzoek ontdaan van naam en geboortedatum)?

Het aantal OCR-operaties is minder dan 20 én het aantal AAA-operaties ligt onder de 20 en het onderwerp is niet besproken in de afgelopen 2 jaar[2]

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

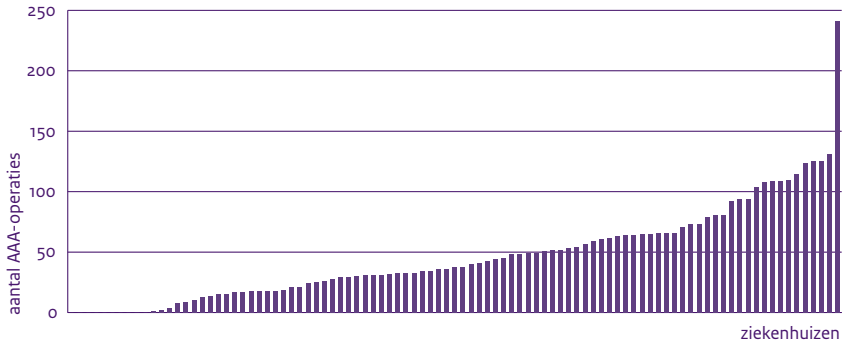
Het ziekenhuis geeft aan geen OCR en/of geen AAA ingrepen te verrichten en patiënten door te verwijzen

– Hoe ziet het verwijsbeleid van het ziekenhuis eruit?
– Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen (indien dit niet is besproken in de afgelopen twee jaar)?

[2] Bij meerdere volume indicaties doet de inspectie navraag naar het brede beleid.
Als het ziekenhuis voor twee of meer volume indicatoren niet of net aan de volumegrens voldoet is een gesprek geïndiceerd over het bredere concentratiebeleid in de instelling. Dit zullen vaak, maar niet altijd, kleinere ziekenhuizen zijn met een kleiner adherentiegebied. Dit kunnen ook ziekenhuizen zijn die voorop lopen bij het scherp stellen van de indicatie voor operaties.

Figuur 8.1

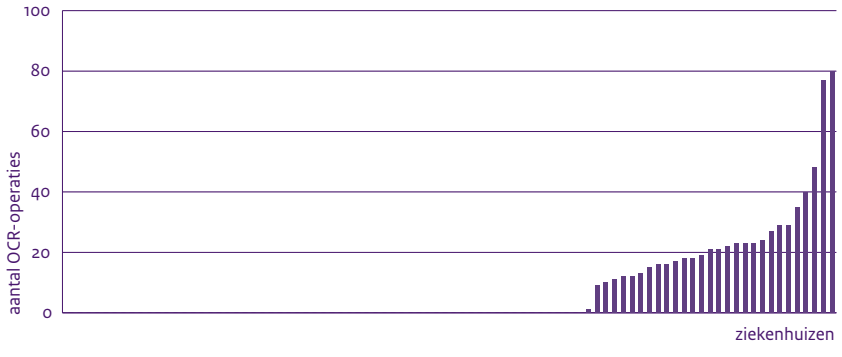
Aantal AAA-operaties (n=95)



In 2009 zijn in totaal 4.455 AAA-operaties uitgevoerd in 85 ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen varieerde het aantal operaties van 1 tot 241 (met een gemiddelde van 52,4 en een mediaan van 44). 10 ziekenhuizen gaven aan in 2009 geen AAA-operaties uitgevoerd te hebben.

Figuur 8.2

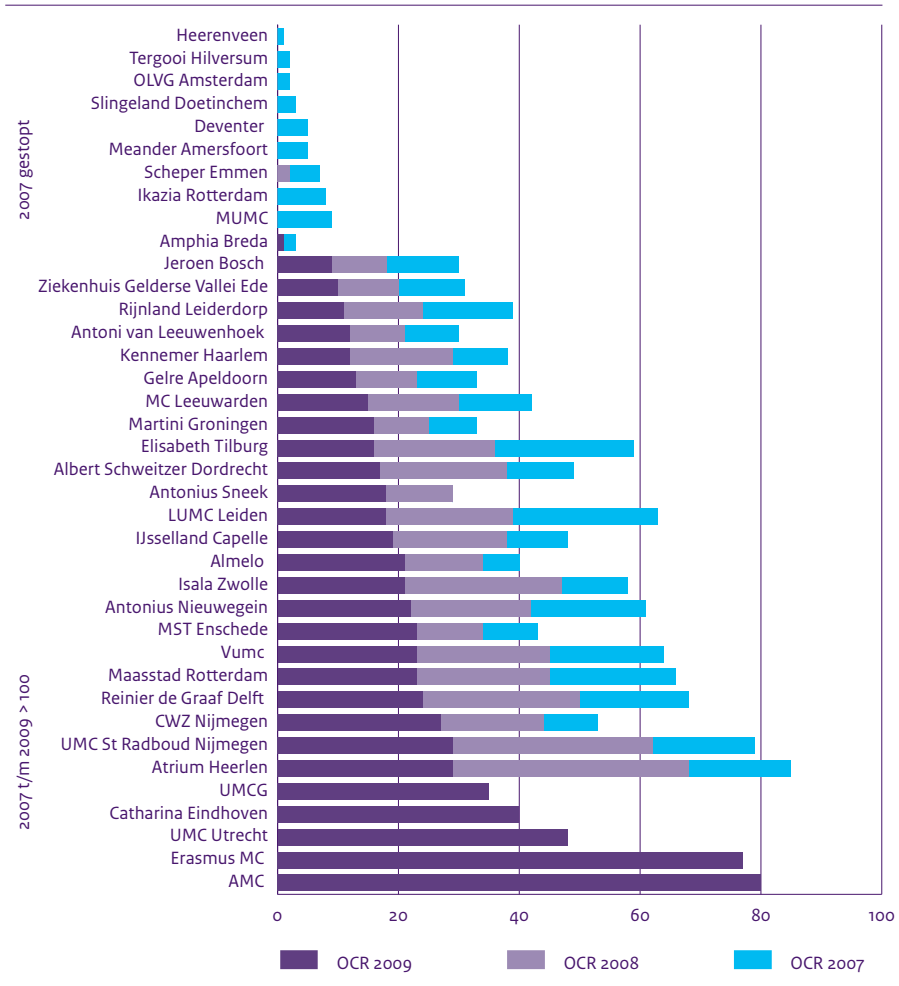
Aantal OCR-operaties (n=89)



In totaal voerden 29 ziekenhuizen 709 OCR-operaties uit. Het aantal operaties per ziekenhuis varieerde van 1 tot 80 (met een gemiddelde van 24,4 en een mediaan van 21).

Figuur 8.2

Cumulatief aantal OCR-ingrepen over de laatste 3 jaar (met uitzondering van de vijf grote ziekenhuizen)



In totaal leverden 104 ziekenhuizen gegevens aan over het aantal OCR-operaties in 2007, 2008 en 2009. Twee van deze ziekenhuizen verlenen nooit zorg aan patiënten met kanker van het maag-darmkanaal (Oogziekenhuis Rotterdam en Sint Maartenskliniek Nijmegen/ Woerden). Maar liefst 65 ziekenhuizen hebben de afgelopen drie jaar geen OCR-operaties uitgevoerd. 9 ziekenhuizen deden dit wel in het verleden, maar zijn sinds 2007 gestopt. 3 ziekenhuizen tenslotte voerden in 2009 te weinig OCR-operaties uit. Een daarvan, het Jeroen Bosch ziekenhuis, is in 2010 gestopt met de ingrepen en verwijst patiënten naar een regionaal centrum. Ook het Amphia ziekenhuis voldeed in 2009 niet aan de norm, maar geeft hierop een duidelijke toelichting en zal de ingreep in de toekomst niet meer uitvoeren.

Aandachtspunten bij het volume van risicovolle ingrepen en de daarbij horende indicatoren

Sommige ingrepen zijn zo complex dat het nodig is dat ziekenhuizen een minimumaantal van deze operaties uitvoeren om aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg te voldoen. Voor een OCR-operatie ligt dit aantal volgens de richtlijn op minimaal 30 in de afgelopen drie jaar. Andere zogenoemde hoogrisicoingrepen zijn AAA, resectie van de pancreas of de blaas. Een concentratiebeleid voor de OCR is ingevoerd medio 2008 met 1 januari 2009 als deadline. De data over 2009 geven dus voor het eerst weer of dit beleid succesvol was. Uit de resultaten blijkt dat de noodzaak van het concentreren van risicovolle ingrepen breed gedragen wordt. Momenteel ontwikkelen veel specialismen beleid om complexe ingrepen te concentreren bij die specialisten die daar de meeste expertise van hebben. Ook raakt concentratie steeds meer maatschappelijk geaccepteerd. Recent zijn nieuwe normen gepubliceerd waardoor de grens voor dit soort ingrepen in het algemeen op 20 ligt vanaf 2012.

Beleid relevant voor alle complexe en zeldzame ziekten

De relatie tussen ervaring van een team en de kwaliteit van een operatie is vaak onderzocht. De relatie tussen de kwaliteit van de behandeling van een complete ziekte en de ervaring van het behandeld team is minder vaak onderzocht als er voor die behandeling geen ingreep noodzakelijk is. Het behandeltraject is veel langer en complexer dan een ingreep die op één moment in de tijd wordt uitgevoerd. Daarom bestaat er ook minder direct bewijs dat ervaring noodzakelijk is. Het besluitvormingstraject voor het opstellen van normen is dan ook langer en de kans op succes kleiner. De IGZ maakt in de loop van 2011 bekend hoe zij met het onderwerp concentratie en ervaring in brede zin om zal gaan.

Controle noodzakelijk bij ziekenhuizen die net de grens halen

Het wel of niet uitvoeren van een complexe ingreep is in veel gevallen een lastige keuze. De mate van uitbreiding van een tumor rond een slokdarm kan een ingreep zinloos maken. Het is dan ook belangrijk dat ziekenhuizen er samen met de beroepsgroep voor waken dat alleen zinnige ingrepen worden uitgevoerd. Onlangs ging het gerucht dat patiënten geopereerd zouden worden met een aneurysma kleiner dan 5 cm. Dit gerucht werd nog versterkt door de stelling dat sinds de invoering van de indicator het aantal geregistreerde AAA-ingrepen met 30% zou zijn toegenomen. De NVvH heeft hier op verzoek van de IGZ onderzoek naar gedaan en daaruit bleek niet dat ziekenhuizen kleinere aneurysma's opereren. Ook bij de NPCF is navraag gedaan. Zij meldden dat er wel klachten zijn binnengekomen van patiënten die niet begrijpen waarom een aneurysma van 4 cm. niet wordt geopereerd, maar dat geen klachten bekend zijn over nodeloze ingrepen. De IGZ heeft geconstateerd dat in 2007 7 van de 10 ziekenhuizen die net boven de grens van 10 ingrepen uitkwamen niet meer van alle ingrepen een verslag hadden. Deels is dat geruststellend, omdat ook hier niet bleek dat ziekenhuizen extra ingrepen uitvoeren om de grens te halen. Deels is dat verontrustend. De indicatoren zijn een onderdeel van het jaarverslag van de instelling. Wanneer blijkt dat ziekenhuizen de ingrepen waar geen bewijs voor is gevonden echt niet hebben uitgevoerd, ziet de inspectie dit als fraude. De ziekenhuizen met onvoldoende documentatie zijn allen gestopt met het uitvoeren van deze ingrepen. Regelmatige controles zijn dan ook noodzakelijk in het geval een actief concentratiebeleid wordt ingevoerd.

10 Colorectale operaties

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 10, pagina 56 e.v.
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

– Ongeplande heroperaties na een colorectale operatie.
– Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

Belang van de indicator

In dit hoofdstuk komen twee onderwerpen aan de orde: heroperaties na een ingreep aan de dikke darm (colon) en/of endeldarm (rectum) en deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA). De IGZ heeft belangstelling voor de kwaliteit van colorectale operaties omdat het een veel voorkomende ingreep is waarna relatief vaak een hersteloperatie nodig is.
De patiënt heeft opnieuw klachten gekregen, vaak omdat naadlekkage is ontstaan.
Hoewel een deel van deze hersteloperaties niet is te voorkomen, kan goed beleid het aantal heroperaties wel beperken. Daarvoor is van belang dat een ziekenhuis informatie heeft over de omvang van het probleem. De IGZ is dan ook geïnteresseerd of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de DSCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een dergelijke indicator leidt tot het versnellen van deelname aan een registratie. Daarbij komt dat deelname aan een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren te formuleren.
Gezien de hoge mortaliteit bij een colorectale heroperatie gaat de IGZ er van uit dat het ziekenhuis een analyse uitvoert indien het registratiestysteem opvallende uitslagen aangeeft.
Darmkanker vormt samen met borst-, long- en prostaatkanker de grootste groep kwaadaardige aandoeningen. Omdat het 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 kwaliteit van die behandeling.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het aantal heroperaties was hoog (voor 2009: meer dan 12,5% heroperaties)
– Wat was in 2009 de ziekenhuismortaliteit na een colorectale heroperatie?
– Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?.
– Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?.

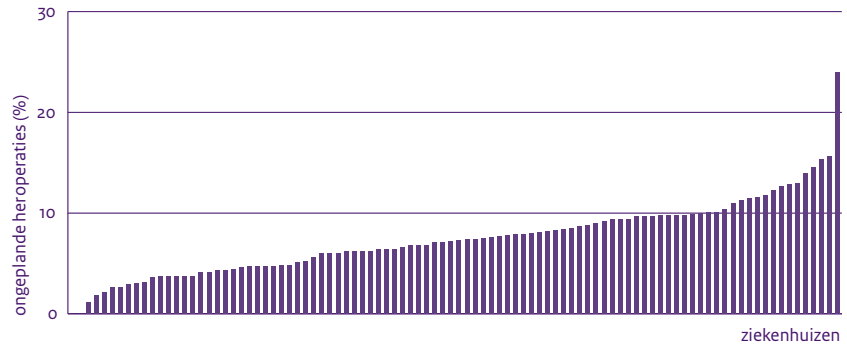
Het aantal heroperaties was laag (voor 2009: minder dan 3,5% heroperaties)
– Hoe spoort het ziekenhuis heroperaties op?
– Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?

Het ziekenhuis neemt geen deel aan de DSCA, heeft geen gegevens geregistreerd, of het percentage opgenomen patiënten is laag (voor 2009: minder dan 50%)
– Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij colorectale ingrepen?
– Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
– Aan welke andere kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

Het aantal heroperaties was in 2008 of 2009 hoger (in 2008 meer dan 11,3% en/of in 2009 meer dan 12,5%) dan de bovenste signaleringsgrens en het ziekenhuis nam in 2009 geen deel aan de DSCA
– Hoe functioneert het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis?
– Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
– Welke waarborgen voor verantwoorde zorg heeft het ziekenhuis?

Resultaten

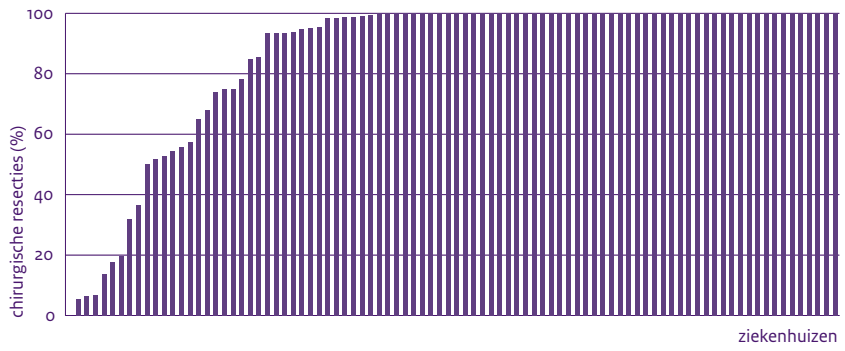
Figuur 10.1
Percentage ongeplande heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie (n=96)



Het gemiddelde percentage voor alle 96 ziekenhuizen was 7,4%. Het percentage varieerde van 0 tot 24%. De 96 ziekenhuizen gaven in totaal 16.593 colorectale operaties op en 1231 ongeplande colorectale heroperaties.

Figuur 10.1

Percentage chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DSCA (n=90)



Er werden 9550 chirurgische resecties (uitsnijdingen) door 90 ziekenhuizen uitgevoerd, van 8.080 werden gegevens aangeleverd aan het DSCA. 54 ziekenhuizen leverden van alle chirurgische resecties gegevens aan. Het gemiddelde percentage van aanlevering was 84,6 (mediaan 100) en de spreiding van 0 tot 100.

Aandachtspunten voor colorectale ingrepen en de daarbij horende indicatoren

De gevolgen van colorectale heroperaties kunnen zeer ernstig zijn. Bij naadlekkage is de gerapporteerde mortaliteit binnen 30 dagen hoger dan 10% (vermeldingen uit de literatuur van 12,9 en 16%). Hoewel een deel van deze heroperaties niet is te voorkomen, kan goed beleid het aantal heroperaties en de mortaliteit daarvan wel beperken. De Kwaliteitswet stelt dat het ziekenhuis aantoonbaar verantwoorde zorg moet leveren. Voor een goede interpretatie zijn landelijke risicogecorrigeerde spiegelgegevens essentieel. Bij een groot aantal heroperaties zijn de risico's voor de patiënt groot genoeg om te kunnen stellen dat het ziekenhuis zonder die landelijke ondersteuning geen verantwoorde zorg levert.
Indicatoren geven een aanwijzing dat er mogelijk problemen zijn met de zorg. Zodra het ziekenhuis problemen vermoedt met een hoog aantal heroperaties dient het ziekenhuis landelijke spiegelinformatie te gebruiken. Door te vergelijken met andere ziekenhuizen kan de Raad van Bestuur beter inschatten óf en welke maatregelen nodig zijn. Het Scheper-ziekenhuis te Emmen had in 2008 het hoogste aantal heroperaties. Dit aantal is dan ook alleen te interpreteren na risicocorrectie.
De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft het gebruik van de DSCA in 2009 niet als minimumnorm gesteld. De DSCA is in het buitenland zo ver ontwikkeld dat er geen sprake meer is van een experimentele registratie. Echter, kwaliteitsregistraties waar vrijwillig – op basis van begrepen nut en noodzaak – aan wordt deelgenomen, functioneren over het algemeen beter.

Verplichte gebruik risicocorrectie

In veel situaties gaat de IGZ ervan uit dat ziekenhuizen zelf onderzoek doen als de indicatoren opvallende resultaten opleveren. Bij complicaties met een hoog risico wil de IGZ een stap verder gaan. Het ziekenhuis moet deelnemen aan een registratie voor ernstige complicaties, bijvoorbeeld als zij het vermoeden kán hebben dat zij een probleem heeft met ernstige complicaties zoals het aantal heroperaties. En het ziekenhuis dient bij het opsporen van verbetermogelijkheden gebruik te maken van landelijke spiegelinformatie uit de DSCA. Gelukkig blijkt deelname aan de DSCA zo groot dat dit slechts in uitzonderingen tot problemen leidt.
Sommige ziekenhuizen melden in de toelichting bij de indicator in 2010 deel te zullen nemen aan de DSCA. Toelichtingen zijn belangrijk maar toekomstplannen gelden niet als voldoende actie naar aanleiding van hoge cijfers van het afgelopen jaar. Als risicocorrectie noodzakelijk is voor het aantonen van verantwoorde zorg bij behandeling met een groot risico op ernstige complicaties dan moet het ziekenhuis die tijdig uitvoeren.

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

Vanaf het begin van het gebruik van indicatoren is duidelijk geworden dat het opnemen van structuurelementen (zeg maar zaken die het ziekenhuis moet hebben) gelijk staat aan het stimuleren van 100% deelname. Een voorbeeld daarvan was de deelname aan de stichting TRIP voor het melden van transfusiereacties. De indicator was toen aanmelden bij de stichting. De aanmelding steeg toen binnen 4 maanden van 50 naar meer dan 90%. De stichting

melde later wel bij de IGZ dat het toen nog twee of meer jaren duurde voordat deze ziekenhuizen ook actief deelnamen door het insturen van gegevens. De IGZ heeft daaruit de les getrokken dat voortaan gevraagd moest worden hoeveel gegevens ook daadwerkelijk werden ingestuurd.
Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen in de set indien zij de garantie geven dat zij vermeldingen van deelname van ziekenhuizen op naam zullen controleren en die controles aan de IGZ ter beschikking zullen stellen. De DSCA is een van die registraties. Er zijn verschillende oproepen gedaan aan de IGZ om een accountantsverklaring te eisen voordat de indicatoren uitslagen worden geaccepteerd. De IGZ is van mening dat controle een goed idee is, maar dat eerst via andere wegen moet worden getracht om te kwaliteit van de gegevens zo hoog mogelijk te krijgen. Accountantsverklaringen zijn ook onderdeel van een administratieve lastendruk

11 Afgezegde operaties

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 11, pagina 60
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

– Percentage afzeggingen binnen 24 uur voor een electieve (geplande) operatie.

Belang van de indicator

Afgezegde operaties veroorzaken veel ongemak bij patiënten. Het is ongewenst dat iemand kort voor een ingreep te horen krijgt dat deze niet doorgaat, zeker omdat allerlei voorbereidingen noodzakelijk zijn. Dat was voor de inspectie dan ook de belangrijkste reden om deze indicator te ontwikkelen. Een andere reden is dat een hoog aantal afgezegde operaties kan wijzen op problemen in het logistieke proces. De aantallen ingrepen die worden opgegeven voor deze indicator geven de inspectie een indruk van de betrouwbaarheid van de gegevens van andere indicatoren rond het operatief proces. In 2009 kwamen er indicatoren beschikbaar die een meer directe relatie hadden met risico's waarop de IGZ toezicht moet houden. In het kader van risicogestuurd toezicht zag de inspectie geen reden om deze indicator in de set van 2010 op te nemen.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het aantal afgezegde operaties is hoog (voor 2009: meer dan 3,5%)

– Doet het ziekenhuis zelf onderzoek naar mogelijke verstoringen in het logistieke proces? Wat was daar het resultaat van?
  - Welke ingrepen betrekt het ziekenhuis in het onderzoek?
  - Verschillen de resultaten tussen de diverse ingrepen of specialismen?
– Hoe organiseert het ziekenhuis de uitvoering van spoedingrepen tijdens het electieve programma?
– Hoe maakt het ziekenhuis de afspraken voor electieve ingrepen (in overleg met patiënt, patiënt krijgt afspraak mee op de polikliniek, schriftelijk oproep kort/lang voor opname)?

Het aantal afgezegde operaties is laag (minder dan 0,35%)

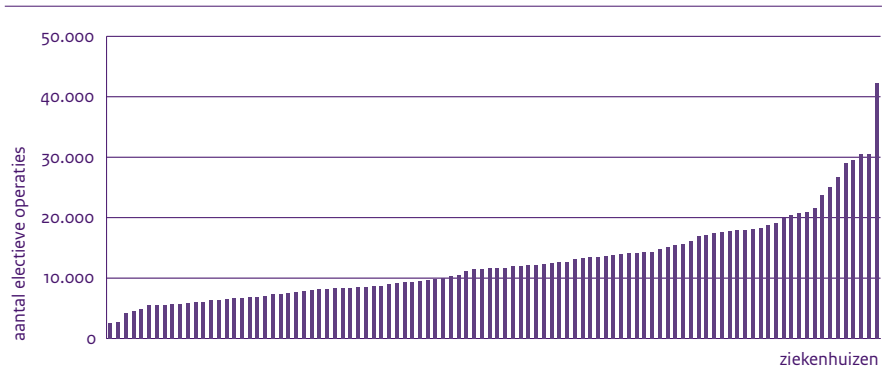
– Hoe waarborgt het ziekenhuis een veilige uitvoering van de ingrepen gezien toestand van de patiënt, OK-team en voorzieningen?

Het aantal operaties is veel lager of hoger dan het aantal opgegeven bij de indicator Pijn na een operatie

– Welke bronnen gebruikt het ziekenhuis voor het bepalen van het aantal afgezegde operaties?

Figuur 11.1

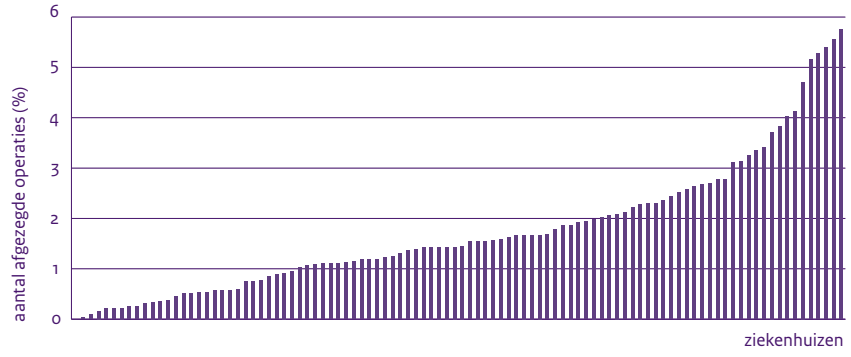
Aantal electieve operaties (n=100)



In totaal voerden 100 ziekenhuizen in 2009 1.271.032 electieve operaties uit. Dit aantal varieerde van 2.639 tot 42.213.

Figuur 11.2

Percentage afgezegde operaties (n=100)



Het percentage afgezegde operaties varieerde van 0 tot 5,8% met een gemiddelde van 1,9%. De mediaan is 1,4%.

Aandachtspunten voor afgezegde ingrepen en de daarbij horende indicator

Het afzeggen van een electieve operatie kan verschillende redenen hebben. Soms ligt de oorzaak bij het ziekenhuis en de specialisten, soms bij de patiënt. De inspectie vond het bij de ontwikkeling van deze indicator redelijk om ziekenhuizen alléén te beoordelen op de afzeggingen die het ziekenhuis zelf deed. Al snel bleek dat deze scheidslijn niet altijd even duidelijk is. Als de patiënt belt met de vraag “Ik heb 40 graden koorts, kan de operatie doorgaan?” en het ziekenhuis antwoordt ontkennend, wie zegt dan af: het ziekenhuis of de patiënt? Dit leidde tot de nodige verwarring, waarop de inspectie besloot geen onderscheid te maken tussen wie de operatie afzegt.
Ziekenhuizen konden in de toelichting aangeven of zijzelf of de patiënt verantwoordelijk was. Zij hebben dat ook veelvuldig gedaan. Gebleken is dat er ziekenhuizen waren die de groep waarbij ziekenhuis én patiënt bijdroegen aan het afzeggen van de ingreep niet meetelden in de indicator. Daarom kan het gemelde aantal afgezegde ingrepen toenemen door de nieuwe definitie, zonder dat het werkelijke aantal afzeggingen is toegenomen.

Termijn 24 uur gehandhaafd, ook voor ingrepen binnen 12 uur

De inspectie heeft het afgelopen jaar gesprekken gevoerd met ziekenhuizen die operaties op de middag voor de dag van de ingreep plannen. Patiënten hoorden in die gevallen minder dan 12 uur van tevoren dat ze geopereerd gingen worden. Het verzoek van deze ziekenhuizen was om ingrepen die uit de planning vielen op die middag niet mee te hoeven tellen voor de indicator. Uiteindelijk heeft de inspectie besloten dat toch wel te doen. De gewoonte om patiënten kort voor een ingreep op te roepen houdt zo weinig rekening met de gewenste voorbereiding van de patiënt dat dit risico’s met zich meebrengt voor een goede afstemming tussen het zorgproces thuis en in het ziekenhuis. Bovendien zou het gebruiken van een andere definitie voor een groepje ziekenhuizen het gebruik van de indicator niet eenvoudiger maken. Om die reden is de grens van 24 uur gehandhaafd.

Veiligheid voorop, ook in ziekenhuizen met weinig afzeggingen

Ziekenhuizen moeten alleen een operatie uitvoeren als dat veilig is. De nieuwe richtlijn voor het preoperatief proces bevat dan ook een aantal momenten waarop het operatief proces stopt.
Telkens wordt gecontroleerd of aan alle eisen voor een veilige uitvoering is voldaan.
Een patiënt kan immers ziek worden, de gewenste of meest geschikte operateur kan door overmacht afwezig zijn of apparatuur kan defect raken. Het ziekenhuis zal steeds moeten waarborgen dat een ingreep alléén wordt uitgevoerd als aan de randvoorwaarden van verantwoorde zorg wordt voldaan.

12 Intensive care

Vraagstelling en definities vinden u in de basisset van 2009 hoofdstuk 12, pagina 61
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

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

Belang van de inspectie

Patiënten die zijn opgenomen op een intensive care zijn een kwetsbare groep. Zij hebben door de ernst van hun aandoening een duidelijk grotere kans om te overlijden. Deze kwetsbare positie en het type interventies op een IC maken dat de patiënten zelf slecht in staat zijn om te beoordelen of zij verantwoorde zorg ontvangen. Om die reden ligt de focus van de inspectie op afdelingen IC in ziekenhuizen. Op dit moment vindt er uitgebreid thematisch onderzoek plaats naar de kwaliteit van IC's op niveaus 2 en 3. Op deze niveaus moet er voor de ernstige zieke patiënten continue een intensivist of gespecialiseerde verpleegkundige aanwezig zijn. Het gaat bij het onderzoek om 20 van de in totaal 46 IC's van dit type in Nederland. De IGZ zal in het kader van het gefaseerd toezicht dan ook geen additionele vragen stellen aan deze ziekenhuizen. Wel gaat de inspectie in Het Resultaat Telt 2010 op basis van het betreffende onderzoek en de resultaten van 2010 onderzoeksindicaties formuleren. Voor IC's van niveau 3 zullen wel aanvullende vragen geformuleerd worden.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beademt veel kinderen op de volwassenen intensive care (voor 2009: meer dan 10 kinderen of 24 beademingsuren per jaar)

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

In het ziekenhuis heeft geen visitatie plaatsgevonden, is de visitatie langer dan 5 jaar geleden of is het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd (alleen voor ziekenhuizen met – het basis – IC niveau 1, niveau onbekend)

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

Het ziekenhuis kan niet 7x24 uur de beschikbaarheid van een intensivist garanderen (alleen voor ziekenhuizen met IC niveau 1, niveau onbekend of geen IC)

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

De gemiddelde beademingsduur of het aantal langdurig beademde patiënten is boven de signaleringsgrens (alleen voor ziekenhuizen met IC niveau 1, niveau onbekend of geen IC)

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

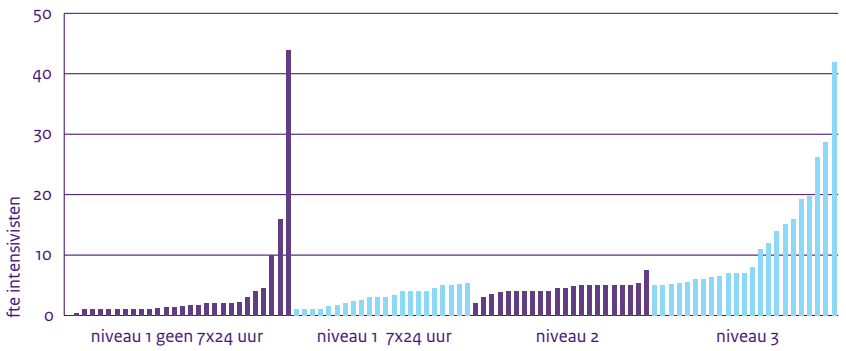
Resultaten

Niveau		bij visitatie bevestigd	visitatie gepland	niet bevestigd	visitatie verouderd	geen visitatie
HC/MC	2					
niveau 1 (basis IC)	47	19	21	1	4	2
niveau 2	23	11	9	2	1	0
niveau 3 (toegerust voor complexe patiënten)	23	12	9	1	0	1

Van de 93 ziekenhuizen hadden er 23 een IC niveau 3 (complexe patiënten), 23 een IC niveau 2 en 47 een IC niveau 1 (basis). Van deze laatste groep heeft de inspectie 19 ziekenhuizen bezocht en het niveau 1 bevestigd. In 11 ziekenhuizen is tussen 2010 en 2012 een kwaliteitsvisitatie gepland. In de overige 7 ziekenhuizen met een IC niveau 1 heeft geen visitatie plaatsgevonden, is de visitatie langer dan 5 jaar geleden of is het opgegeven niveau bij visitatie niet bevestigd.

Figuur 12.1

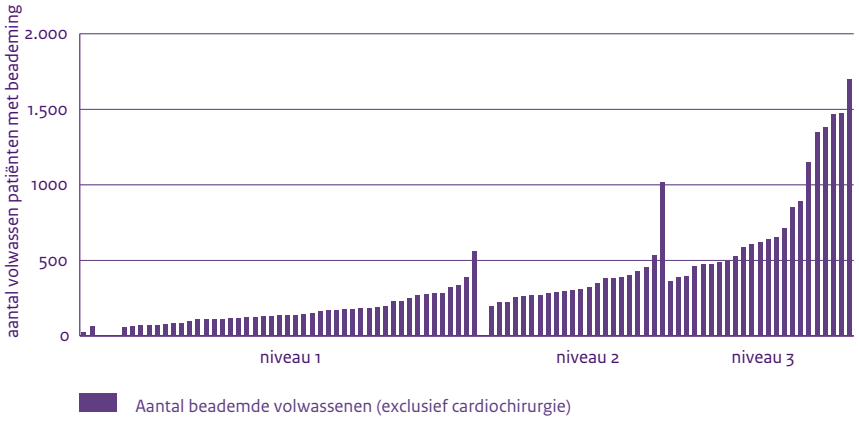
Beschikbaarheid intensivisten



In de 47 ziekenhuizen met een IC niveau 1 was in 2009 het aantal fte geregistreerde intensivisten gemiddeld 2,7 fte (exclusief 1 ziekenhuis met een vermoedelijk foutieve opgave van 44 fte). 26 ziekenhuizen gaven aan hiermee geen 7x24 beschikbaarheid van een intensivist te kunnen garanderen. In de ziekenhuizen met een IC niveau 2 of niveau 3 was het gemiddelde aantal fte geregistreerde intensivisten respectievelijk 4,5 en 12,3.

Figuur 12.2

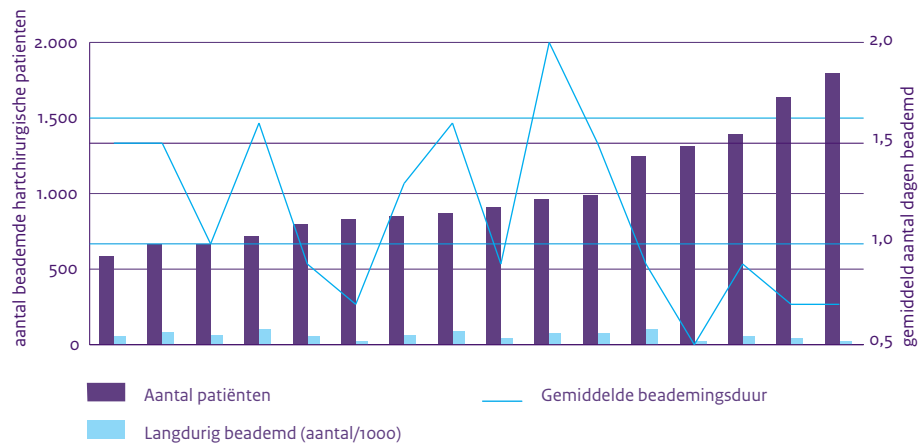
Intensive care en beademingsduur



In deze figuur is het totaal aantal beademde volwassen patiënten weergegeven. Het totaal aantal beademde patiënten bedroeg in 2009 33.558. De gemiddelde beademingsduur was 4,3 dagen en varieerde sterk per ziekenhuis (spreiding 1,0 tot 9,1 dagen). De variatie lijkt nauwelijks gerelateerd aan het aantal beademde patiënten, maar was in ziekenhuizen met een IC niveau 1 gemiddeld lager dan de IC's niveau 2 of 3: niveau 1 gemiddeld 3,9 dagen, niveau 2 gemiddeld 5,1 dagen en niveau 3 gemiddeld 4,6 dagen.

Figuur 12.3

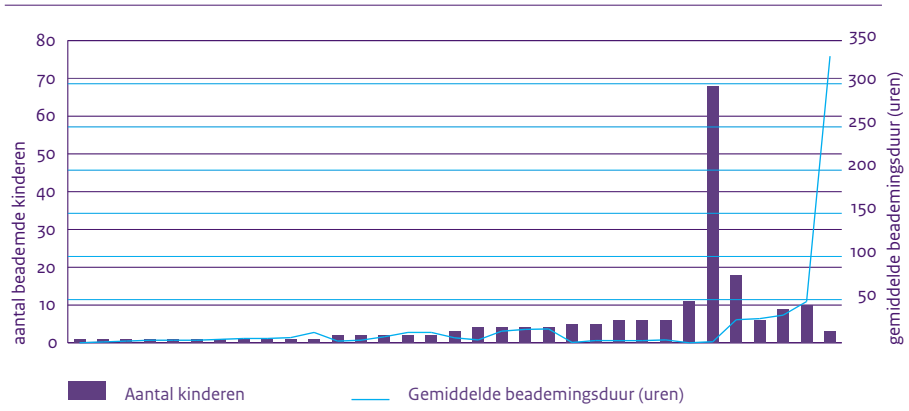
Intensive care en hartchirurgie



In deze figuur is het totaal aantal beademde hartchirurgische patiënten weergegeven en de gemiddelde beademingsduur in dagen. Het totaal aantal beademde hartchirurgische patiënten bedroeg in 2009 16.220 en varieerde van 587 tot 1799 patiënten per ziekenhuis. De gemiddelde beademingsduur was 1,1 dagen en varieerde per ziekenhuis van 0,7 tot 2 dagen. Gemiddeld werd 6% van de patiënten langer dan 72 uur beademd, in 2 ziekenhuizen was dat meer dan 10%.

Figuur 12.4

Kinderen op IC voor volwassenen



In 33 ziekenhuizen was in 2009 geen Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) , ofwel een afdeling IC voor kinderen. In deze ziekenhuizen werden kinderen beademd op de IC voor volwassenen. In de meeste ziekenhuizen ging dit om een enkel kind dat werd opgevangen en gestabiliseerd tot het kon worden overgeplaatst naar een ziekenhuis met een PICU.
In 7 ziekenhuizen ging het om een groter aantal kinderen, in 5 ziekenhuizen ook om langduriger beademing.

Aandachtspunten voor de intensive care en de daarbij horende indicatoren

Een ziekenhuis is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de gegevens die het publiceert. Om die reden ontdoet de inspectie sinds 2009 de ontvangen data niet meer van fouten voordat zij deze analyseert. Zowel de IGZ als de betrokken wetenschappelijke verenigingen vinden het belangrijk dat betrokken zorgverleners de data voor publicatie controleren. Dat deze controle lang niet altijd plaats vindt blijkt uit het volgende voorbeeld. Het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam geeft in 2009 aan het grootste aantal intensivisten in Nederland te hebben, 44 fte. Desondanks kon het ziekenhuis geen 7x24 beschikbaarheid garanderen. Aangezien het hier een IC niveau 1 betreft is het aannemelijk dat het aantal intensivisten dat voltijd werkt in werkelijkheid niet groter is dan bijvoorbeeld in het Erasmus UMC waar 42 intensivisten werken. Een ander voorbeeld van miscalculatie is de toestand in de Ziekenhuisgroep Twente, locatie Hengelo. Hier werden in 2009 kinderen buiten de PICU in totaal 996 uur beademd, het grootste aantal uren in Nederland. Maar uit de aanvullende data blijkt dat het ziekenhuis maar 3 kinderen heeft beademd, allen korter dan 72 uur. De inspectie gaat ervan uit dat er meer van dit soort onvolkomenheden zijn, aangezien dit de eerste 2 ziekenhuizen waren die op signalen werden onderzocht. Overigens is dat voor de IGZ geen reden om de data niet te gebruiken, al zullen de vragen die de IGZ dan stelt ook gericht zijn op het gesprek over kwaliteit tussen ziekenhuismanagement en zorgverleners.

Twee groepen, één beoordeling

Het aantal kinderen en het aantal uren dat zij beademd worden, is een mooi voorbeeld van een indicator die twee totaal verschillende situaties beschrijft. In de eerste plaats zijn er de gegevens van de 6 ziekenhuizen over de IC's speciaal voor kinderen. Het aantal beademingsuren in deze ziekenhuizen varieert van 25.600 tot 204.000 uur.
In de tweede plaats zijn er gegevens van ziekenhuizen die tijdelijk kinderen opvangen op IC's voor volwassenen, voordat zij overgeplaatst worden naar een Pediatrische Intensive Care Unit, of voor andere – kortdurende – indicaties. Veel ziekenhuizen melden dit niet te doen: nul uren per jaar. In de ziekenhuizen die wel kinderen op hun gewone IC opvangen, is de variatie groot: van 1 tot 480 uur, bij 1 tot 68 kinderen. Op de meeste IC's in Nederland zijn kinderen dus een uitzondering. De Isala kliniek in Zwolle zit met 80 beademingsuren ongeveer in het midden van het aantal beademingsuren op een intensive care voor volwassenen, maar is qua aantal wel een uitschieter: in 2009 beademde het ziekenhuis 68 kinderen. In dit ziekenhuis liggen veel kinderen op een IC voor volwassenen. Voor de inspectie is dit een interessante situatie, omdat een ziekenhuis zonder vergunning (Wet Bijzondere Medische Voorzieningen) geen kinder intensive care mag hebben. Het is nu aan de IGZ om te bepalen wanneer er sprake is van het (te vaak) uitvoeren van een behandeling zonder vergunning. Hoewel er nog geen duidelijke volumegrens is, ligt de Isala kliniek in ieder geval boven de grens van een onderzoeksindicatie van de IGZ.

13 Zwangerschap

Vraagstelling en definities vinden u in de basisset van 2009 hoofdstuk 13, pagina 66
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

– Het percentage uitgevoerde bevallingen met een keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage (VOKS-percentiel).

Belang van de indicator

Een keizersnede is een belangrijke interventiemogelijkheid in geval van (dreigende) problemen voor of tijdens de bevalling. Een keizersnede is echter een zware buikoperatie die net als elke operatie risico's met zich meebrengt. Tussen ziekenhuizen is een grote spreiding in het aantal bevallingen per keizersnede. Om de zorgverlening in kaart te brengen hebben de beroepsgroepen een goede infrastructuur voor het verzamelen van perinatale data opgezet, de Landelijke Verloskunde Registratie, georganiseerd door de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) Uit deze registratie zijn enkele indicatoren afgeleid.

De indicator voor het verloskundig beleid van 2009 vraagt naar de VOKS-percentiel voor keizersneden bij voldragen zwangerschappen, van 37 tot 42 weken. De VOKS-percentiel wordt berekend op basis van het percentage keizersneden in het betreffende ziekenhuis, gecorrigeerd voor 14 risicofactoren[3]. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen *primaire sectio* (voor het begin van de bevalling is besloten dat een keizersnede plaatsvindt) en *secundaire sectio* (het besluit tot een keizersnede wordt tijdens de bevalling genomen wegens complicaties).

De VOKS is een hulpmiddel voor de gynaecoloog om te evalueren of de beslissing tot het verrichten van een keizersnede gesteund zou worden door andere gynaecologen. Een percentielscore van 80 betekent dat 80% van de praktijken minder keizersneden zouden hebben uitgevoerd bij eenzelfde populatie. De aanname was dat het vaak of juist weinig uitvoeren van sectio's een indicatie is van beleid waarbij een ziekenhuis te snel of te laat besluit tot het actief ingrijpen tijdens de bevalling door middel van een keizersnede.

[3] De factoren waarvoor gecorrigeerd wordt in VOKS zijn:
1. Zwangerschapsduur; 2. zekerheid van zwangerschapsduur; 3. geboortegewicht; 4. gewichtspercentiel; 5. meerlingzwangerschap; 6. ligging van het kind; 7. bloeddruk moeder; 8. leeftijd moeder; 9. etniciteit moeder; 10. pariteit (hoeveelste kind); 11. overname uit de 1e lijn tijdens de ontsluiting; 12. overname uit de 1e lijn tijdens de uitdrijving; 13. duur van de zorg in het betreffende ziekenhuis; 14. geschatte sterftekans van een kind met deze risicofactoren.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

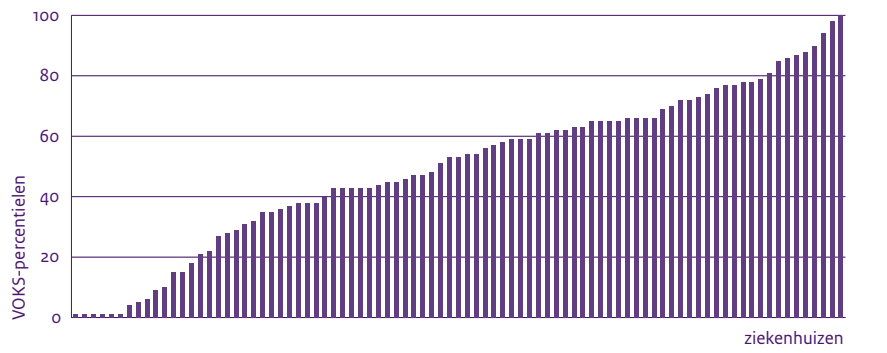
Het aantal uitgevoerde keizersneden in verhouding tot het aantal verwachte keizersneden is hoog
– Wat is de indicatie voor het uitvoeren van een keizersnede in dit ziekenhuis?
– Is dit conform de landelijke richtlijnen?
– Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het relatief hoge aantal sectio's?
– Wat is het beleid rond interventies in het baringsproces?

– Hoe is in het ziekenhuis bij secundaire (dus acute) keizersneden de acute zorg geregeld?
  - Hoe is de beschikbaarheid van een OK?
  - Hoe is de samenstelling en beschikbaarheid van het OK-team?
  - Hoe is de beschikbaarheid van de kinderarts?

Het aantal uitgevoerde keizersneden in verhouding tot het aantal verwachte keizersneden is laag
– Wat is de indicatie voor het uitvoeren van een keizersnede in dit ziekenhuis?
– Is dit conform de landelijke richtlijnen?
– Wat is het beleid rond interventies in het baringsproces?
– Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het relatief lage aantal sectio's?
– Hoe is in het ziekenhuis bij secundaire (dus acute) keizersneden de acute zorg geregeld?
  - Hoe is de beschikbaarheid van een OK?
  - Hoe is de samenstelling en beschikbaarheid van het OK-team?
  - Hoe is de beschikbaarheid van de kinderarts?

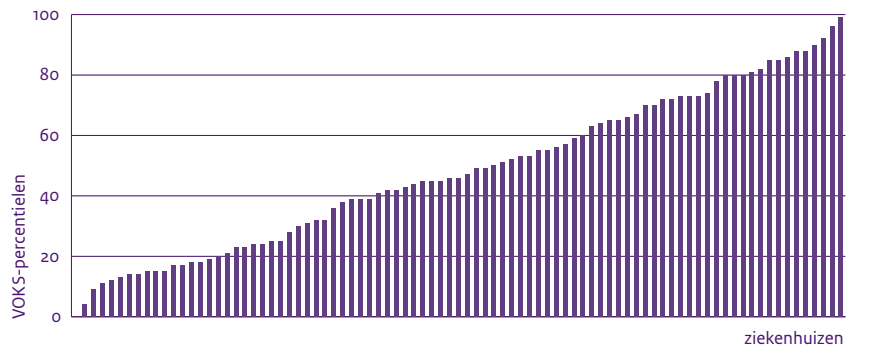
Figuur 13.1

VOKS-percentielen primaire sectio's (n=87)



Figuur 13.2

VOKS-percentielen secundaire sectio's (n=87)



Aandachtspunten voor de zwangerschap en de daarbij horende indicatoren

In het verleden was de kwaliteit van de aangeleverde data van deze indicator niet goed. De aan de IGZ geleverde gegevens zijn in 2008 gecontroleerd door de stichting PRN. Bij deze controle bleek dat een groot gedeelte van de gegevens onjuist was. De statuten van de stichting PRN stonden (en staan) echter niet toe dat zij de gegevens op naam corrigeerde. Een van de symptomen van de problemen met de kwaliteit van de data was een concentratie van uitslagen rond de waarde 15-25, terwijl ze gelijkmatig verdeeld moet zijn van 0 tot 100. Dit was een reden om de indicator in april 2009 te verwijderen uit de set voor 2010.
In de jaargesprekken van 2009 is in veel ziekenhuizen aandacht besteed aan dit probleem. Ook heeft de stichting ervoor gezorgd dat ziekenhuizen de waarde die zij aan de IGZ door moeten geven zeer eenvoudig kunnen vinden in de rapportage die zij ontvangen van de PRN. De grafieken over 2009 laten zien dat de verdeling nu correct is. Dit wekt de indruk dat over 2009 de juiste gegevens zijn geleverd, zeven jaar na de start van de registratie. Hierop heeft de IGZ het besluit genomen om alleen kwaliteitsregistraties en/of hun indicatoren in de set op te nemen als de aangeleverde gegevens ook op naam gecontroleerd kunnen worden door de houder van de registratie.

Bij de invoering van de Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen wilde de inspectie zo min mogelijk complexe indicatoren opnemen. Ziekenhuizen moesten immers zelf in staat zijn om de data te gebruiken en te onderzoeken. Het VOKS-percentiel was de enige uitzondering daarop. Na zeven jaar concludeert de inspectie dat deze indicator niet met succes gebruikt kan worden voor toezicht. De IGZ heeft besloten met ingang van 2010 deze indicator niet langer in de basisset op te nemen. Dit heeft twee redenen. De eerste is al genoemd. Ook blijken ziekenhuizen vaak geen verklaring te hebben voor de afwijkende score en ondernemen zij op basis van de uitslag geen door de IGZ waarneembare actie.

14 Diabetes mellitus

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 14, pagina 68
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

– Gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes.
– Oogheelkundige controle bij diabetes.

Belang van de indicator

In Nederland hebben zo'n half miljoen mensen diabetes mellitus. Zij worden met medicijnen behandeld die voor evenwicht moeten zorgen in de complexe glucose-huishouding van het lichaam.
Na verloop van tijd krijgen veel patiënten te maken met beschadigingen van belangrijke delen van hun lichaam. Dat vraagt om kwalitatief goede medische zorg van zorgverleners, maar ook om coördinatie van hun activiteiten. Het onderwerp is om die reden van belang voor risicogestuurd toezicht. De inspectie hanteert daarbij als indicator het percentage patiënten dat een fundusscopie – een beoordeling van het netvlies – of fundusfotografie heeft ondergaan. Een opmerkelijke uitslag van de indicator kan tevens aanleiding zijn voor de inspectie om onderzoek te doen naar het functioneren van de interne geneeskunde.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

De gemiddelde HbA1c-waarde (de bloedsuikerspiegel van de afgelopen twee tot drie maanden) van patiënten is hoog (meer dan 8,0)
– Welke analyse heeft de vakgroep gemaakt van de uitslag?
– Wat is de taakverdeling tussen de eerste en tweede lijn?
  - Welke groep patiënten is onder controle bij de internist?

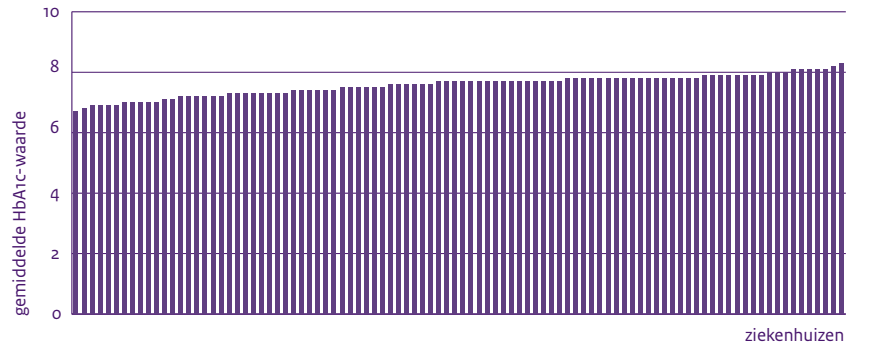
De gemiddelde HbA1c-waarde van patiënten is laag (minder dan 7,0)
– Welke analyse heeft de vakgroep gemaakt van de uitslag?
– Wat is de taakverdeling tussen de eerste en tweede lijn?
  - Welke groep patiënten is onder controle bij de internist?

Het percentage patiënten met een fundusscopie of -foto is 100%
– Heeft het ziekenhuis inzicht in het daadwerkelijke aantal patiënten dat is gescreend op oogafwijkingen?
– Welke andere zorgverleners in de regio voeren dit onderzoek uit en op welke wijze worden deze onderzoeksgegevens meegenomen in de resultaten?
– Hoe regelt het ziekenhuis de coördinatie van de gehele zorg voor diabetespatiënten? Is er een integraal diabetesdossier ingevoerd?

Het percentage patiënten met een fundusscopie of -foto is laag
– Heeft het ziekenhuis inzicht in het daadwerkelijke aantal patiënten dat is gescreend op oogafwijkingen?
– Welke andere zorgverleners in de regio voeren dit onderzoek uit en op welke wijze worden deze onderzoeksgegevens meegenomen in de resultaten?
– Hoe regelt het ziekenhuis de coördinatie van de gehele zorg voor diabetespatiënten? Is er een integraal diabetesdossier ingevoerd?

Resultaten

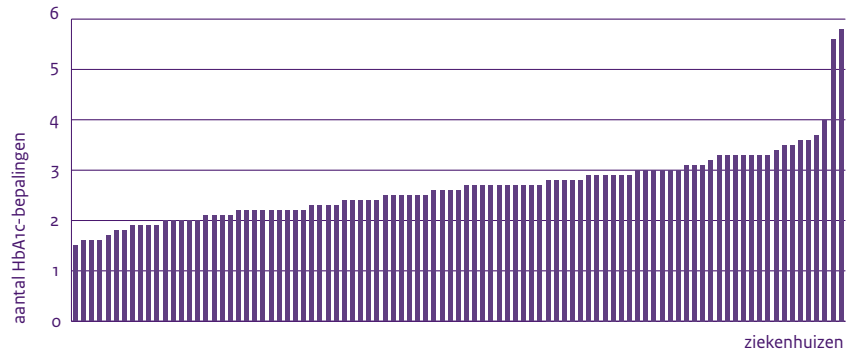
Figuur 14.1
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling (n=96)



De gemiddelde waarde per HbA1c-bepaling was 7,6. Binnen de ziekenhuizen liep de spreiding in 2009 uiteen van 6,7 tot 8,3.

Figuur 14.2

Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar (n=95)

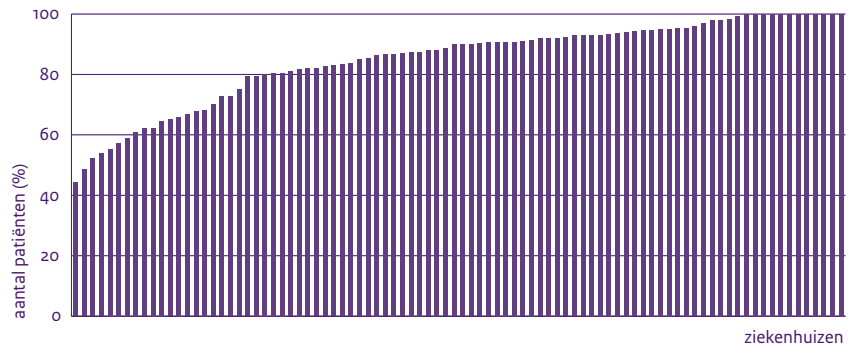


In totaal hebben ziekenhuizen bij 180.159 diabetespatiënten de HbA1c-waarde gemeten. Het aantal gemeten patiënten verschilde sterk per ziekenhuis, variërend van 50 tot 8.154 patiënten.

Gemiddeld ondergingen diabetespatiënten 2,7 HbA1c-bepalingen, met een spreiding van 1,5 tot 5,8.

Figuur 14.3

Percentage diabetespatiënten dat fundusscopie of -fotografie heeft ondergaan (n=90)



Van 90 ziekenhuizen is het percentage patiënten dat een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan bekend. Van de in totaal 138.184 diabetespatiënten werd bij 119.906 patiënten het netvlies beoordeeld of gefotografeerd. Dat komt overeen met een gemiddelde van 86,8%. Dit percentage varieert van 44,3 tot 100%.

Aandachtspunten voor de zorg voor diabetespatienten en de daarbij horende indicatoren

Voor veel ziekenhuizen is het nog steeds moeilijk om inzicht te krijgen in de eigen patiëntenpopulatie. Dat blijkt uit verschillende data van de IGZ. Dit is grotendeels te wijten aan gebrek aan coördinatie. De inspectie ging er bij de ontwikkeling van de indicator van uit dat de internist de coördinator is binnen de zorg voor diabetespatiënten. In dat geval is het interessant om te kijken of de internist ervoor zorgt dat deze patiënten regelmatig (een tot twee keer per twee jaar) gecontroleerd worden op oogafwijkingen. Al snel werd het de inspectie duidelijk dat in veel ziekenhuizen de zorg voor patiënten niet (altijd) gecoördineerd werd vanuit het ziekenhuis. De groep patiënten waarvoor gegevens werd aangeleverd voor de HbA1c bleek niet dezelfde als de groep patiënten waarbij de frequentie van de oogonderzoeken werd bepaald. Patiënten werden (en worden) vanuit de eerste lijn apart verwezen naar oogarts en internist. De internist was dan niet verantwoordelijk voor de verwijzing naar de oogarts en kon deze dan ook niet bewaken. De gegevens over de patiënten werden dan ook vaak afzonderlijk aangeleverd.

Delen van resultaten belangrijk voor behandeling

Diabetes gaat vaak gepaard met aandoeningen en klachten aan het oog, ook wel retinopathie genoemd. De behandeling van retinopathie zelf is belangrijk, maar het is ook een indicator voor de toestand van de bloedvaten elders in het lichaam. Het is daarom belangrijk dat instellingen die fundusfoto's maken de resultaten van een patiëntenonderzoek delen met andere behandelaars. Ziekenhuizen die het percentage fundusonderzoeken bij de eigen patiënten onderzochten, merkten dat deze onderzoeken vaak buiten het ziekenhuis werden gedaan, zonder dat een verslag van het onderzoek aan het ziekenhuis werd gestuurd.

Aard van patiëntenpopulatie speelt belangrijke rol

De gemiddelde HbA1c-waarde van een populatie patiënten wordt sterk beïnvloed door de aard van de patiënten in een ziekenhuis. Dit wordt duidelijk aan de hand van onderstaand voorbeeld.

Inzicht in de populatie

Het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Vlissingen heeft gemiddeld de laagste HbA1c-waarde van Nederland: 6,7, gebaseerd op 8154 patiënten. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam heeft het hoogste HbA1c-gemiddelde: 8,3 bij 2026 patiënten. Diabetes komt in Zeeland evenveel voor als in de regio Amsterdam. Hoe kan de populatie dan toch verschillen? Na analyse van de inspectie blijkt een verschil in functie van het ziekenhuis een belangrijke oorzaak. Samen met de locaties Terneuzen en Goes, leverde het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Vlissingen gegevens van zo'n 17.000 diabetespatiënten, terwijl er op basis van data van de GGD maar 10 500 diabetespatiënten in Zeeland zouden moeten zijn (dekkingspercentage 160%). Dit betekent dat in Zeeland iedere diabetespatiënt én meer mensen onder controle zijn van een internist of een HbA1c-bepaling hebben ondergaan. Daarentegen zorgen de zes Amsterdamse ziekenhuizen samen voor 10.421 diabeten, op een populatie van ruim 25 000 patiënten (dekkingspercentage 41%).

Bovenstaande situatie wil niet zeggen dat de zorg in Zeeland goed of slecht is, alleen dat het anders georganiseerd is dan in Amsterdam. De vragen aan het ziekenhuis moeten zich daar aan aanpassen. De vragen in Zeeland moeten zich meer richten op het samenwerken met de eerste lijn en de functie van de ziekenhuizen in relatie tot de huisartsen. Dit voorbeeld illustreert ook het belang van een goede toelichting. Het Admiraal de Ruyterziekenhuis geeft gegevens over 11743 patiënten (ruim twee keer zo veel als het een na grootste ziekenhuis Het Maasstadziekenhuis met 5232 patiënten op twee locaties. De toelichting daarbij is beperkt, transmurale populatie. Het is verstandig om van een toelichting gebruik te maken als uitslagen zo sterk afwijken van die van andere ziekenhuizen.

De inspectie vroeg een verklaring voor de verschillen tussen ziekenhuizen in de regio Amsterdam. De bandbreedte hier loopt uiteen van 7,2 voor het Slotervaartziekenhuis tot 8,3 voor het OLVG bij respectievelijk 1640 en 2026 patiënten. Deze hoge gemiddelde HbA1c-waarde kan een teken zijn van slechte regulatie van de diabetes.
De NIV (de Nederlandse Internisten Vereniging) geeft daarbij een toelichting die in ieder geval een aardig zicht geeft op de oplossingen die ziekenhuizen gevonden hebben om de zorg voor chronische patiënten vorm te geven. Het Slotervaart heeft ervoor gekozen om zich te richten op zorgverleners die meertalig zijn, om zo de zorg beter aan te laten sluiten bij de doelgroep. Patiënten blijven daardoor in het ziekenhuis, ook als zij goed gereguleerd zijn. De HbA1c is (dan ook) laag. Het OLVG voert een project uit met een diabetesbus, waardoor de primaire zorg dichter bij huis komt te liggen. Alleen patiënten met problemen die te ernstig zijn om op deze manier behandeld te worden komen nog in het ziekenhuis.

15 Cardiologie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 15, pagina 72
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

- Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie
- Ziekenhuissterfte na opname voor een (acuut myocard infarct) AMI.
- Evaluatie van het inbrengen van pacemakers, deelname aan systematische registratie van gegevens.
- Heropname na hartfalen.

Belang van de indicator

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en invaliditeit in Nederland. Een op de drie mensen overlijdt als gevolg van hart en vaatziekten. Per dag zijn dat gemiddeld 52 mannen en 60 vrouwen. Het sterftecijfer is door medisch-technologische toepassingen de afgelopen decennia aanzienlijk gedaald, maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Gezien het belang voor de volksgezondheid en de grote verschillen binnen de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten staan alle indicatoren vanaf 2010 in één hoofdstuk. Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen en krijgen dus te maken met meerdere specialisten. Bij het beoordelen van de kwaliteit is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties, de deskundigheid van het team bij hart- en vaatoperaties, de nazorg na een hartoperatie en de zorg voor patiënten met chronische problemen. De IGZ bekijkt de cardiologie-indicatoren in samenhang met andere indicatoren die betrekking hebben op hart- en vaatziekten, zoals het volume van de aneurysma operaties (hoofdstuk 8), de beademingsduur na hartoperaties (hoofdstuk 12) en de 'door-to-needle time' bij het CVA (hoofdstuk 16).

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

De sterfte van patiënten na het EAC is hoog (voor 2009: meer dan 10%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak en wat was daar de uitkomst van?
- Is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
- Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die de hoge sterfte kunnen verklaren en zijn deze rectificeerbaar?

De sterfte van patiënten met een EAC is laag (voor 2009: minder dan 2,5%)
– *Welk onderzoek is er gedaan naar de oorzaak van de lage sterfte en wat was daar de uitkomst van?*
– Is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
– Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die de lage sterfte kunnen verklaren en zijn deze overdraagbaar?

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

Het aantal patiënten met een acuut hartinfarct (AMI) (voor 2009: minder dan 85 patiënten) en het aantal nieuwe patiënten op de polikliniek is laag (voor 2009: 750 patiënten)
– Hoe garandeert het ziekenhuis dat de behandeling van kleine aantallen patiënten voldoet aan de standaarden van verantwoorde zorg?

De ziekenhuissterfte bij patiënten met een AMI is hoog (bij patiënten onder of boven de 64 jaar) (voor 2009: meer dan 3,5% voor patiënten jonger dan 65, meer dan 10% voor patiënten 65 jaar en ouder)
– Is onderzoek gedaan naar een mogelijke oorzaak?
  - Zo ja: Wat was daar het resultaat van en welke maatregelen zijn genomen?
  - Zo nee: Wat is de aanleiding om een preventieve analyse – wanneer er nog geen calamiteiten zijn opgetreden – van zorgproblemen uit te voeren?

Twee of alle van de drie sterfte-indicatoren (AMI onder de 65 jaar, AMI boven de 65 jaar en sterfte op de polikliniek) zijn hoog (of één resultaat hoog en voor een van de andere twee indicatoren geen gegevens)
– Wat is het resultaat van de uitgevoerde analyse?

Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers niet systematisch of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg (DIPR of andere registraties)
– Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers?
– Wat is het beleid met betrekking tot landelijke registraties en het gebruik van benchmarkgegevens?

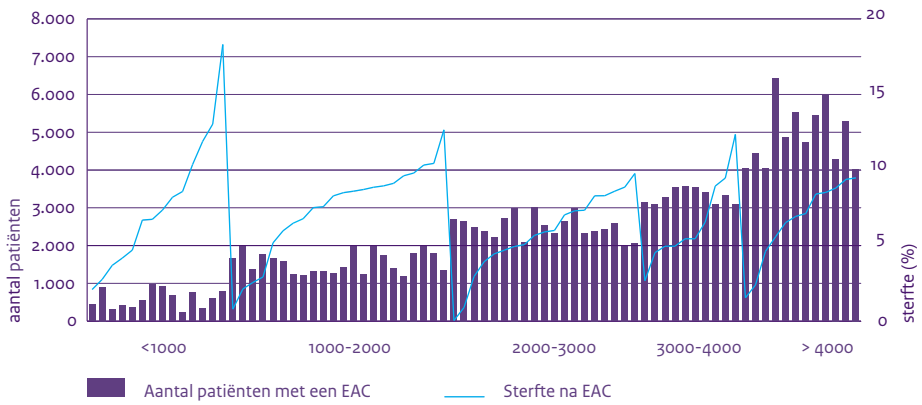
– Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt (DSCA, Blaascarcinoom, Ziekenhuisinfecties, Complicatieregistratie, Decubitus, Ondervoeding)?

Het percentage heropnames bij hartfalen is hoog (voor 2009: voor patiënten jonger dan 75 jaar meer dan 16%, voor patiënten 75 jaar en ouder meer dan 13%)
– Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak hiervan en wat was daar de uitkomst van?
– Is er een polikliniek hartfalen en zo ja, welke groepen patiënten worden gezien op de polikliniek hartfalen?
– Is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
– Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering met problemen die het hoge aantal heropnames kunnen verklaren en zijn deze rectificeerbaar?

Het percentage heropnames is laag (voor 2009: voor patiënten jonger dan 75 jaar minder dan 2%, voor patiënten 75 jaar en ouder meer dan 2,6%)
– Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak hiervan en wat was daar de uitkomst van?
– Is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
– Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die het lage aantal heropnames kunnen verklaren en zijn deze wenselijk en overdraagbaar?

Figuur 15.1

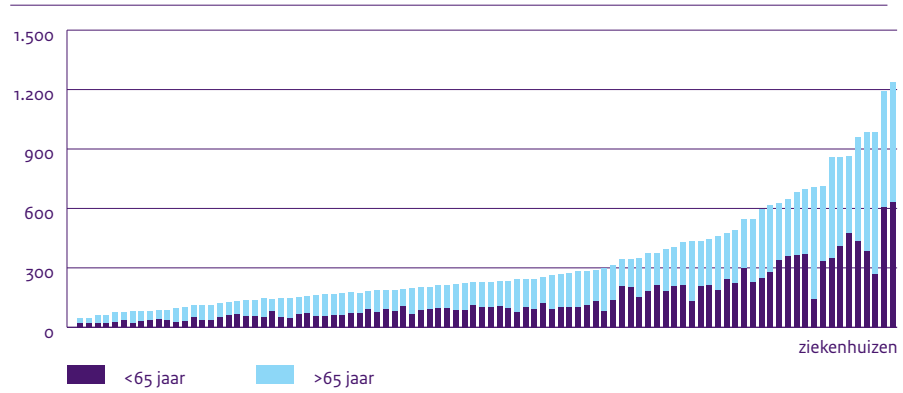
Sterfte na een eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie (n=77)



5 van de 95 ziekenhuizen met een afdeling Cardiologie geven het aantal patiënten met een EAC niet op. In de overige 91 ziekenhuizen brachten ruim 200.000 patiënten een eerste polibezoek.
Het aantal patiënten varieerde van 233 tot 8879. Het Waterlandziekenhuis en het Medisch Centrum Alkmaar weigeren gegevens te leveren voor deze indicator.
Van 77 ziekenhuizen is de sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder in het jaar na EAC op de polikliniek bekend. Gemiddeld is 6,4% van deze patiënten overleden voor 31 december van het jaar ná het bezoek. Het percentage varieerde van 0 tot 18%.

Figuur 15.2

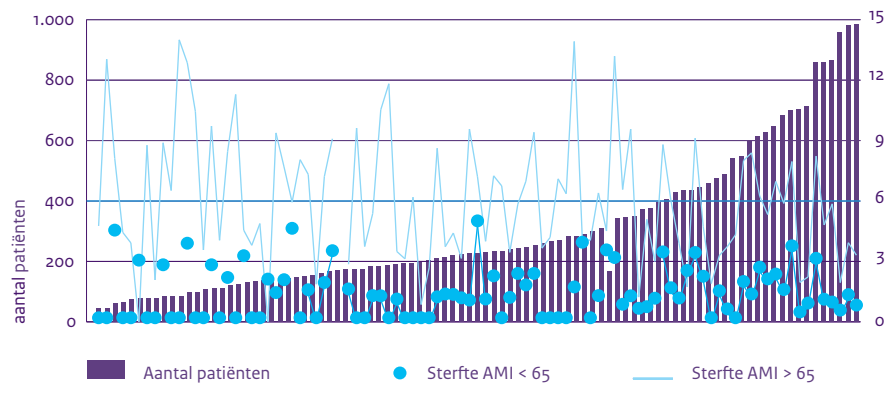
Cumulatief aantal opnames voor een acuut myocardinfarct



In 94 ziekenhuizen zijn 30.707 patiënten met een acuut hartinfarct opgenomen; 44,4% van deze patiënten was jonger dan 65 jaar. In enkele ziekenhuizen betrof dit de cijfers van de eerste helft van 2009.
Het aantal opnames varieerde van 44 tot 1238 (gemiddeld 310). Het ziekenhuis in Dokkum geeft aan geen AMI-patiënten te behandelen en patiënten uit de regio automatisch door te sturen naar het ziekenhuis in Leeuwarden..

Figuur 15.3

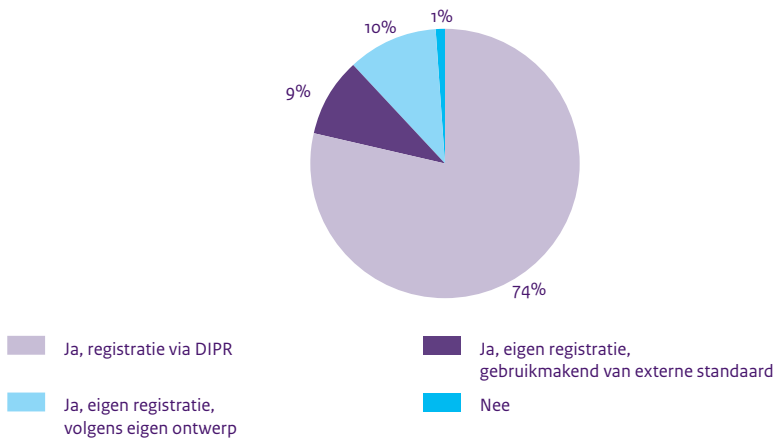
Sterfte aan acuut hartinfarct (n=95)



De gemiddelde sterfte aan een acuut hartinfarct bij patiënten jonger dan 65 jaar was 1,2%. Bij patiënten van 65 jaar en ouder was dat 6%. Voor deze ouderen was de kans op overlijden gerelateerd aan de omvang van de patiëntengroep. In ziekenhuizen met minder dan 100 patiënten was de gemiddelde sterfte 7,5% (variërend van 0 tot 13%); in ziekenhuizen met meer dan 500 patiënten 5,1% (variërend van 2 tot 8%).

Figuur 15.4

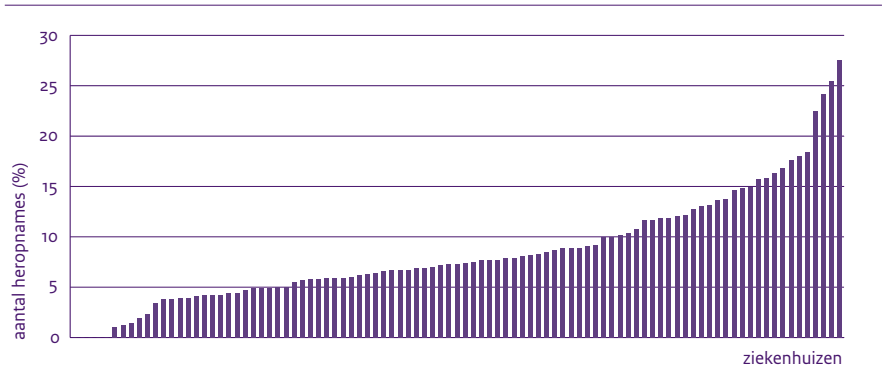
Deelname aan kwaliteitsregistratie voor pacemakers



Van de 95 ziekenhuizen registreerden 74 (78%) het aantal plaatsingen via de landelijke database DIPR, 14 ziekenhuizen (15%) gebruikten een eigen registratiesysteem. 7 ziekenhuizen hebben geen registratie; 3 willen die wel opzetten. Van de ziekenhuizen die via DIPR registreren gebruikt 78% deze registratie voor interne evaluatie. Bij een eigen registratiesysteem is dat 29%.

Figuur 15.5

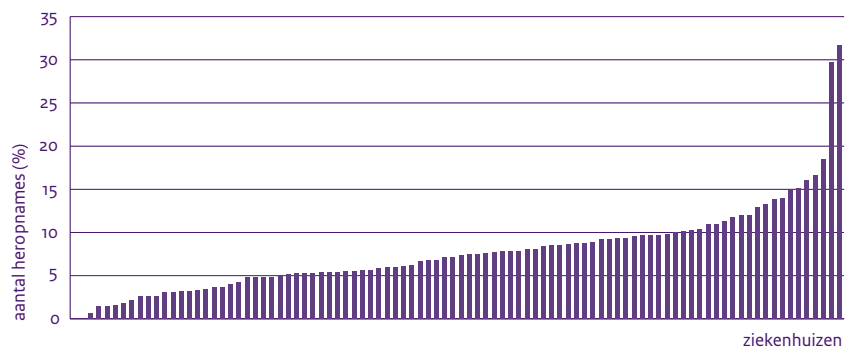
Percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar (n=95)



De 95 ziekenhuizen hebben 10.684 opnames voor hartfalen bij patiënten jonger dan 75 jaar gehad. 934 daarvan zijn heropnames (8,7%). Het percentage varieerde van 0 tot 27,6%.

Figuur 15.6

Percentage heropnames voor hartfalen bij patiënten van 75 jaar en ouder (n=94)



De gegevens over heropnames hartfalen voor patiënten van 75 jaar en ouder zijn bekend voor 94 ziekenhuizen. In de groep van 75 jaar en ouder hebben 15.391 opnames plaatsgevonden. Daarvan zijn er 1.192 heropnames geweest (7,7%). Hier liep het percentage uiteen van 0 tot 31,7%.

Aandachtspunten voor de cardiologie en de daarbij horende indicatoren

Hart- en vaatziekten zijn ernstige aandoeningen en leiden vaak tot het overlijden van een patiënt. Door goede zorg en een gezondere levensstijl daalt de sterfte aan hart- en vaatziekten al enige decennia. Ook ondertussen breed ingevoerde behandelingen als het snel uitvoeren van een PCI, ofwel dotteren, droegen bij aan een lager sterftecijfer. Het is alleen mogelijk om een dergelijk kwaliteitsniveau vol te houden als een beroepsgroep kritisch naar zijn eigen resultaten kijkt, landelijk én lokaal.

Sterfte als indicator

De Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) behoort tot de meest vooruitstrevende groepen als het gaat over het definiëren van indicatoren. Zij heeft bijvoorbeeld de meeste ervaring met het hanteren van sterfte als indicator. Op dit moment zijn drie sterfte-indicatoren in gebruik:

- Ziekenhuissterfte na een myocardinfarct (voor patiënten onder en boven de 65 jaar) (met enige variatie in gebruik vanaf 2003).
- Sterfte in het jaar na een eerste bezoek aan de polikliniek (in gebruik vanaf 2007, maar pas verzamelen vanaf 2009).
- Sterfte na een PCI (in gebruik vanaf 1 januari 2010).

Beter onderzoek door samenwerking

Aanvankelijk stonden problemen bij de verzameling van gegevens (het opsporen van overleden patiënten) een goede interpretatie in de weg. De laatste jaren is de samenwerking met de gemeentelijke basisadministratie zó verbeterd dat het mogelijk is om onderzoek te doen naar sterfteverschillen tussen groepen van duizend patiënten en meer. Dat levert interessante informatie op voor de IGZ. De recente discussie rond de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) laat zien dat er grote belangstelling bestaat voor sterftecijfers.
Om die reden vindt de inspectie dat zorgvuldig onderzoek en discussie moet plaatsvinden. Deze discussie dient door het grote belang zo veel mogelijk in de openbaarheid gevoerd te worden.

Ziekenhuis helpt met analyse cijfers

Veel gegevens over sterfte en ziekenhuissterfte zijn alleen op provinciaal of lokaal niveau beschikbaar. Dat maakt het voor de IGZ lastig om op landelijk niveau een analyse te maken. De inspectie vraagt daarom in veel gevallen een goede eigen analyse van de cijfers door het ziekenhuis. Alleen het ziekenhuis beschikt over de specifieke lokale gegevens en kan de resultaten beoordelen. Dit wordt duidelijk aan de hand van onderstaand voorbeeld.

Uiteenlopende sterftecijfers na hartinfarct

De locatie Delfzicht van de Ommelander Ziekenhuis Groep in Noordoost-Groningen heeft een hoog sterftepercentage bij alle in 2009 in gebruik zijnde sterfte indicatoren. 79 op de 606 patiënten (13%) overleden in het eerste jaar na het eerste bezoek aan de polikliniek. De 13% sterfte ligt duidelijk boven de signaleringsgrens. Op het eerste gezicht doet dit ziekenhuis het veel slechter dan bijvoorbeeld de Alysis Zorggroep in Arnhem. Daar overleden 84 patiënten op een totaal van 3140 (2,7%). Statistisch gezien is de kans nihil dat dit verschil toeval is. Zo'n groot (vijfvoudig) verschil zou dus ook zichtbaar moeten zijn in de bevolkingsstatistieken. Dat blijkt niet het geval: de gestandaardiseerde sterfte aan hart- en vaatziekten in Delfzijl is 22 per 10.000 inwoners. De gestandaardiseerde sterfte in de gemeente Arnhem is 24,9 per 10.000 inwoners (RIVM, 2008). De conclusie dat het Groningse ziekenhuis slechter presteert dan het ziekenhuis in Arnhem is dus niet op zijn plaats.

Maar hoe kan het verschil dan wel verklaard worden? Het lijkt niets te maken te hebben met het aantal mensen dat de polikliniek bezoekt. Arnhem heeft weliswaar vijf keer zo veel eerste polikliniek bezoeken, maar dat komt ongeveer overeen met het verschil in aantal inwoners. Ook het aantal opnames voor hartinfarct is in de provincie Groningen vergelijkbaar met de regio Arnhem. Een heel groot verschil in de snelheid waarmee patiënten ziekenhuishulp inroepen lijkt dus niet waarschijnlijk. Een mogelijke verklaring kan liggen in de regionale functie van een ziekenhuis. Wanneer wordt iemand verwezen naar de polikliniek? Het ziekenhuis is de enige die dit soort vragen kan beantwoorden. Het heeft de beschikking over veel meer lokale gegevens die essentieel zijn voor een oordeel. De kwaliteit van de analyse kan beoordeeld worden, de hoogte van het sterftecijfer niet.

16 Cerebrovasculair accident

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 16, pagina 81
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

– Door-to-needle time thrombolyse.

Belang van de indicator

In dit hoofdstuk komt het cerebrovasculaire accident (CVA), ofwel een beroerte, aan de orde. In 2007 waren er 191.000 mensen met een CVA.[4] Er komen twee vormen voor: de hersenbloeding (bij ongeveer een kwart van de patiënten) en het herseninfarct dat ontstaat door een vaatafsluiting (bij ongeveer driekwart van de patiënten). Met name bij een hersenbloeding is de kans op overlijden of blijvende invaliditeit groot. Het CVA komt vooral voor bij ouderen en door de vergrijzing zal het aantal mensen met een CVA in de toekomst nog verder toenemen.
De afgelopen jaren is een nieuwe veelbelovende behandelmethode voor het herseninfarct ontwikkeld, waardoor de sombere vooruitzichten van deze ziekte veranderen. Bij deze behandeling is het motto: 'hoe sneller de behandeling begint, hoe beter het resultaat'. Om een tijdige behandeling 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.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis heeft de vragen over trombolyse niet ingevuld

– Hoe is de zorg voor patiënten met een CVA geregeld en zijn hiervoor met de eerste lijn en andere ziekenhuizen afspraken gemaakt?
– Op welke wijze evalueert het ziekenhuis het functioneren van de neurologie?
– Op welke wijze evalueert het ziekenhuis de zorg voor spoedeisende patiënten?
– Heeft het ziekenhuis wel inzicht in de gegevens over spoedeisende scopieën, de heupfractur of de behandeling van pneumonie (longontsteking) die in de basisset van 2010 staan?

[4] Volksgezondheid en Toekomstverkenningen VTV 2010.

Het ziekenhuis past geen trombolyse toe

– Staat in de toelichting waarnaar patiënten voor trombolyse worden verwezen en welke afspraken hierover met de verwijzers en ambulancedienst zijn gemaakt?
– Zo niet, welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
– Zijn het afgelopen jaar patiënten opgenomen die achteraf in aanmerking zouden zijn gekomen voor trombolyse?

Het aantal patiënten bij wie trombolyse is toegepast is klein (voor 2009: minder dan 10)

– Staat in de toelichting dat trombolyse in de regio meestal in een ander ziekenhuis plaatsvindt? Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
– Hoe garandeert het ziekenhuis bij een behandeling die weinig voorkomt dat deze voldoet aan de standaarden van verantwoorde zorg?

Het percentage patiënten bij wie trombolyse binnen één uur is toegepast, is relatief klein ten opzichte van de groep waarbij dit later is uitgevoerd (voor 2009: minder dan 46% van de trombolyses zijn uitgevoerd binnen één uur)

– Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak?
– Zo ja, wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
  - Was de reden dat het ziekenhuis ook arteriële trombolyse aanbood, waardoor de organisatie en nader onderzoek meer tijd vergen? Biedt het ziekenhuis deze methode aan in de vorm van een wetenschappelijk onderzoek? Is er toestemming van de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC), hoe ziet de patiënteninformatie eruit en is er sprake van vrijwillige instemming van de patiënt op basis van voldoende informatie?
– Zo nee, wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren (preventief in de zin dat er nog geen calamiteiten zijn opgetreden)?

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

– Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat alle patiënten binnen 1 uur na binnenkomst zijn behandeld?

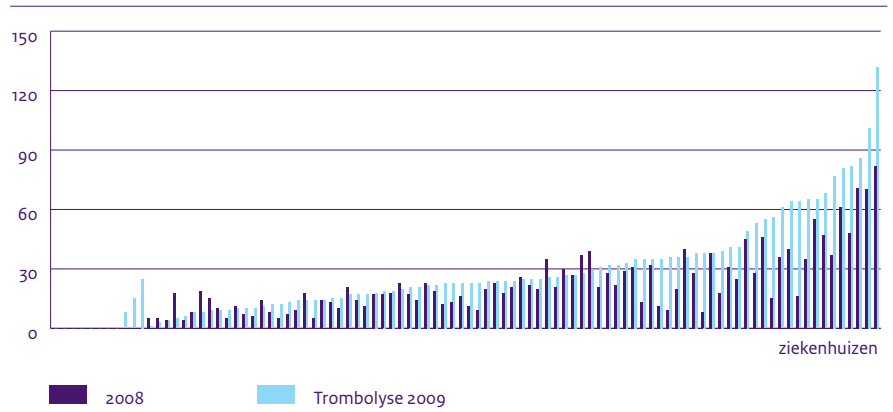
Het aantal patiënten bij wie trombolyse is toegepast is in 2009 minder dan 10 (waarbij het percentage trombolyse is 100%)

– Wat zijn de criteria voor trombolyse?
– Heeft het ziekenhuis geanalyseerd welke factoren bepalen wie uiteindelijk wel en wie niet in aanmerking komt voor trombolyse? Bijvoorbeeld:[5]
  - Welk percentage van de patiënten komt in aanmerking voor trombolyse?
  - Heeft de kans op trombolyse te maken met het tijdstip waarop de patiënt wordt opgenomen?

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

Figuur 16.1

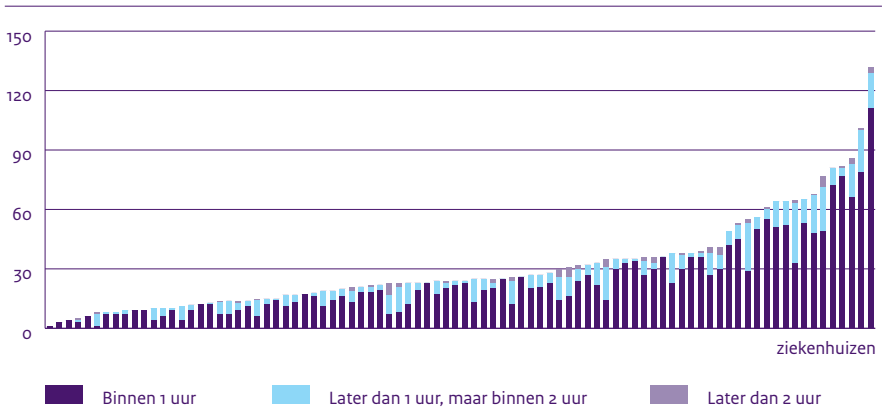
Aantal patiënten met trombolyse in 2008 en 2009 (n=96)



In 96 ziekenhuizen bestaat een afdeling Neurologie. In 2008 werden in 85 ziekenhuizen patiënten behandeld met trombolyse, in 2009 was dit aantal toegenomen tot 88 ziekenhuizen. 8 ziekenhuizen gaven in 2009 geen trombolyse; 6 van hen verwezen patiënten door naar een ander ziekenhuis in de regio.
Het aantal behandelde patiënten nam toe van 1.950 in 2008 naar 2.707 in 2009. In de 88 ziekenhuizen die trombolyse aanboden varieerde het aantal patiënten van 1 tot 132 (gemiddeld 31).

Figuur 16.2

Trombolyse bij CVA-patiënten (n=88)



Bij 2.076 patiënten (76,9%) werd trombolyse gestart binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis. Het percentage patiënten dat binnen één uur behandeld werd varieerde van 12,5 tot 100%. Bij 71 patiënten (2,6%) startte de behandeling na meer dan 2 uur. Dit percentage varieerde van 0 (alle patiënten binnen de twee uur) tot 26,1.

Aandachtspunten voor het CVA en de daarbij horende indicator

De mogelijkheden voor de behandeling van een CVA breiden zich uit, enerzijds door nieuwe medicijnen en toedieningsmogelijkheden, anderzijds doordat ziekenhuizen deze behandeling steeds meer toepassen. Een aantal onderzoeken toont aan dat door het toedienen van medicijnen bij patiënten met een herseninfarct de kans op overleven verbetert. Ook vermindert de kans op blijvende schade. Dit is een veelbelovende ontwikkeling. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) noemde in de standaarden 2009 trombolyse nog 'enigszins experimenteel', maar adviseerde desondanks patiënten met een CVA in regio's waar trombolyse wordt toegepast met spoed door te verwijzen. Om een tijdige behandeling bij patiënten met een herseninfarct te bevorderen stelde de NVN met ingang van 2008 voor de 'door-to-needle time' als indicator op te nemen.

Binnen een jaar goede resultaten

De 'door-to-needle time' laat het tweede jaar een mooi resultaat zien. Het aantal behandelde patiënten is met bijna 40% toegenomen en het percentage snelle behandeling steeg van 65 naar 76,6%. Ook lieten 10 ziekenhuizen in de toelichting bij de indicatoren weten dat het resultaat van de indicator in hun ziekenhuis aanleiding was voor een analyse van de trombolysetijden en tot verbeteracties heeft geleid. Een minder hoog percentage patiënten dat binnen het uur werd behandeld, betekent andersom niet dat de zorg niet op orde is. Zo meldt het Medisch Centrum Haaglanden in de toelichting bij de indicator dat in het Neurovasculair Centrum ook endovasculaire interventies worden gedaan. Deze arteriële trombolyse is een nieuwe, nog experimentele, behandeling bij uitgebreide stolsels, waarbij een interventieradioloog de medicijnen direct ter plaatse van het stolsel inbrengt. Door de techniek en het extra onderzoek dat dit vergt, is de tijd tot de start van de behandeling langer (niet onder de signaleringsgrens). Het ziekenhuis kiest hier bewust voor omdat het uiteindelijke resultaat beter kan zijn. De IGZ vindt dat de indicator vernieuwing van de behandeling niet in de weg mag staan. Ziekenhuizen dienen nieuwe behandelvormen dan wel uit te voeren in de vorm van een wetenschappelijk onderzoek, goedgekeurd door de METC en door de geïnformeerde patiënt of zijn naasten. Dit voorbeeld illustreert het nut van een toelichting. Als er bijzondere omstandigheden aanwezig zijn die een andere beoordeling vragen, horen ziekenhuizen deze in de toelichting te vermelden. Het is dan aan de inspecteur om te beoordelen hoe zwaar deze omstandigheden wegen en of verder onderzoek nodig is.

Beleid relevant voor alle spoedeisende behandelingen

Zowel bij een hartinfarct als bij een herseninfarct geldt dat hoe sneller met de behandeling wordt begonnen hoe beter de uitkomst is. Dat betekent dat de organisatie van de spoedeisende hulp (SEH) of de afdeling die een patiënt met (het vermoeden van) een infarct ontvangt, ingericht moet zijn op snelle diagnostiek en behandeling. Dat houdt ook in dat voor adequate behandeling 7x24 uur een arts met voldoende ervaring, het laboratorium én beeldvormende diagnostiek beschikbaar moet zijn. Hiervoor zijn regionale afspraken nodig met de verwijzers en de ambulancedienst, zodat een patiënt met (mogelijk) een infarct met spoed wordt verwezen. In dat licht is het noodzakelijk één richtlijn te maken voor het

verwijsbeleid, die zowel door de eerste als door de tweede lijn wordt nagevolgd. Om het belang van een snelle verwijzing te onderstrepen, adviseren de UMC's om naast de 'door-to-needle time' ook de 'onset-to-needle time' op te nemen in de indicatoren.[6] Een variant daarvan is de 'call-to-needle time', de tijd tussen het inroepen (eventueel via 112) van hulp en de trombolyse. Voordeel hiervan is dat de verschillende schakels van de zorgketen hiervoor een samenhangend verbeterplan kunnen maken.

[6] UMC's gespiegeld 2009

17 Heupfractuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 17, pagina 83
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

– Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is.
– Het registreren van heupfracturen in de Landelijke Trauma Registratie (LTR).

Belang van de indicator

De inspectie kijkt met onder andere deze indicator naar de organisatie van de spoedeisende hulp in een ziekenhuis. De andere indicator is de snelheid van trombolyse. Het verschil tussen beide indicatoren is het tijdsbestek: trombolyse onderzoekt acties die binnen enkele uren plaatsvinden, heupfractuur bestrijkt tientallen uren. Een andere reden dat de IGZ aandacht besteedt aan heupfracturen is dat het een kwetsbare groep oudere patiënten betreft, waarbij meerdere problemen tegelijkertijd voorkomen.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten dat binnen 24 uur is geopereerd (conditiescore) is laag gezien de ASA-score (voor 2009: ASA 1-2: minder dan 81%, ASA hoger dan 2: minder dan 70%, ASA onbekend: minder dan 65%)

– Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
– Welk onderzoek heeft het ziekenhuis zelf gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces o.a door vergelijking met andere ziekenhuizen? En wat was daarvan het resultaat?
  - Welke andere groepen ingrepen zijn ook in het onderzoek betrokken?

Het percentage snel geopereerde patiënten is erg hoog in een of meer van de ASA-klassen (voor 2009: ASA 1-2: meer dan 98%, ASA hoger dan 2: meer dan 95%, ASA onbekend: 100%)

– Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek voor patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
  - Hoe ver is het ziekenhuis met invoer van de richtlijn operatief proces voor semi-spoedpatiënten?

Het percentage patiënten met een hoge ASA-score is lager of gelijk aan patiënten met een lage ASA-score

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

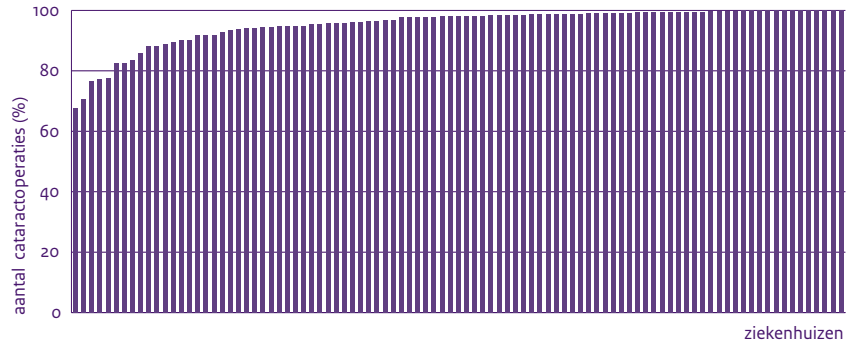
De ASA-score ontbreekt vaak

– Betreft dit de groep conservatief behandelde patiënten?
– Zo nee, hoe waarborgt het ziekenhuis de communicatie van preoperatieve gegevens?

Resultaten

Figuur 17.1

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



87 ziekenhuizen hebben het percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 (goede conditie) dat binnen één kalenderdag is geopereerd, opgegeven. Het gemiddelde is 85,7% (mediaan 91,6) en varieert van 28,8 tot 100%. 9 ziekenhuizen geven aan in 2009 alle patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse 1-2 binnen één kalenderdag operatief te hebben behandeld.

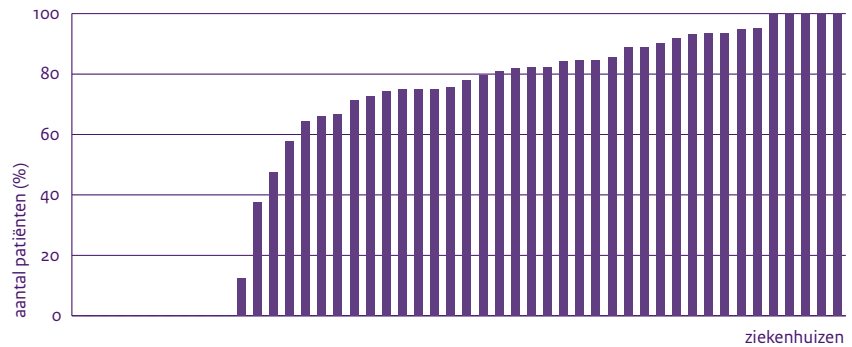
Figuur 17.2

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

88 ziekenhuizen hebben het percentage patiënten met een heupfractuur en ASA-klasse hoger dan 2 (matige tot slechte conditie) dat binnen één kalenderdag is geopereerd, opgegeven. Het gemiddelde is 80,1% (mediaan 83,9) en varieert van 0 tot 100%.

Figuur 17.3

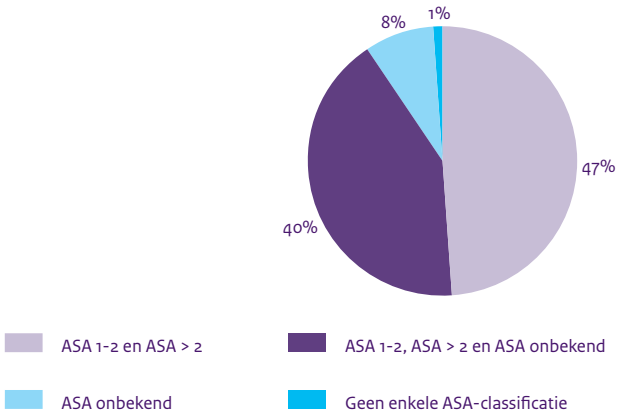
Percentage patiënten ASA onbekend met een heupfractuur binnen één kalenderdag geopereerd (n=48)



48 ziekenhuizen hebben het percentage patiënten met een heupfractuur en onbekende ASA-klasse dat binnen één kalenderdag is geopereerd, ingevuld. Het gemiddelde is 73,1% (mediaan 76,7) en varieert van 0 tot 100%.

Figuur 17.4

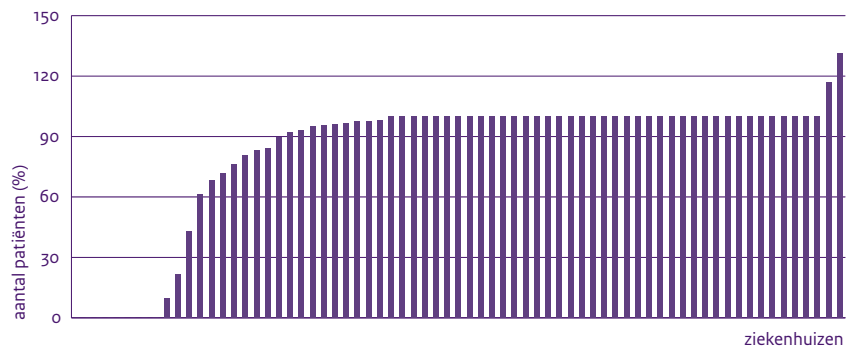
Beschikbaarheid van ASA-classificatie van heupfractuurpatiënten (n=97)



De inspectie heeft van 97 ziekenhuizen gegevens gekregen. 88 van deze ziekenhuizen maakten onderscheid in verschillende ASA-klassen. 47 van deze ziekenhuizen overlegden gegevens over patiënten met ASA-klasse 1-2 en ASA-klasse hoger dan 2. Daarnaast vulden 40 ziekenhuizen ook gegevens in over een groep patiënten waarvan de ASA-klasse onbekend was. Bij 8 ziekenhuizen werd het onderscheid in ASA-klassen niet gemaakt.

Figuur 17.5

Percentage patiënten met een heupfractuur geregistreerd volgens LTR (n=69)



Gemiddeld 84% van de 69 ziekenhuizen geeft aan volgens de standaarden van het LTR te registreren. Het percentage varieert van 0 tot 132%. De ziekenhuizen met meer dan 100% hebben ook patiënten opgenomen die jonger waren dan 65 of die zijn verwezen voor behandeling vanuit een ander ziekenhuis.

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

Snelheid en veiligheid zijn beide essentiële factoren bij het opereren van een heupfractuur. Voor de veiligheid van het operatief proces bestaan richtlijnen. Deze omvatten een serie controles die garanderen dat ziekenhuizen de juiste ingreep uitvoeren, bij de juiste patiënt, op de juiste manier en met de juiste middelen. Echter, deze richtlijnen beperken zich tot de electieve (niet spoedeisende) ingrepen. Veel van de risico's die de richtlijnen moeten ondervangen (patiëntverwisseling, ontbrekende apparatuur etc.) spelen ook bij spoedeisende operaties een rol. Het ziekenhuis zal dan ook moeten vastleggen welk deel van de richtlijn voor het pré-, per- en postoperatieve proces van toepassing is op deze groep van (semi-) spoedeisende patiënten. Indien dit niet is gebeurd zal de IGZ het proces toetsen alsof de richtlijn van toepassing is voor alle onderdelen vanaf het moment van opname in het ziekenhuis.

Kleine vertraging ook aanleiding onderzoek

Bij elke spoedoperatie is het belangrijk dat een ziekenhuis een balans vindt tussen het goed voorbereiden van een patiënt op een operatie en de korte termijn waarop de operatie moet plaatsvinden. Bij heupfracturen gaat het vaak om oudere patiënten bij wie problemen als hart- en vaatziekten, ondervoeding en delier kunnen voorkomen. Dat vraagt een bijzondere inspanning van het ziekenhuis, zeker bij patiënten met een hogere ASA-score: hoe zieker de patiënt, hoe meer aandacht nodig is voor de stabilisatie vóór de ingreep. Als er bij patiënten met een hoge ASA-score eenzelfde percentage na één kalenderdag wordt geopereerd als bij een lage ASA-score is er een indicatie voor onderzoek naar de zorgvuldigheid van die stabilisatie. Een deel van de ziekenhuizen heeft mogelijk de zorg zo goed georganiseerd dat de vertraging niet zo groot is voor een ziekere patiënt dat hij of zij veel later geopereerd moet worden, maar gezien de kwetsbaarheid van de groep is een onderzoek wel op zijn plaats. Dit is weer een voorbeeld van het feit dat een indicatie geen oordeel is, laat staan een veroordeling.

Spreiding van resultaten vraagt goede analyse

Er is nog steeds een vrij grote spreiding tussen ziekenhuizen in het percentage patiënten dat binnen 24 uur geopereerd wordt. Omdat deze indicator al ruime tijd in gebruik is, hebben ziekenhuizen voldoende tijd gehad een goede analyse te maken van de oorzaken van deze verschillen. De resultaten van deze analyse zijn niet alleen voor het ziekenhuis zelf van belang, maar kunnen ook andere ziekenhuizen helpen met het vinden van verbeterpunten. Daarom gaat de inspectie ervan uit dat ziekenhuizen de analyse uitgevoerd hebben op het moment dat de IGZ het gesprek aangaat met het ziekenhuis.

18 Mammacarcinoom

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 18, pagina 87
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

- Differentiatiebeleid.
- Percentage patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven.
- Beschikbaarheid van het verslag van de pré- en postopeartieve mammabespreking.

Belang van de indicator

Borstkanker (mammacarcinoom) vormt samen met kanker van de dikke darm, longkanker en prostaatkanker de grootste groep kwaadaardige aandoeningen. Hoewel de behandeling bij al deze vormen van kanker steeds beter wordt, is het nog steeds een belangrijke oorzaak van overlijden. De behandeling is ingrijpend en patiënten ervaren vaak bijwerkingen. Dat kan tijdelijk zijn door de chemotherapie, maar operaties en bestralingen kunnen ook bijwerkingen geven waarvan patiënten langdurig of zelfs levenslang last hebben.
De behandeling is complex en er zijn verschillende specialismen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, regie en bijblijven in het eigen vakgebied en dat van de collega-specialismen van groot belang. Zoals ook een duidelijke en toegankelijke verslaglegging van het behandelplan en de uitgevoerde behandeling cruciaal zijn. 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[7].
De indicatoren voor borstkanker geven een indicatie voor het gehele proces van de borstkankerzorg, inclusief de cytostaticabehandeling en de radiotherapie. De IGZ geeft er op de lange termijn de voorkeur aan te komen tot een set indicatoren waarin ook aandacht wordt besteed aan de latere fasen van de behandeling, na de chirurgie.
Omdat borstkanker een grote groep patiënten treft en de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de geleverde kwaliteit. De resultaten van de indicatoren laten vanaf 2003 een duidelijke variatie zien in de uitslagen van ziekenhuizen. De indicatoren hebben de afgelopen jaren inzichtelijk gemaakt dat ziekenhuizen heel wisselend presteren, ook al is nergens onverantwoorde zorg geconstateerd. Een recent KWF rapport vroeg ook aandacht voor de aanzienlijke verschillen in kwaliteit van de geleverde zorg.
De organisatie van de diagnostiek en behandeling van het mammacarcinoom is over het algemeen het best georganiseerd van alle vormen van kanker. De betreffende indicatoren geven dan ook vooral een indicatie van de bovengrens van de kwaliteit van de kankerzorg in een ziekenhuis. De inspectie vraagt naar het beleid bij de behandeling van borstanker

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

om zicht te krijgen op de geleverde zorg bij andere veel voorkomende vormen van kanker. De borstkankerzorg kent een aantal richtlijnen waarin getalsmatige normen zijn opgenomen. Een voorbeeld daarvan is de norm voor het aantal achtergebleven tumorresten.
Deze is in de richtlijn op 20% gesteld. In 2009 voldeed één ziekenhuis niet aan die norm.
De IGZ hanteert ook in dit gebied zijn algemene beleid van het onderzoeken van de zorg bij opvallende uitslagen (in dit geval de negen ziekenhuizen met de hoogste en laagste uitslag).

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

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

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

Het percentage geopereerde patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is hoog (voor 2009: minder dan 15%)

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

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

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

Het percentage patiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is laag (voor 2009: minder dan 3,5%)

- Doet het ziekenhuis onderzoek naar de tevredenheid van vrouwen over het cosmetisch resultaat?
- Wat is daar de uitslag van?
- Welke onderwerpen komen aan de orde bij het informed consent?
- Hoe verhoudt het aantal mammabesparende operaties zich tot het aantal borstamputaties?

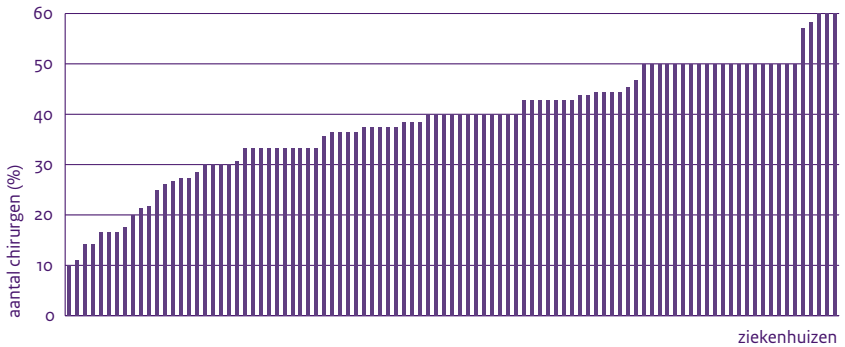
In het ziekenhuis is het verslag van het preoperatieve of het postoperatieve MDO niet elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem

- Hoe kunnen de behandelaars van alle betrokken specialismen op ieder gewenst moment beschikken over de verslaglegging van het MDO?
- Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het elektronisch beschikbaar stellen van een MDO-verslag?
- Hoe zien de afspraken in het MDO eruit?
- Wat is de status van de afspraken in een MDO in het ziekenhuis?

Resultaten

Figuur 18.1

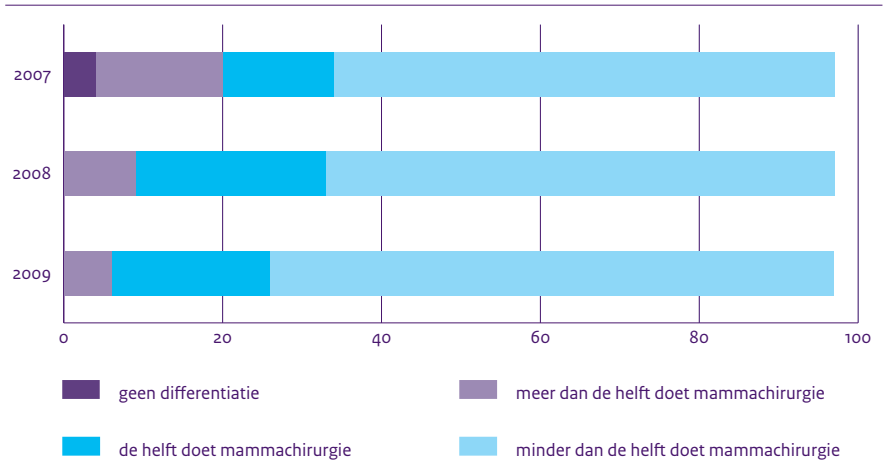
Percentage chirurgen dat mammacarcinoom behandelt (n=97)



Van 97 ziekenhuizen is bekend hoeveel chirurgen mammaoperaties verrichten. In totaal verrichten 329 van de 943 chirurgen in de maatschap/vakgroep chirurgische operaties bij patiënten met mammacarcinoom (34,9%). Het percentage per ziekenhuis varieert van 10 tot 60%.
In 5 ziekenhuizen is meer dan de helft van de chirurgen betrokken bij de behandeling van borstkanker, in 20 ziekenhuizen is dit precies de helft.

Figuur 18.2

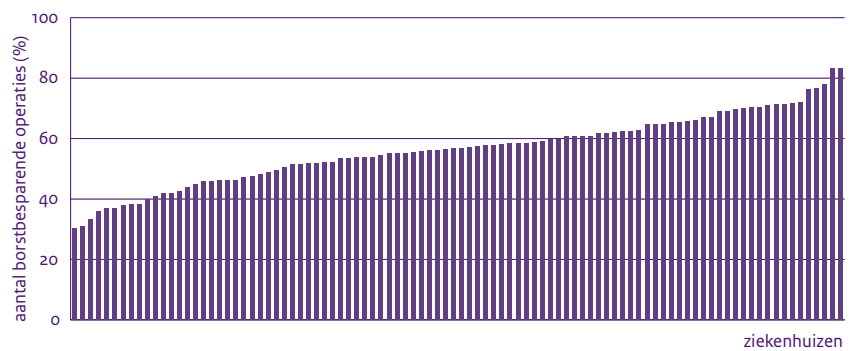
Differentiatiebeleid



Het differentiatiebeleid heeft in de afgelopen drie jaar zijn doel bereikt volgens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. De vijf ziekenhuizen met een percentage boven de 50% zijn ziekenhuizen met kleine maatschappen. In deze ziekenhuizen liggen de twee onderdelen van de norm (niet meer dan 50% van de maatschap en niet minder dan 2 chirurgen) zeer dicht bij elkaar.

Figuur 18.3

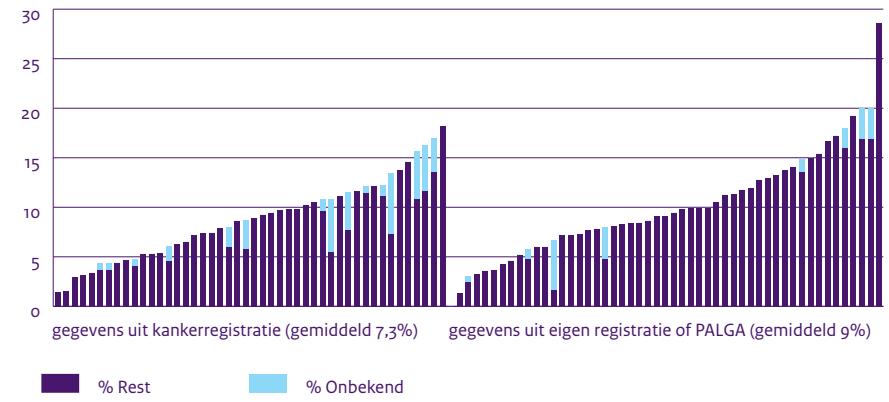
Percentage borstsparende operaties (n=96)



In totaal werden 15.076 patiënten chirurgisch behandeld voor borstkanker. Bij 8.559 patiënten (56,8%) was dat met een borstsparende operatie. Het percentage borstsparende operaties varieerde van 30 tot 83%.

Figuur 18.4

Percentage restweefsel bij twee groepen

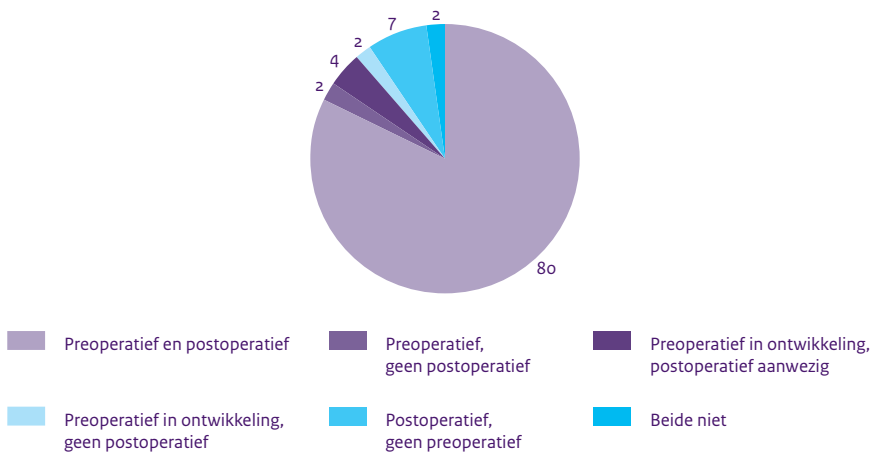


Bij 702 van de 8.559 patiënten (8,2%) met een borstsparende operatie bleef restweefsel achter en bij 49 patiënten (0,6%) was niet bekend of restweefsel was achtergebleven. Dit is beduidend lager dan in 2007 toen het gemiddelde percentage 12,2 was. Dit is deels het gevolg van betere preoperatieve diagnostiek in ziekenhuizen die in 2007 nog een zeer hoog percentage restweefsel hadden. Het hangt ook samen met het gebruik van een andere definitie. De definitie van restweefsel in de indicator is strenger (alle tumorrest, ook focaal) dan de definitie van de integrale kankercentra (exclusief kleine focale resten die geen invloed hebben op het beleid). Daarom is het voor een onderlinge vergelijking van belang welke bron de ziekenhuizen hebben gebruikt.

In enkele ziekenhuizen is bij een substantieel deel van de patiënten niet bekend of tumorrest is achtergebleven. Gemiddeld is dit bij 0,6% van de patiënten het geval, met een variatie van 0 tot 6%.

Figuur 18.5

MDO elektronisch beschikbaar



In 80 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.

Aandachtspunten voor de borstkankerzorg en de daarbij horende indicatoren

In 2008 zorgde de eerste publicatie over het aantal borstkankerpatiënten waarbij na de operatie tumorweefsel was achtergebleven voor veel publieke onrust. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) had in een richtlijn als norm gesteld dat er bij maximaal 10% van de borstsparende ingrepen tumorresten mochten achterblijven. In 2007 heeft de inspectie in overleg met de NVvH die grens overgenomen in de kwaliteitsindicator mammacarcinoom. Medio 2008 bleek uit de eerste resultaten (over het jaar 2007) dat in meer dan de helft van alle ziekenhuizen deze norm werd overschreden. Bij de opstellers van de indicator bestond de angst dat chirurgen met resultaten boven deze norm de resultaten zouden willen beïnvloeden door bij veel patiënten grotere operaties uit te gaan voeren. De verwachting was dat dit zou leiden tot een slechter cosmetisch resultaat. Om dit te voorkomen heeft het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland begin 2008 de norm bijgesteld naar 20%.
De norm voor tumorresten van 10% was volgens de NABON een streefnorm: een ontwikkeldoel voor de komende jaren waaraan op dit moment nog niemand hoeft te voldoen.
Het type norm dat de IGZ moet gebruiken voor het vaststellen dat onverantwoorde zorg is geleverd is een minimumnorm. Dat is een norm waaraan elke instelling op het moment van vaststelling van de norm móet voldoen. Een ziekenhuis dat niet aan een minimumnorm kan voldoen moet op zeer korte termijn actie ondernemen om wel aan de norm te voldoen, of moet stoppen met het verlenen van deze zorg. Een ziekenhuis dat constateert dat het zorg levert die niet aan een minimumnorm voldoet moet daarop onmiddellijk actie ondernemen. Als de IGZ later in het jaar het ziekenhuis bezoekt moeten acties al in gang zijn gezet. De IGZ zou dan hoogstens kunnen onderzoeken of het probleem goed is aangepakt en is opgelost. Signaleringsgrenzen voor indicatoren voor preventief toezicht zullen dan ook ruimer zijn dan normen van het veld voor onverantwoorde zorg. Preventief toezicht moet nu eenmaal in actie komen vóórdat een minimumnorm is overschreden.

Zorg voor borstkankerpatiënten over het algemeen voldoende geregeld

De grote variatie in de aangeleverde gegevens voor de kwaliteitsindicator mammacarcinoom en de ontstane onrust was voor de inspectie reden om in juli 2008 een onderzoek te starten. Daaruit bleek dat geen onverantwoorde zorg was aangetroffen in die ziekenhuizen waar na borstbesparende ingrepen vaker dan gemiddeld tumorresten achterbleven bij patiënten. Wel vond de inspectie een aantal aspecten die voor verbetering vatbaar waren. Uit eerdere publicaties van de IGZ over de indicatoren is bekend dat alle ziekenhuizen de zorg voor borstkankerpatiënten hebben geconcentreerd op een mammapoli.[8] Ook een multidisciplinair overleg voor de start van de behandeling was in 2007 al in alle ziekenhuizen gebruikelijk. De inrichting van de mammapoli en MDO varieert echter per ziekenhuis. Ieder ziekenhuis heeft eigen afspraken over welke specialisten betrokken zijn bij verschillende patiëntengroepen en welke patiënten preoperatief besproken worden. Een belangrijk aandachtspunt was de grote variatie in de wijze van verslaglegging van het MDO en de bereikbaarheid van die verslaglegging voor alle betrokken specialisten. In een eerder onderzoek naar de oncologische zorg stelde de inspectie al vast dat de variatie in verslaglegging en de bereikbaarheid van de verslagen voor alle vormen van kanker groot was en in veel ziekenhuizen niet voldeed aan de standaard voor verantwoorde zorg.[9]
Om die reden is vanaf 2010 een vraag over het MDO bij verschillende groepen kankerpatiënten opgenomen in de basisset met prestatie-indicatoren.

Onvoldoende differentiatie is een indicatie

Alle ziekenhuizen hebben een differentiatiebeleid om ervoor te zorgen dat een ervaren chirurg kankerpatiënten behandelt. Ziekenhuizen die dat niet volgens het advies van de richtlijn doen, vraagt de IGZ naar hun overwegingen. De relatie tussen ervaring en kwaliteit is van belang bij het stellen van de diagnose en de behandeling van zeldzame en complexe ziekten. De inspectie beoordeelt een onvoldoende differentiatiebeleid bij mammacarcinoom daarom in samenhang met de indicatoren voor concentratie van zorg.
Recent ontstond commotie over de keuzes die een verzekeraar wilde maken in het inkoopbeleid voor borstkankerzorg. Die commotie noopte de IGZ tot het uitbrengen van een persbericht waarin werd gemeld dat alle Nederlandse ziekenhuizen verantwoorde zorg leveren. Dit kan duidelijk maken hoe de taakverdeling is tussen zorgverzekeraar en toezichthouder. De toezichthouder bewaakt de grens tussen verantwoorde en onverantwoorde zorg. Binnen het gebied van verantwoorde zorg heeft de zorgverzekeraar het (wettelijk) recht ziekenhuizen te kiezen waarmee zij in de toekomst een contract afsluit.

[8] IGZ, 2006: Het resultaat telt 2005.

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

19 Cataract

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 19, pagina 94
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

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

Belang van de indicator voor de inspectie

Cataractoperaties (grijze of grauwe staar) zijn de meest voorkomende ingrepen in Nederlandse ziekenhuizen. Verreweg de grootste groep patiënten 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 het operatief proces. Voor de inspectie levert dit informatie op over de mate waarin een ziekenhuis in staat is om de kwaliteit van de oogheelkunde te bewaken aan de hand van data. De tweede indicator vraagt naar de wachttijd tussen de ingrepen wanneer beide ogen geopereerd worden. Er is een klein risico dat een ingreep mislukt, met als gevolg sterk verminderd zicht in het geopereerde oog. Als de beide ingrepen te kort na elkaar worden uitgevoerd, bestaat het risico op ernstige slechtziendheid aan beide ogen. Er zijn publicaties die stellen dat een goed operatief proces deze ernstige complicaties kan voorkomen, zelfs wanneer de ingrepen kort na elkaar plaatsvinden. De discussie over de betekenis van deze publicaties voor het gebruik van de richtlijn maakt duidelijk wat de relatie tussen wetenschappelijke literatuur en het gebruik en de ontwikkeling van richtlijnen moet zijn. Een korter interval – 28 dagen – tussen de operaties kan onder andere noodzakelijk zijn bij een groot verschil in gezichtsscherpte (visis) tussen beide ogen. Een oogarts en een patiënt moeten samen de risico's afwegen en komen tot een verantwoord besluit over het interval. Een score van 100% bij deze indicator is onwaarschijnlijk en mogelijk ongewenst.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis hanteert geen elektronische registratie van operatieve data

– Op welke wijze houdt het ziekenhuis de registratie bij?

Het percentage patiënten met 28 dagen wachttijd is laag (voor 2009: minder dan 86%)

– Op welke wijze garandeert het ziekenhuis de kwaliteit van de peri-operatieve veiligheid van de operaties op een zodanig hoog niveau dat het afwijken van de richtlijn verantwoord is?
– Wat is de reden dat zoveel patiënten met een kort interval of beiderzijds een cataract operatie ondergaan?
  - Welke informatie geeft het ziekenhuis in de informed consent procedure?
– Zijn er de afgelopen drie jaar in het ziekenhuis ernstige complicaties voorgevallen die hebben geleid tot permanent visusverlies (let op: gezien de lage frequentie van incidenten is het ontbreken van incidenten geen rechtvaardiging voor het afwijken van de richtlijn)?

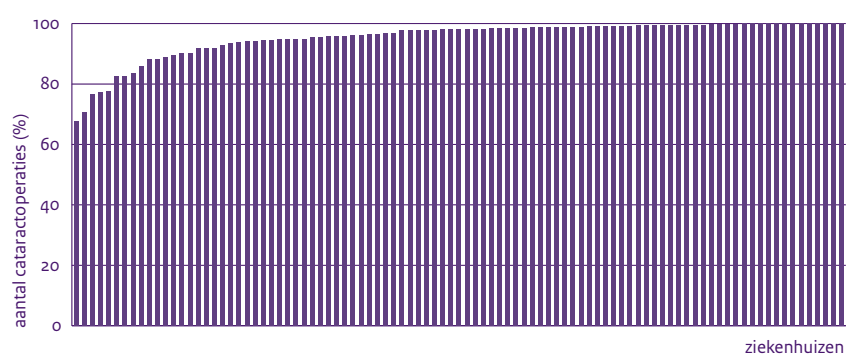
Het percentage patiënten met 28 dagen wachttijd is hoog (voor 2009: 100%)

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

Resultaten

Figuur 19.1

Percentage cataractoperaties waarbij 28 dagen wachttijd zit tussen het eerste en tweede oog (n=95)



Het percentage patiënten ouder dan 50 jaar met 28 dagen wachttijd tussen het eerste en tweede oog is bekend in 95 ziekenhuizen.
In totaal hebben 42.006 patiënten een cataractoperatie aan het tweede oog ondergaan. Daarvan zat bij 39.323 patiënten (93,6%) 28 dagen of meer wachttijd tussen de eerste en de tweede operatie. Percentages varieerden van 67,6 tot 100%.

Aandachtspunten voor de cataractchirurgie en de daarbij horende indicatoren

Met de indicator Registratie operatieve data willen de inspectie en de beroepsgroep komen tot een goed gestandaardiseerd systeem voor de bewaking van de kwaliteit van staaroperaties. Dat doel is in 2009 bereikt: in Nederland gebruikte alleen het Medisch Centrum Alkmaar nog een papieren registratie. Alle andere ziekenhuizen melden dat zij deelnemen aan de elektronische registratie van de beroepsgroep. De indicator heeft dan ook geen functie meer voor het stellen van een onderzoeksindicatie. De indicator kan daarmee vervallen, tenzij blijkt dat meerdere ziekenhuizen foutieve informatie hebben aangeleverd.

Risicobeheersing kan op verschillende manieren, dilemma's voor het toezicht

Goed zicht is belangrijk voor het goed functioneren van de patiënt. Daarbij zijn twee ogen wenselijk, maar is het behoud van minimaal een oog van het grootste belang. Het beleid zal dan ook gericht moeten zijn op voorkomen dat beide ogen tegelijkertijd risico lopen, tenzij dit risico zo laag is dat het verwaarloosbaar is. Een richtlijn helpt hen hierbij: het ziekenhuis opereert, stabiliseert en beoordeelt een oog, voordat het tweede oog aan de beurt is. Een andere, veilige strategie is het oog zo te beschermen tijdens de ingreep dat het risico op beschadiging van beide ogen nihil is. Hoewel deze methode de procedure van de richtlijn ter discussie stelt, is het doel hetzelfde. Wil een ziekenhuis de in de richtlijn genoemde interval van 28 dagen loslaten, zal het een uitzonderlijke bescherming van de ogen moeten kunnen garanderen. Een instelling zal dan ook moeten aantonen een meer dan normale of uitzonderlijke bescherming van de ogen te hebben bereikt, alvorens het in de richtlijn genoemde interval kan worden verlaten. Een certificaat, bijvoorbeeld van de beroepsgroep, zou hiervoor een manier kunnen zijn.
Het bestaan van literatuur die aantoont dat het mogelijk is om met een korter interval te opereren is geen argument voor het verlaten of zelfs niet invoeren van een richtlijn in een ziekenhuis. De inspectie gaat er van uit dat in de literatuur genoemde ontwikkelingen worden meegenomen in het proces voor het maken of herzien van een richtlijn. Innovatie is wel mogelijk, maar moet gekoppeld zijn aan de ontwikkeling van een richtlijn, bijvoorbeeld voor het testen van nieuwe werkmethoden vooruitlopend op een herziening van een richtlijn.

20 Kinderchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 20, pagina 98
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicator

– Onverwacht lange ligduur na een appendixoperatie bij kinderen.

Belang van de indicator

Kinderen vormen een bijzondere groep binnen de zorg. Zij zijn nog volop in ontwikkeling, waardoor behandelingen, zowel chirurgisch als medicamenteus, bijzonder ingrijpen. Een behandelaar moet daarom rekening houden met effecten op zeer lange termijn. Veel bloedwaarden van kinderen hebben andere normaalwaarden dan volwassenen, veel bewakingsparameters reageren anders en de anatomische verhoudingen verschillen. Kortom: kinderen vormen een bijzondere en kwetsbare groep, waarbij het streven is om behandelingen te concentreren bij chirurgen die hier bijzondere affiniteit mee hebben. Het liefst ook in gespecialiseerde centra. Sommige ingrepen, bijvoorbeeld de resectie van de appendix (blindedarm), worden in veel ziekenhuizen verricht. Gezien de bijzondere risico's bij kinderen kiest de IGZ voor een indicator die zich richt op brede chirurgische zorg voor kinderen. Gekozen is voor een verlengde ligduur, omdat ernstige complicaties hier vaak mee samen gaan. Nu is het optreden van ernstige complicaties niet per definitie onverantwoorde zorg. Het opvallend vaak verlengd zijn van die opnameduur moet, gezien de doelgroep, wél een signaal voor vakgroep en ziekenhuis zijn om na te gaan of goede zorg geleverd wordt. Bij een signaal kijkt de IGZ dan ook vooral naar de reactie van het ziekenhuis.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

De opnameduur is opvallend vaak verlengd. Daarbij kijkt de inspectie onder andere naar het verschil tussen het gemiddelde en de mediaan

– Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar een mogelijke oorzaak?
– Wat was daar het resultaat van en welke maatregelen zijn genomen?
– Bij het ontbreken van onderzoek:
  - Wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren?
– Wat is de verdeling tussen geperforeerde en 'tijdig' geopereerde appendices?
– Bij veel geperforeerde appendices:
  - Hoe ziet het proces tussen aanmelding en de ingreep er uit?

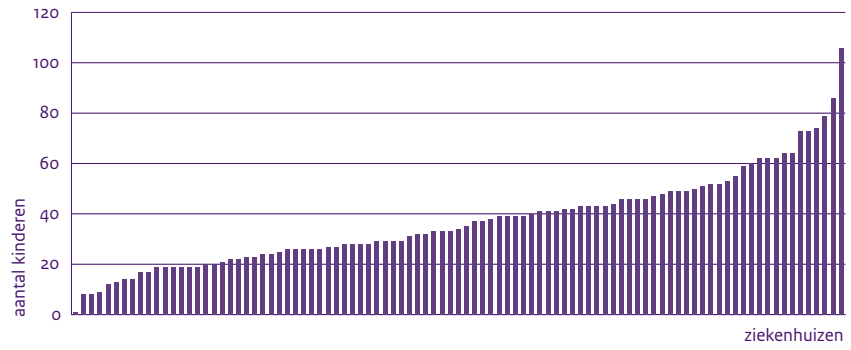
Het aantal ingrepen is opvallend laag

– Is er beleid voor het behoud van chirurgen ervaren in het behandelen van risicogroepen?
– Wat is de leeftijdsverdeling van de kinderen?
– Welke andere ingrepen worden bij kinderen uitgevoerd?

Resultaten

Figuur 20.1

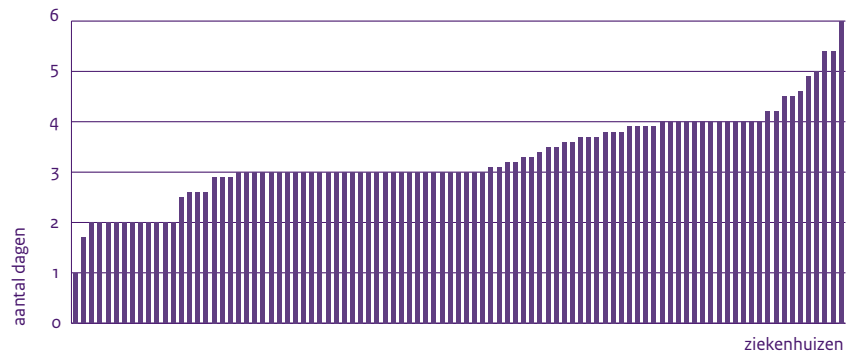
Aantal kinderen tot 15 jaar opgenomen voor een blinderdarmoperatie (n=95)



95 ziekenhuizen hebben gegevens over het aantal blindedarmoperaties bij kinderen tot vijftien jaar aangeleverd. In totaal zijn 3.520 jonge patiënten behandeld. Het aantal opnames varieerde van 1 tot 106.

Figuur 20.2

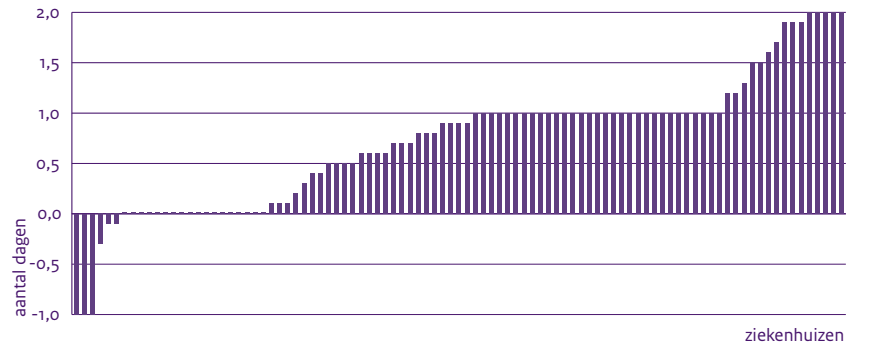
Gemiddelde opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar (n=95)



De gemiddelde opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar is 3,3 dagen. De opnameduur varieerde van 1 tot 6 dagen.

Figuur 20.3

Het verschil tussen gemiddelde en mediaan van de opnameduur na een blindedarmoperatie bij kinderen tot 15 jaar (n=95)



Zowel de gemiddelde opnameduur als de mediaan varieerde van 1 tot 6 dagen. Het verschil tussen het gemiddelde en de mediaan van de opnameduur varieerde van -1 tot 2 dagen.

Aandachtspunten voor de kinderchirurgie en de daarbij horende indicator

Indicatoren zijn bedoeld om een inspecteur te helpen bij de beslissing in welke ziekenhuizen toezicht noodzakelijk is. Verwacht kan worden dat er vaker incidenten optreden in ziekenhuizen die een opmerkelijke uitslag hebben dan in ziekenhuizen die 'gemiddeld' scoren. In het voorjaar van 2010 kwamen er twee opmerkelijke en tegengestelde berichten naar buiten. Het UMC St Radboud in Nijmegen meldde op dezelfde dag dat het een centrum wilde worden voor kinderchirurgie én dat het tijdelijk stopte met alle chirurgische ingrepen bij kinderen. Naar aanleiding van een dergelijk bericht neemt de inspectie altijd contact op met het ziekenhuis. Het bericht dat het ziekenhuis tijdelijk stopte bleek correct. Dit ziekenhuis heeft de langste ligduur en ook gemiddeld de langste ligduur. In dit geval viel een onderzoeksindicatie bij een indicator samen met het in de media gepubliceerde probleem. Het is uiteraard niet wenselijk dat er problemen zijn, maar voor de inspectie is het wel goed dat een uitslag van de indicator en een probleem zo mooi samenvielen. Toch betekent dit niet per se dat het probleem met de kinderchirurgie de verlengde ligduur heeft veroorzaakt. Dat kan, maar het hoeft niet. De indicator levert een indicatie, geen oordeel, laat staan een veroordeling. Het betekent wél dat er een indicatie is om de herstart van de afdeling nauwkeurig te volgen. De uitslag van het UMC in Nijmegen geeft ook de beperking aan van de methode. Doordat meer dan de helft van de kinderen in dit ziekenhuis te maken kreeg met een verlengde opnameduur, hadden gemiddelde en mediaan dezelfde uitslag. Dit gebeurt sneller bij kleine aantallen.

Veel perforaties vragen om analyse proces

Bij het meten van prestaties met indicatoren zijn er altijd factoren die uitschieters in de uitslagen veroorzaken. Dat wil niet automatisch zeggen dat zij daarmee onvermijdelijk zijn. Een van de factoren die bij een lange ligduur na een appendixoperatie een grote rol speelt is de kans op perforatie. Ziekenhuizen melden dat in hun toelichting. Op zich is dat goed en verhelderend. Als een ontstoken appendix perforeert is het beloop complexer en dus langduriger. Een langdurig preoperatief proces vergroot de kans op perforatie. Dit proces begint vaak thuis en gaat via huisarts, polikliniek, eerste hulp, de kinderarts en nog vele anderen. Op het moment dat het ziekenhuis opvallend veel kinderen heeft die lang moeten liggen door een perforatie is dat een signaal om het proces vóór de appendixoperatie te onderzoeken. Dit om te zien of, en zo ja welke, factoren tot onnodige vertraging leiden. Wanneer een ziekenhuis kinderen behandelt waarbij een appendixresectie onderdeel is van een grotere behandeling en dit de gemiddelde lange ligduur verklaart, hoeft de analyse niet te worden voortgezet.

21 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset van 2009 hoofdstuk 21, pagina 100
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteits-indicatoren/basissets/index.aspx

Indicatoren

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

Belang van de indicator

Een goed feedbacksysteem is voor iedere professional essentieel om goed te blijven functioneren. De mate en snelheid van invoering van dit functioneringssysteem binnen de ziekenhuisorganisatie is een indicatie van de cultuur binnen een instelling. Wanneer gesprekken over het functioneren passen binnen de cultuur van een instelling, kunnen mogelijke problemen eenvoudiger besproken worden. De bijzondere positie van medisch specialisten binnen een instelling vraagt om een passende aanpak. Voor het organiseren van feedbackgesprekken met medisch specialisten bestaan twee systemen: het jaargesprek, vooral ingevoerd in academische ziekenhuizen en ziekenhuizen waar specialisten in dienstverband zijn, en het systeem voor het Individueel Functioneren Medisch 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.

Wat vraagt de inspectie bij een opvallende uitslag?

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

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

De deelname aan beide systemen is gering (voor 2009: 0%)

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

De deelname aan beide systemen is hoog (voor 2009: IFMS, meer dan 50%)
- Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen en is er overeenstemming over die criteria?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de kwaliteit van de gesprekken?
- Met wie wordt gesproken?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van input van patiënten?
- Zijn er waarborgen voor het gebruik van input van andere professionals?
- Heeft het ziekenhuis het volledige systeem ingevoerd?
- Hoe bepaalt het ziekenhuis wie aan welk systeem deelneemt?

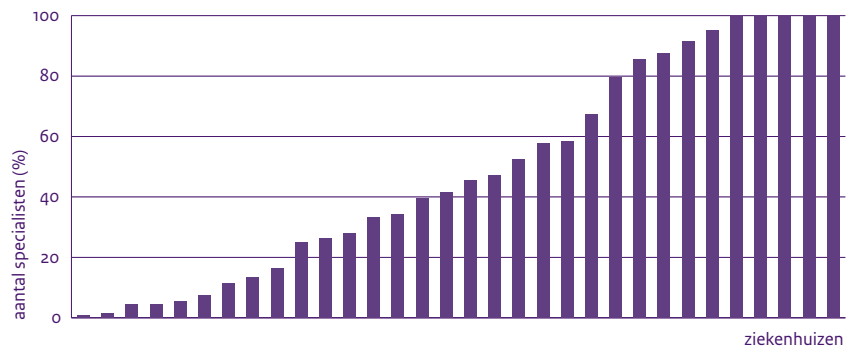
Een identiek aantal specialisten neemt deel aan beide systemen
- Hoe geeft het ziekenhuis de gesprekken vorm?
- Zijn jaargesprekken en het IFMS beiden ingevoerd?
- Welke rol speelt het afdelingshoofd bij de gesprekken?

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

Resultaten

Figuur 21.1

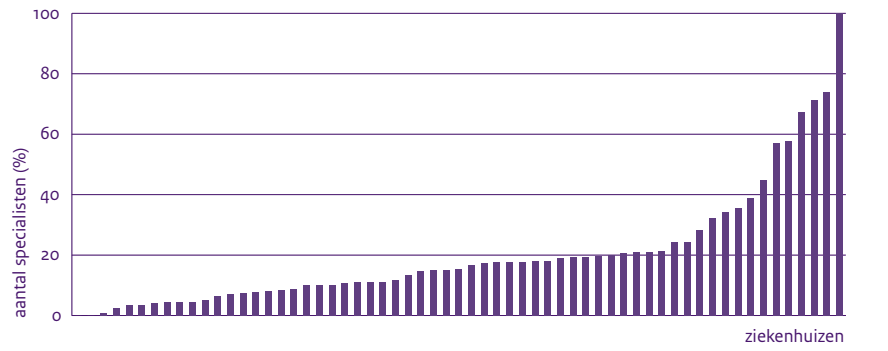
Percentage specialisten dat aan een jaargesprek heeft deelgenomen (n=32)



In totaal 32 ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd. In deze ziekenhuizen nam in 2009 bijna de helft van de specialisten aan een jaargesprek deel. De spreiding loopt van 0,8 tot 100%.

Figuur 21.2

Percentage specialisten dat aan een IFMS-jaargesprek heeft deelgenomen (n=61)



Het percentage specialisten dat in 2009 aan een IFMS-gesprek heeft deelgenomen, is bekend van 61 ziekenhuizen. Gemiddeld nam 19,2% (mediaan 15,3) van de specialisten deel aan een IFMS-gesprek met een spreiding van 0 tot 100%. 17 ziekenhuizen hadden in 2009 nog geen IFMS of jaargesprekken gevoerd.

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

Voor het eerst vraagt de inspectie gegevens over de invoering van en deelname aan IFMS. Eén ziekenhuis heeft de hele weg al afgelegd: Nij Smellinghe in Drachten. Dit is het eerste ziekenhuis dat met alle specialisten een gesprek heeft gevoerd, zij het in gemodificeerde vorm ten opzichte van het IFMS model. Nij Smellinghe heeft ervoor gekozen de gesprekken onder externe begeleiding binnen de maatschap te voeren, met gebruik van gegevens uit vragenlijsten die zijn uitgezet in het hele ziekenhuis. De resultaten heeft het ziekenhuis terecht met trots gepubliceerd in tijdschrift Medisch Contact. Het tweede ziekenhuis dat koos voor uitbreiding van IFMS komt ook uit Friesland, namelijk ziekenhuis De Tjongerschans uit Heerenveen. Een derde Fries ziekenhuis, De Sionsberg uit Dokkum heeft juist gekozen voor jaargesprekken. Ook dit systeem is voor 100% ingevoerd. Minder ver is het Sint Franciscus in Rotterdam, waar na een pilot in 2006 het eerste gesprek in 2010 nog gehouden gaat worden. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor het Zuwe Hofpoortziekenhuis in Woerden dat in maart 2010 volgens eigen opgave gestart is. Een ander voorbeeld van een ziekenhuis met een langzame start is het St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg. Hier hebben weliswaar 7 specialisten een gesprek gehad, maar in 2007 tijdens de pilot. Tot op heden werkt het ziekenhuis nog steeds aan voorbereidingen voor de invoering in 2010. In totaal hebben17 ziekenhuizen geen gesprekken gehouden in 2009.. De indicator laat duidelijk een zeer grote spreiding zien in de snelheid van invoeren.

Keuze jaargesprek of IFMS niet alleen afhankelijk van organisatiestructuur

Of een ziekenhuis kiest voor jaargesprekken of IFMS heeft vooral te maken met de hiërarchische verhoudingen. Ziekenhuizen met medisch specialisten in dienstverband kiezen meestal voor jaargesprekken. Werken er vooral vrijgevestigde specialisten, dan ligt de keus voor IFMS voor de hand. Behalve de hiërarchie is er nog een belangrijk verschil: IFMS is gericht op het breed verzamelen van informatie over een specialist bij anderen, bij jaargesprekken is dit niet automatisch het geval. De inspectie vraagt ziekenhuizen die jaargesprekken hebben naar de mate waarin feedback van anderen alsnog een plaats krijgt. Bij ziekenhuizen die IFMS kiezen, kijkt de inspectie vooral of zij zich houden aan de gekozen systematiek.