

Het resultaat telt 2008

**Kwaliteitsindicatoren als onafhankelijke graadmeter
voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg**

Den Haag, december 2009

Inhoudsopgave

	Voorwoord	4
1	Inleiding	6
2	Methodologische verantwoording	9
3	Opvallende resultaten van 2008	12
4	Thermometer	19
5	Resultaten	25
1	Decubitus	25
2	Ondervoeding	33
3	Medicatieveiligheid	47
4	Zorginformatie- en communicatietechnologie (Zorg-ICT)	53
5	Ziekenhuisinfecties	65
6	Complicatieregistratie	69
7	Pijn na operatie	81
8	Volume van risicovolle interventies	91
9	Cholecystectomie	99
10	Ongeplande heroperaties	103
11	Afgezegde operaties	109
12	Intensive Care	115
13	Zwangerschap	133
14	Diabetes mellitus	139
15	Cardiologie	145
16	Cerebrovasculair Accident	153
17	Heupfractuur	159
18	Mammacarcinoom	169
19	Cataract	179
20	Kinderchirurgie	183
Bijlage 1	Literatuuroverzicht	189
Bijlage 2	Lijst van ziekenhuizen	191
Bijlage 3	Lijst van afkortingen	195
Bijlage 4	Samenwerkingsovereenkomst IGZ-NVZ-NFU-Orde	196

Voorwoord

Voor u ligt de 6e uitgave van Het resultaat telt! In dit jaarlijkse rapport vindt u de resultaten van de Nederlandse ziekenhuizen op de kwaliteitsindicatoren van 2008.

Het afgelopen jaar was een bijzonder jaar voor de inspectie. Het vijfjarig jubileum van de kwaliteitsindicatoren^[1] voor ziekenhuizen is gevierd. We kunnen terugkijken op een succesvolle publicatie^[2] en het congres ‘Vijf Jaar Prestatie-indicatoren’.

In de genoemde publicatie is een aantal uitgangspunten genoemd, die ik hier graag herhaal:

- 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 risicogestuurd 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 markt-georiënteerde stelsel, worden ontworpen door alle betrokken partijen met ondersteuning van het bureau Zichtbare Zorg.

[1] Vanaf 2009 wordt gesproken over kwaliteitsindicatoren in plaats van prestatie-indicatoren.

[2] (Toe)zicht op Indicatoren, (2009) p.172-173. ISBN 978-90-58-98-1516.

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 zesde jaar verschijnt, wordt het toenemend mogelijk om trends te onderscheiden en zo de ontwikkelingen binnen één ziekenhuis te volgen.
- Naast de indicatoren voor het risicogestuurd toezicht door de inspectie worden er ook indicatoren voor ziekenhuizen ontwikkeld met ondersteuning van het bureau Zichtbare Zorg. Momenteel loopt een onderzoek naar de wijze waarop de meting en aanlevering van data door de ziekenhuizen zodanig logistiek kan worden geïntegreerd, dat de administratieve lastendruk van ziekenhuizen zo gering mogelijk is.

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

1 Inleiding

In dit rapport zijn de resultaten weergegeven van de kwaliteitsindicatoren^[3] voor de ziekenhuizen over het jaar 2008. Ten grondslag aan dit rapport liggen de kwaliteitsindicatoren die zijn vastgelegd in de zogenaamde Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2008. Deze basisset wordt vastgesteld door de inspectie na goed overleg met de betrokken veldpartijen (NVZ vereniging van ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Orde van Medisch Specialisten). In bijlage 4 zijn de samenwerkingsafspraken tussen de inspectie en deze brancheorganisaties opgenomen.

Toezicht door de inspectie

De resultaten van de kwaliteitsindicatoren zoals in dit rapport opgenomen, zijn vastgesteld door de inspectie na overleg met genoemde veldpartijen. Deze kwaliteitsindicatoren zijn voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg een belangrijk hulpmiddel voor het onderzoeksinstrumentarium waarmee, op basis van een risico-inschatting, prioritering van het toezicht plaats kan vinden op ziekenhuizen.

De resultaten van de kwaliteitsindicatoren zijn niet gecorrigeerd voor al die factoren op patiëntniveau waar de zorgaanbieder geen invloed op heeft. Met andere woorden, er is geen case-mix correctie uitgevoerd. Dit maakt dat de resultaten niet geschikt zijn voor vergelijking *tussen* de ziekenhuizen. De inspectie is niet verantwoordelijk of aanspreekbaar voor het feit dat externe actoren deze indicatoren wel gebruiken voor vergelijking of rangschikking.

Doordat de voorliggende resultaten reeds voor het zesde jaar zijn verzameld, is een vergelijking *binnen* een ziekenhuis wel mogelijk omdat immers trends kunnen worden bepaald.

De resultaten van deze indicatoren kunnen voor de inspectie aanleiding zijn voor nader onderzoek. Met name uitschieters aan de bovenkant (best practices) en aan de onderkant (achterblijvers) en een opvallende ontwikkeling op basis van de trends binnen ziekenhuizen zijn voor de inspectie aanleiding tot nader onderzoek. Deze ziekenhuizen worden door de inspectie indringend op hun resultaten aangesproken en indien daar aanleiding toe is, zal de inspectie na verder onderzoek gepaste maatregelen nemen.

Relatie met overige indicatoren

Het bureau Zichtbare Zorg ondersteunt op verzoek van de minister van VWS alle betrokken partijen (zorgaanbieders, patiënten/consumenten, zorgverzekeraars, inspectie) om te komen tot een gedegen set indicatoren die kan dienen als keuze-informatie voor patiënten en inkoopinformatie voor zorgverzekeraars. Deze indicatoren moeten wel vergelijkbaar zijn en geschikt voor vergelijking tussen ziekenhuizen. Momenteel loopt een onderzoek naar logistieke integratie tussen deze indicatoren en de basisset kwaliteitsindicatoren. Er wordt getracht met behoud van de onderscheiden doelstellingen de efficiëntie van beide processen voor ziekenhuizen zoveel mogelijk te vergroten.

Ontwikkelingen van de basisset

Het afgelopen jaar heeft de IGZ de publicatie van de vijfde jaargang van de basisset kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen gevierd door middel van het organiseren van een lustrumcongres en de uitgave van de bundel '(Toe) Zicht op ziekenhuizen'.

Beide momenten gaven aanleiding om samen met onze partners goed naar de structuur van de basisset kwaliteitsindicatoren te kijken. De algemene indruk was dat de basisset geen duidelijke structuur had doordat er inhoudelijk weinig tot geen samenhang bestond tussen de indicatoren. Deze gemeenschappelijke constatering heeft ertoe geleid dat er voor een geheel andere opzet van de basisset kwaliteitsindicatoren is gekozen. In de uitgave van de basisset 2010 zijn bepaalde indicatoren bij elkaar geplaatst. Deze clustering levert een aangepaste hoofdstukindeling op. Anders dan in voorgaande jaren, is deze hoofdstukindeling gebaseerd op samenhang van zorg- of ziekteprocessen. De volgende hoofdstukken zijn benoemd: het verpleegkundig proces, het operatief proces, de spoedeisende zorg, de intensive care, het oncologisch proces, hart & vaatzorg, infectieziekten, zorg aan kwetsbare groepen en algemeen kwaliteitsbeleid.

Op deze wijze krijgen professionals en bestuurders van ziekenhuizen, maar ook de inspectie sneller inzicht in het beloop van belangrijke processen in het ziekenhuis. Vanwege de omloopcyclus van de basisset kwaliteitsindicatoren worden de resultaten gepubliceerd aan het eind van 2011.

Leeswijzer

Het rapport is opgebouwd uit 5 hoofdstukken waarvan deze inleiding het eerste hoofdstuk is. In hoofdstuk 2 is de methodologische verantwoording opgenomen. In het derde hoofdstuk zijn de opvallende resultaten van de kwaliteitsindicatoren

[3] Vanaf 2009 wordt gesproken van kwaliteitsindicatoren in plaats van prestatie-indicatoren.

verzameld. In hoofdstuk 4 zijn de belangrijkste gegevens van de indicatoren samengevat in een zogenaamde thermometer.

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten van de 20 kwaliteitsindicatoren in deelhoofdstukken opgenomen. Elk deelhoofdstuk kent een vaste opbouw. Na een beschrijving van de indicator en een uitleg van de relevante begrippen, is een ziekenhuisselectie opgenomen. In deze ziekenhuisselectie staat genoemd op welke ziekenhuizen de indicator betrekking heeft.

Vervolgens worden per subindicator de resultaten weergegeven. Elk deelhoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie en een inspectiereactie. In deze reactie staat vermeld welke resultaten voor de inspectie aanleiding zijn tot nader onderzoek. Dit vindt plaats indien ziekenhuizen niet in staat zijn gegevens aan te leveren, bij de uitschieters aan de onderkant óf aan de bovenkant en bij afwijkingen ten opzichte van voorgaande jaren.

2 Methodologische verantwoording

Inleiding

Bij de analyse van de kwaliteitsindicatoren blijkt regelmatig dat de data fouten of onmogelijkheden bevatten (bijvoorbeeld een rekenfout in het uitrekenen van een percentage). Deze fouten en onmogelijkheden worden gedetecteerd en gecorrigeerd in een proces dat 'data-schoning' wordt genoemd. Er vindt dus een controle op juistheid en volledigheid plaats. In dit hoofdstuk is beschreven hoe deze data-schoning is uitgevoerd. Na de data-schoning vindt analyse plaats.

De inspectie gebruikt de kwaliteitsindicatoren om, op basis van een risico-inschatting, haar toezicht op ziekenhuizen te prioriteren. De uitslag van een indicator kan een *signaal* zijn voor een hoog risico of juist een best practice. Beide geven aanleiding voor de inspectie om nader onderzoek te doen, bijvoorbeeld in het kader van de jaarlijkse gesprekken met de ziekenhuizen. Er is een aantal beslisregels opgesteld zodat na de analyse berekend kan worden wanneer een indicator een 'signaal afgeeft' voor verhoogd risico of best practice. Deze beslisregels zijn in dit hoofdstuk beschreven.

Vervroegde aanlevering van data

Ziekenhuizen waren in de gelegenheid gesteld om op twee momenten hun data aan te leveren, te weten vóór 1 maart en voor 1 juni. De vervroegde aanlevering van data stelde de ziekenhuizen in de gelegenheid om tot 1 juni hun gegevens op de website te corrigeren op basis van de schoning door de inspectie. Uiteindelijk hebben 19 ziekenhuizen van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Geen enkel ziekenhuis was in staat om de data van alle indicatoren vóór 1 maart aan te leveren.

Schoning

Dit jaar is de schoning, in nauwe afstemming met en onder verantwoordelijkheid van de IGZ, verricht door een externe partij. Alle data, ongeacht het moment van aanlevering, zijn geschoond.

Kwalitatieve schoning

- 1 Als een indicator niet van toepassing is voor een ziekenhuis, werd dit ziekenhuis in het oorspronkelijke databestand verwijderd (bijvoorbeeld: het Oogziekenhuis te Rotterdam heeft geen IC-afdeling. Dit ziekenhuis is verwijderd in het databestand van de IC-indicator).

- 2 Alle toelichtingen en tekstvelden zijn gelezen en aan de hand daarvan is een inschatting gemaakt van de juistheid van de data. Hierbij werd gelet op de toepassing van in- en exclusiecriteria en een juiste interpretatie van de gestelde vragen. Wanneer toelichtingen of data geen directe duidelijkheid konden verschaffen, is bij het desbetreffende ziekenhuis navraag gedaan en indien nodig zijn de data alsnog gecorrigeerd.
- 3 Er is gecontroleerd of ziekenhuizen de juiste gegevens met betrekking tot eventuele meerdere locaties hadden aangeleverd.
- 4 Bij onjuistheid of onvolledigheid van de data, zijn de data aangepast of verwijderd en werd vervolgens een wijziging toegepast.
- 5 Een overzicht van deze wijzigingen is naar de ziekenhuizen gestuurd.

Kwantitatieve schoning

- 1 Tijdens de kwantitatieve schoning zijn de uitbijters in de data geanalyseerd. Per indicator is een visueel overzicht gemaakt van de waarden van alle ziekenhuizen. Eventuele extreem lage of extreem hoge waarden vielen hierdoor meteen op. Daarnaast zijn de gegevens van het huidige verslagjaar met het vorige verslagjaar vergeleken. Bij grote en onverklaarbare verschillen of uitbijters is het ziekenhuis om een verklaring gevraagd. Op basis hiervan en na instemming van het ziekenhuis zijn de data eventueel aangepast.
- 2 Gestandaardiseerde controles werden uitgevoerd. Bij concrete onjuistheden zijn de data aangepast of van analyse uitgesloten. Hierbij zijn de volgende aspecten gecontroleerd:
 - Zijn gegevens daadwerkelijk bekend?
 - Zijn gegevens daadwerkelijk niet bekend?
 - Een teller kan niet groter zijn dan een noemer.
 - Een noemer kan geen '0' zijn'.
- 3 Daarnaast zijn per indicator controles uitgevoerd op consistentie en plausibiliteit.

Steekproeven

Dit jaar is voor het eerst gevraagd naar de wijze waarop een ziekenhuis eventueel een steekproef heeft uitgevoerd. Deze vraag bleek echter voor ziekenhuizen lastig te interpreteren. Wellicht doordat de vraag nieuw was maar de vraag bleek ook onvoldoende helder geformuleerd. Voor 2009 is de invoermodule van ziekenhuistransparant.nl hiertoe aangepast.

De steekproeven voor 2008 werden als volgt beoordeeld op betrouwbaarheid:

- 1 Er is beoordeeld of de omvang van de steekproef (steekproefgrootte) adequaat was in relatie tot de noemer, de selectiecriteria en de populatie.

- 2 Indien hieraan niet werd voldaan, werd een steekproef als onbetrouwbaar aangemerkt. De data bij deze betreffende indicator werden niet geanalyseerd. Doordat de vraag naar steekproeven lastig te interpreteren bleek, is beperkte waarde gehecht aan deze 'steekproefvraag'. Er zijn weinig data afgekeurd op basis van deze steekproefvraag.

Beslisregels

Er is een aantal beslisregels opgesteld, zodat na de analyse berekend kan worden wanneer een indicator een 'signaal afgeeft' voor verhoogd risico of best practice. Deze beslisregels zijn de volgende:

Een indicator geeft een signaal indien:

- een instelling niet respondeert;
- het gegeven bij de instelling niet bekend is;
- bij een vaste norm: als de instelling deze norm niet haalt of juist overschrijdt;
- bij een relatieve norm met een normale verdeling: als de instelling tot de laagste of hoogste scores behoort. Afhankelijk van het aantal instellingen en de spreiding wordt per indicator bepaald welk deel als risico wordt beschouwd;
- bij een relatieve norm met een scheve verdeling: als de instelling tot de uitbijters behoort;
- als de resultaten onwaarschijnlijk of niet interpreteerbaar zijn, bijvoorbeeld een score van 100 procent of een beter dan verwachte score (die zowel 'best practice' als een registratiefout kan betekenen).

Routing en validatie

In 2009 is de IGZ begonnen om de routing en validatie voor het invoeren van data in de invoermodule ziekenhuistransparant te verbeteren. Dat betekent dat het invoeren van de data over het verslagjaar 2009 logischer zal verlopen dan tot nu toe het geval was. Met behulp van adequate routing, validatie en waarschuwingssignalen (pop-ups) wil de IGZ de betrouwbaarheid van de data vergroten. Tevens vergemakkelijkt de routing het invulproces.

3 Opvallende resultaten van 2008

In dit hoofdstuk zijn de meest opvallende resultaten opgenomen. Tevens is opgenomen wanneer een uitslag van een indicator voor de inspectie aanleiding is om nader onderzoek te doen.

Decubitus

Zowel de gemiddelde als mediane puntprevalentie van decubitus ligt op 4 procent. In 2008 is vochtletsel geïncorporeerd in de meting van decubitus. Het blijkt dat prevalentie nagenoeg niet is beïnvloed door de inclusie van vochtletsel. In 2007 was de puntprevalentie 3,8 procent.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Ondervoeding

De screeningsactiviteiten bij volwassen patiënten zijn enorm toegenomen; daardoor worden ondervoede patiënten veel sneller gedetecteerd. Dit jaar werden bijna 400.000 patiënten gescreend tegenover ruim 100.000 in 2007. Van alle bij opname gescreende volwassen patiënten was 24 procent ondervoed. Hiervan was 18 procent ernstig ondervoed en 6 procent matig ondervoed.

Gegevens over de behandeling van volwassen ondervoede patiënten zijn in minder dan de helft van de ziekenhuizen bekend.

Gegevens over zowel de screening als de behandeling van ondervoede kinderen zijn in ongeveer eenderde van de ziekenhuizen bekend.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren over de screening op ondervoeding bij volwassenen en kinderen en/of indien een ziekenhuis bij de onderste dan wel bij de bovenste 10 procent van de hele populatie behoort.

Medicatieveiligheid

Deze indicator is sterk gewijzigd ten opzichte van 2007. Er wordt gevraagd naar de volledigheid van cytostatica-aanvragen en naar de vrijgifte van cytostaticabereidingen. Het aantal cytostaticabereidingen varieerde enorm tussen de ziekenhuizen en lag tussen de 177 en 30.000 bereidingen. In 20 van de 98 ziekenhuizen werden cytostaticabereidingen afgeleverd zonder vrijgifte vooraf door een apotheker.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens op de vragen aan te leveren en/of indien cytostatica worden afgeleverd zonder vrijgifte vooraf door een apotheker.

Zorg ICT

Deze indicator vraagt naar het percentage werkplekken met een elektronische beschikbaarheid van gegevens. Gebleken is dat de beschikbaarheid van geautomatiseerde medicatiegegevens op de *polikliniek* en de *verpleegafdeling* beduidend lager lag (tussen 20-60 procent) dan de beschikbaarheid van overige gegevens (administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden). Deze laatste gegevens kenden een beschikbaarheid van meer dan 90 procent.

Het percentage inzage in geautomatiseerde medicatiegegevens voor klinisch voorgeschreven medicatie in de ziekenhuisapothek lag rond de 90 procent.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet de beschikking heeft over alle 8 mogelijke inzagefuncties (administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, correspondentie vanuit het ziekenhuis, radiologieverslagen, bacteriologieverslagen, PA-verslagen, operatieverslagen en beelden) op zowel de verpleegafdeling als de polikliniek. Daarnaast doet de inspectie nader onderzoek indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Ziekenhuisinfecties

Van de 16 cardiochirurgische centra verrichtten 9 centra incidentiëmetingen, waarvan 3 via PREZIES. Ten opzichte van vorig jaar is een afname van deelname door cardiochirurgische centra aan incidentiëmetingen via PREZIES geconstateerd.

In 78 van de 98 ziekenhuizen werd geen incidentiëmeting naar centrale lijn gerelateerde sepsis uitgevoerd. Dit is opvallend, want lijnsepsis maakt onderdeel uit van het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen.

De inspectie vindt het zeer belangrijk dat ziekenhuizen op infecties surveilleren. Indien een ziekenhuis niet participeert in een module van het PREZIES-netwerk voor postoperatieve wondinfecties, indien een ziekenhuis een hartchirurgisch centrum is maar niet surveilleert op infecties na hartchirurgie, indien een ziekenhuis niet surveilleert op lijnsepsis of indien een ziekenhuis de CDC/WIP-criteria niet gebruikt bij de registratie van ziekenhuisinfecties, zal de inspectie nader onderzoek doen.

Complicatieregistratie

De specialismen psychiatrie en geriatrie maakten het minst gebruik van een complicatieregistratiesysteem. Voor alle specialismen gold dat de complicatieregistratie voor meer dan 80 procent van de ziekenhuizen werd gebruikt voor bespreking in het behandelend team.

De inspectie doet nader onderzoek indien het ziekenhuis afwijkt van landelijk gebruik.

Pijn na OK

Alle ziekenhuizen deden aan postoperatieve pijnmeting. Het verschilde per ziekenhuis hoe ver men was met de implementatie van pijnmeting op de verkoeverafdeling en op de verpleegafdelingen.

Er zijn 91 van de 100 ziekenhuizen die gedurende de eerste 72 uur na een operatie pijn registreerden; in 2007 waren dat nog 67 ziekenhuizen. Het gemiddelde percentage patiënten (5,6 procent) met een pijnscore die op enig moment boven de 7 (ernstige pijn) was, lag lager dan het gemiddelde van 11 procent dat de literatuur beschrijft (Dolin et al, BJA, 2002). Tevens was dit percentage ten opzichte van 2007 gezakt met 3 procent.

Volume van risicovolle interventies

Aneurysma van de Abdominale Aorta (AAA)

De Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie heeft geadviseerd een volumenorm te stellen van tenminste 15 AAA-operaties per ziekenhuis per jaar. In 79 van de 92 ziekenhuizen die deze AAA-operatie uitvoeren, werd aan deze volumenorm voldaan; 13 ziekenhuizen verrichtten minder dan 15 AAA-operaties. 6 van deze ziekenhuizen voerden de afgelopen 4 jaren eveneens minder dan 15 AAA-operaties uit.

De IGZ zal na overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie bepalen op welke wijze een handhavingstraject zal worden gestart.

Oesophaguscardiaresecties (OCR)

Ruim 86 procent van de ziekenhuizen waar OCR-operaties worden uitgevoerd, voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde richtlijn van 10 operaties per jaar; dit is met 30 procent een sterke stijging ten opzichte van 2007. Deze stijging is grotendeels te verklaren door de acties die zijn ondernomen door ziekenhuizen naar aanleiding van

handhavings- en verificatieonderzoek door de inspectie. In 2008 voerden 4 ziekenhuizen (14 procent) minder dan 10 OCR-operaties uit.

De inspectie blijft handhaven op het volume aan OCR-verrichtingen. In de afgelopen 3 jaar voerden 5 ziekenhuizen gemiddeld minder dan 10 OCR-operaties per jaar uit. De inspectie zal van deze ziekenhuizen vragen om óf te stoppen met het uitvoeren van deze operaties óf aannemelijk te maken hoe in de toekomst wel aan de richtlijn voldaan kan worden (met samenwerkingsafspraken). Bij niet-navolgen van deze toezichtnorm treedt de inspectie handhavend op.

Afgezegde operaties

De universitair medische centra en STZ-ziekenhuizen (Stichting Topklinische Ziekenhuizen) voerden gemiddeld significant meer electieve operaties (16.000 respectievelijk 18.000) uit dan de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en Overige Algemene Ziekenhuizen (7.700 respectievelijk 10.000). De universitair medische centra hebben gemiddeld een significant hoger percentage afgezegde operaties (4 procent) ten opzichte van de overige algemene ziekenhuizen (1 á 2 procent).

Intensive Care

Bij 72 gevisiteerde afdelingen werd het niveau op 62 afdelingen bevestigd. Op 23 IC-afdelingen had (nog) geen visitatie plaatsgevonden.

Dit registratiejaar was voor het eerst het aantal beademingsuren geregistreerd.

Er waren 16 ziekenhuizen die deze gegevens niet konden aanleveren.

Gemiddeld werd een patiënt 97 uur (4 dagen) op een intensive care afdeling beademd. Niveau 1 IC-afdelingen (laagste niveau) hadden gemiddeld 20 procent meer kortdurende beademingen dan niveau 3 IC-afdelingen (hoogste niveau).

Er waren 26 ziekenhuizen met een niveau 1 IC waarbij de gemiddelde beademingsduur langer was dan 72 uur of meer dan 3 dagen.

Ruim 50 procent van de patiënten verbleef korter dan 72 uur op de intensive care en ruim 20 procent langer dan 120 uur.

Een hoge beademingsduur op een niveau 1 IC is voor de inspectie aanleiding voor nader onderzoek. De inspectie gaat in het jaar 2010 gericht onderzoek doen naar de IC-zorg in de ziekenhuizen met een niveau 2 of 3 IC.

Zwangerschap

In 91 ziekenhuizen hebben in totaal 115.508 bevallingen plaatsgevonden onder leiding van een gynaecoloog.

De VOKS-percentielen bleken, net als in 2007, bij verificatie door de stichting Perinatale Registratie in veel ziekenhuizen onjuist. Het is de inspectie niet bekend bij welke ziekenhuizen de opgave foutief was. De inspectie zal het VOKS-percentiel bij alle ziekenhuizen opnieuw opvragen.

Cardiologie

Er waren 94 ziekenhuizen die gegevens over het eerste administratieve consult van de cardioloog bij patiënten van 70 jaar en ouder hebben aangeleverd (in 2007 81 ziekenhuizen). De ziekenhuissterfte na opname voor een acuut myocardinfarct bedroeg gemiddeld 1,5 procent voor patiënten jonger dan 65 jaar en 6,3 procent voor patiënten ouder dan 65 jaar.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren, indien de resultaten sterk afwijken ten opzichte van vorige jaren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Cerebrovasculair Accident

De indicator 'door-to-needle-time trombolysie' was in 2008 voor het eerst opgenomen in de basisset.

Van de 87 ziekenhuizen die hebben aangegeven trombolysie uit te voeren, weten 85 ziekenhuizen hoeveel patiënten in totaal behandeld werden en hoeveel van dit aantal tijdig (binnen 1 uur) behandeld is. Gemiddeld ontving ruim 65 procent van de patiënten met een cerebrovasculair accident trombolysie binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis. De spreiding in de percentages was echter vrij groot, er waren ziekenhuizen waarbij het bij alle patiënten was gelukt om deze binnen 1 uur te behandelen met trombolysie en er waren ziekenhuizen waarbij dat bij ruim 10 procent van de patiënten was gelukt.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Heupfractuur

Er zijn 15 van de 98 ziekenhuizen die geen onderscheid konden maken in ASA-klasse. Bijna alle ASA 1-2 patiënten werden binnen 24 uur geopereerd; van de patiënten met een ASA-klasse groter dan 2, werd gemiddeld 80 procent binnen 24 uur geopereerd.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren, indien de resultaten sterk afwijken ten opzichte van vorige jaren of indien een ziekenhuis bij de bovenste of onderste 10 procent van de totale populatie behoort.

Mammacarcinoom

Het beleid ten aanzien van differentiatie is een indicator voor de kwaliteit van zorg bij een operatie inzake het mammacarcinoom. Een differentiatiebeleid kenmerkt zich doordat iedere chirurg zijn/haar eigen aandachtsgebied heeft óf door gezamenlijk opereren bij complexe ingrepen. Het differentiatiebeleid bleek in zowel opleidingsklinieken als niet-opleidingsklinieken te zijn verbeterd.

Van alle klinieken concentreerde het merendeel (90 procent) de zorg in de praktijk conform de gestelde norm. Ten opzichte van vorig jaar voldeden dit jaar meer ziekenhuizen aan de concentratienorm: van de niet-opleidingsklinieken differentieerde 83 procent van de ziekenhuizen voldoende. Vorig jaar was dit 69 procent. In opleidingsklinieken differentieerde 95 procent van de ziekenhuizen voldoende, tegenover 91 procent vorig jaar.

Bijna alle ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd over het percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel na een borstsparende therapie.

Het gemiddeld percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel is 10,5 procent; ten opzichte van 2008 is dit een daling ten opzichte van het gemiddeld percentage van 12 procent in 2007. De spreiding van het percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel was toegenomen; het maximum percentage steeg van 36 naar 42 procent. Dit maximum percentage betrof zowel dit jaar als vorig jaar 1 ziekenhuis.

De inspectie doet nader onderzoek indien een ziekenhuis niet in staat is gegevens aan te leveren, indien een ziekenhuis niet voldoet aan het gestelde differentiatiebeleid en/of indien de gegevens over het percentage achtergebleven kankerweefsel sterk is gewijzigd ten opzichte van het voorgaande jaar.

Cataract

Bij cataract worden vaak beide ogen geopereerd. In het geval van een operatie aan het tweede oog is het van belang dat de tijdsperiode tussen een operatie aan het eerste en het tweede oog voldoende lang is (tenminste 28 dagen) om een zorgvuldige indicatie voor operatie te kunnen stellen. In gemiddeld 90 procent vond een cataract-operatie aan het tweede oog plaats na 28 dagen. Dit percentage liep uiteen van 24 tot 100 procent. Vijf ziekenhuizen hadden een opvallend grote groep patiënten met onvoldoende wachttijd tussen de 1e en 2e operatie. De inspectie doet hier nader onderzoek naar.

4 Thermometer

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste gegevens van de geanalyseerde indicatoren samengevat. In de eerste kolom wordt de beschikbaarheid weergegeven. In deze kolom vindt u het aantal ziekenhuizen in 2008 waarbij een bepaald gegeven bekend is; in deze kolom staan geen percentages weergegeven.

Bij een groot deel van de indicatoren wordt naar cijfers gevraagd. Bij die indicatoren staat in de tweede kolom het gemiddelde; in de derde kolom de mediaan; in de vierde kolom de laagste waarde en in de vijfde kolom de hoogste waarde. In 2008 is bijvoorbeeld 18 procent van de bij opname gescreende volwassen patiënten ernstig ondervoed. De mediaan is 17; dat wil zeggen dat in de helft van de ziekenhuizen in 2008 minder dan 17 procent van de volwassen, gescreende patiënten ernstig ondervoed was, in de andere helft van de ziekenhuizen was dit meer dan 17 procent.

Daar waar van toepassing, zijn in de zesde en de zevende kolom de totalen van de teller respectievelijk het totale aantal patiënten genoemd waarop de gegevens betrekking hebben. In enkele gevallen is dat het totale aantal eenheden of het aantal bepalingen, bijvoorbeeld bij de indicator Diabetes Mellitus. Bij ondervoeding staat zowel bij matig als ernstig ondervoede patiënten dezelfde populatieomvang beschreven. Dit, aangezien beide uit hetzelfde cohort van ondervoede patiënten komen.

Tenslotte is in de laatste kolom bij de indicatoren Volume van risicovolle interventies en Cholecystectomie ook het percentage ziekenhuizen opgenomen die deze operaties niet uitvoeren.

De indicator Complicatieregistratie wordt niet vermeld in dit overzicht. De reden hiervoor is dat de data van deze indicator zich niet lenen voor weergave in de thermometer.

Thermometer									
Indicator	Beschikbaar (N zieken- huis/locaties)	Uitkomsten			Aantal	Totaal patiënten			
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum			Maximum		
1 Decubitus	98								
Systematische decubitusregistratie									
Prevalentie decubitus, onderzochte patiënten	96	4,3	4,1	0	15,1	975			
Incidentie van decubitus bij totale heupvervangning	96	1,1	0,8	0	5,3	227			
2 Ondervoeding									
Percentage patiënten matig ondervoed	95	6	4,5	0	28	19.027			
Percentage patiënten ernstig ondervoed	95	18	17	2	46	55.558			
Percentage ondervoede kinderen	37	13	5	0	26	997			
3 Medicatieveiligheid									
Aantal cytostaticabereidingen	98	6.796	5.217	177	30.000	665.980			
4 Zorginformatie en communicatietechnologie (ICT)									
Aantal geaut. functies inzage in kliniek	102	7,9	8	6	8	8			
Aantal geaut. functies inzage op de polikliniek	102	7,9	8	6	8	8			
Aantal geaut. functies invoer orders in kliniek	102	4,4	4	0	13	13			
Aantal geaut. functies invoer orders op polikliniek	102	4,5	4,5	0	12,5	12,5			
Aantal geaut. functies invoer medicatiegeg. in kliniek	102	1,5	1,5	0	3	3			
Aantal geaut. functies invoer medicatiegeg. op polikliniek	102	1,4	1,5	0	3	3			
Aantal geaut. functies invoer medicatiegeg. in ziekenhuisapothek	102	1,9	2	0	3	3			

Indicator	Beschikbaar (N ziekenhuis/ locaties)	Uitkomsten			Aantal	Totaal patiënten	Ziekenhuizen met nul ingrepen
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum			
5 Ziekenhuisinfecties							
Surveillance van ziekenhuisinfecties	99						
CDC/WIP-criteria	87						
7 Pijn na operatie							
Systematische pijnmeting: verkoever	95	93,7	100	5,6	100	540.473	5.582.276
Systematische pijnmeting: verpleegafdeling	91	69,8	80	10,7	100	382.523	501.356
Percentage pijnscore >7	91	5,6	6	0	63	14.217	253.134
8 Volume van risicovolle interventies							
AAA	97	48,5	41	1	174	4.465	5
OCR	98	23,7	20	2	81	686	69
9 Cholecystectomie							
Percentage galwegletsel na cholecystectomie	96	0,7	0,7	0	2	158	23.805
10 Ongeplande heroperaties							
Percentage colorectale heroperaties	97	6,6	6,6	0	17,1	1.156	17.645
11 Afgezegde operaties							
Percentage afgezegde operatie	98	1,8	1,4	0,1	5,1	20.318	1.156.662

Indicator	Beschikbaar (N ziekenhuis/ locaties)	Uitkomsten			Totaal patiënten
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum	
12 Intensive care					
Niveau I IC	50				
Niveau II IC	22				
Niveau III IC	24				
Aantal FTE intensivist	96	4,9	4	0,5	455
13 Zwangerschap					
Aantal bevallingen onder leiding van gynaecoloog	91	1.269	1.152	318	2.755
14 Diabetes mellitus					
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling	96	7,5	7,5	6,5	8,4
Gemiddeld aantal HbA1c-metingen per patiënt per jaar	96	2,6	2,6	1	5,7
Percentage patiënten met oogheelkundige controle	95	81,5	86,7	6,2	100
15 Cardiologie					
Noemer EAC	93	2.369	2.053	60	7.699
Ziekenhuissterfte <65	94	1,5	1	0	5,9
Ziekenhuissterfte >65	94	6,3	6,1	0	19,2
Heropnames hartfalen <75	95	8,6	8,3	0	31,3
Heropnames hartfalen >75	97	7,8	7	0	25

Indicator	Beschikbaar (N ziekenhuis/ locaties)	Uitkomsten			Totaal patiënten
		Gemiddeld	Mediaan	Minimum Maximum	
16 Cerebrovasculair Accident (CVA)					
Percentage patiënten met een herseninfarct dat tijdig (binnen 1 uur na binnenkomst) behandeld is met trombolysie	85	64,8	66,7	11,1	100
17 Heupfractuur					
Percentage ASA 1-2	75	89,5	89,5	67,5	100
Percentage ASA > 3-5	74	80,7	82,5	84,5	97,1
Percentage ASA onbekend	42	66,7	73,7	0	100
18 Mammacarcinoom					
Percentage chirurgen dat chirurgische behandelingen verricht bij mammacarcinoom patiënten	97	43,7	40	10	75
Percentage patiënten met achtergebleven kankerweefsel	97	9,6	9,4	0	41,7
Percentage patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven	93	0,4	0	0	8,8
Aantal patiënten met borstsparende operatie	96	85,7	72	14	236
Percentage patiënten met een borstsparende operatie	95	57,7	57,2	30,2	98,6
19 Cataract					
28 dagen wachttijd	96	89,9	97,5	24,3	100
20 Kinderchirurgie					
Vershil gemiddelde-mediaan	96	0,8	0,8	-1	2,5

2 Ondervoeding

Beschikbare indicatoren

- 1 Screenen op ondervoeding bij opname in de kliniek bij volwassenen en kinderen (continue meting).
 - a Percentage volwassen patiënten dat bij opname gescreend is op ondervoeding.
 - b Percentage volwassen patiënten dat bij opname geclassificeerd is als matig ondervoed.
 - c Percentage volwassen patiënten dat bij opname geclassificeerd is als ernstig ondervoed.
 - d Percentage kinderen dat bij opname gescreend is op ondervoeding.
 - e Percentage kinderen dat bij opname geclassificeerd is als ondervoed.
- 2 Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie (continue meting).
 - a Percentage op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie.
 - b Percentage ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie die een adequate eiwitinname heeft op de 4e opnamedag.
- 3 Behandeling van ondervoeding bij volwassenen en kinderen (puntmeting).
 - a Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4e opnamedag.
 - b Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de 4e opnamedag.
 - c Percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de 4e opnamedag.

Relevante begrippen

Ondervoeding	Ondervoeding is de toestand van het lichaam wanneer sprake is van een tekort aan essentiële voedingsstoffen en/of een tekort aan joules en voedingsstoffen. Ziektegerelateerde ondervoeding is onder andere te herkennen aan onbedoeld gewichtsverlies en/of een te laag gewicht bij ziekte. De gevolgen van ziektegerelateerde ondervoeding zijn ondermeer: een vertraagde wondgenezing, apathie, depressie, verlengde ligduur, verhoogde postoperatieve morbiditeit en zelfs vroegtijdig overlijden.
Systematische screening	Bij opname screenen van <i>alle</i> klinische patiënten op ondervoeding middels een gevalideerd screeningsinstrument en het vastleggen van de resultaten hiervan.
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire: vragenlijst om te bepalen of een volwassen patiënt ondervoed is.

MUST	Malnutrition Universal Screening Tool: vragenlijst om te bepalen of een volwassen patiënt ondervoed is.
Screening van kinderen	Ondervoeding bij kinderen wordt bepaald door middel van het meten van gewicht en lengte of, bij baby's tot 1 jaar, van het gewicht naar leeftijd.
Puntmeting	Bij alle ernstig ondervoede volwassenen en ondervoede kinderen wordt ieder kwartaal 1 meting uitgevoerd. Op de 5e opnamedag wordt de eiwitname van de 4e opnamedag bepaald en bij kinderen ook de energie-inname.

Ziekenhuisselectie

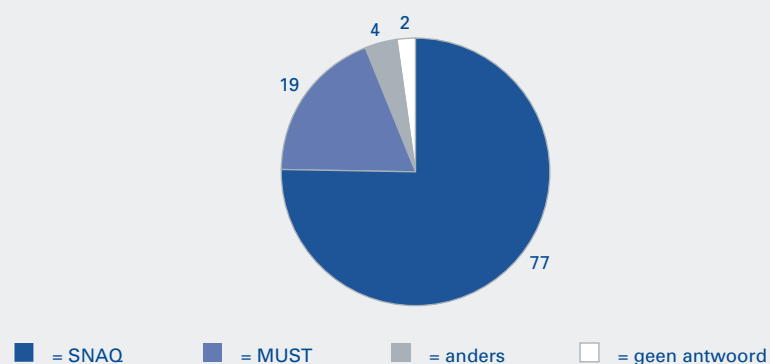
De gegevens over ondervoeding hebben betrekking op 102 ziekenhuizen en/of locaties, waarvan 8 universitair medische centra, 91 algemene ziekenhuizen/locaties en 3 categorale ziekenhuizen.

Resultaten

Screening op ondervoeding bij opname in de kliniek bij volwassenen

Figuur 2.1

Screeningsinstrument voor ondervoeding bij volwassenen (n=102)



Figuur 2.1

Bijna alle ziekenhuizen hebben gebruikgemaakt van een screeningsinstrument. In 96 procent werd hierbij gebruikgemaakt van de screeningsinstrumenten SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) of MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), waarbij het SNAQ-instrument het meest werd toegepast (in 77 ziekenhuizen). In 2008 was een toename van het gebruik van deze instrumenten waarneembaar ten opzichte van 2007. In 2007 werd SNAQ en of MUST, al dan niet naast andere instrumenten, in 83 ziekenhuizen gebruikt. Bijna alle ziekenhuizen screenen in 2008 de volwassen patiënten op ondervoeding. Daarmee is er een toename in gebruik van de instrumenten geconstateerd van 16 procent. In 69 ziekenhuizen (68 procent) werd bij de rapportage van de screening gebruikgemaakt van een steekproef. De steekproef werd bij 38 ziekenhuizen afgekeurd (55 procent van de steekproeven) wegens onduidelijke selectiecriteria (9 ziekenhuizen) of wegens onvoldoende betrouwbaarheid (29 ziekenhuizen). De analyses zijn met en zonder de afgekeurde steekproeven berekend.

Tabel 2.1

Aantal gescreende, matige en ernstig ondervoede volwassenen

	<i>n</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>mediaan</i> <i>(spreiding)</i>	<i>totaal</i>
Aantal klinisch opgenomen volwassen patiënten in 2008	98	7.698	6.535 (43 – 37.914)	754.419
Aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding	98	3.915	2.073 (22 – 20.787)	383.751
Aantal matig ondervoede patiënten	95	200	101 (0 – 1.789)	19.027
Aantal ernstig ondervoede patiënten	95	584	278 (2 – 3.094)	55.558

Tabel 2.1

In totaal waren er ruim 750.000 opgenomen patiënten. Hiervan zijn bijna 400.000 patiënten gescreend op ondervoeding (57 procent). Gemiddeld trof elk ziekenhuis 200 (6 procent) matig ondervoede en 584 (18 procent) ernstig ondervoede patiënten aan. De mediaan voor matig ondervoede patiënten was 4,5 procent (spreiding 0 – 28) en voor ernstig ondervoede patiënten 17 procent (spreiding 2 – 46 procent). Bij exclusie van het cohort met onbetrouwbare steekproeven, gold dat het percentage volwassen patiënten wat was gescreend op ondervoeding daalde van 57 naar 52 procent (spreiding 3 – 100). Het percentage matig ondervoede patiënten was gelijk gebleven en het percentage ernstig ondervoede patiënten was gedaald van 18 naar 16 procent (spreiding 2- 46). Van alle bij opname gescreende volwassen patiënten was 24 procent ondervoed, waarvan 18 procent ernstig. De verhouding tussen matig en ernstig ondervoede patiënten is 1:3. Het aantal ernstig ondervoede patiënten is gemiddeld met 1 procent toegenomen ten opzichte van 2007. Het aantal matig ondervoede patiënten is gelijk gebleven. Er waren 7 ziekenhuizen die niet hebben gerepsondeerd op deze indicator.

Dit is het 2e jaar dat deze indicator in de basisset is opgenomen. De screeningsactiviteiten zijn het 2e jaar behoorlijk toegenomen ten opzichte van 2007. Dit jaar zijn bijna 400.000 patiënten gescreend op ondervoeding tegenover ruim 100.000 patiënten in 2007. Er werden in 2008 ruim 19.000 patiënten gescreend als matig ondervoed; in 2007 waren dat er ruim 7.000. Het aantal ernstig ondervoede patiënten was dit jaar ruim 55.000 terwijl dit vorig jaar ruim 17.000 betrof.

Screening op ondervoeding bij opname in de kliniek bij kinderen

Tabel 2.2

Aantal gescreende en ondervoede kinderen

	<i>n</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>mediaan</i> <i>(spreiding)</i>	<i>totaal</i>
Aantal klinisch opgenomen kinderen in 2008	45	954	679 (5 – 4.812)	42.965
Aantal kinderen, bij opname gescreend op ondervoeding	37	285	117 (0 – 1.544)	11.122
Aantal ondervoede kinderen	37	26	5 (0 – 275)	997

Tabel 2.2

In 37 ziekenhuizen was het percentage kinderen dat bij opname werd gescreend op ondervoeding bekend; 5 ziekenhuizen gaven aan dat dit niet van toepassing is en in 60 ziekenhuizen was het percentage kinderen niet bekend. Er waren 35 ziekenhuizen die de beschikking hadden over een registratiesysteem.

27 ziekenhuizen (73 procent) hadden een steekproef genomen. De steekproef werd bij 15 ziekenhuizen afgekeurd (54 procent) wegens onvoldoende betrouwbaarheid. De analyse is zowel met als zonder de onbetrouwbare steekproeven verricht.

In totaal waren er bijna 43.000 kinderen klinisch opgenomen; 11.000 van deze kinderen werden bij opname gescreend op ondervoeding (gemiddeld 43 procent).

In totaal bleken bijna 1.000 kinderen ondervoed te zijn (13 procent). Gemiddeld hadden de betreffende ziekenhuizen 26 ondervoede kinderen behandeld.

Voor het cohort waarbij de onbetrouwbare steekproeven werden geëxcludeerd, gold dat het percentage kinderen wat was gescreend op ondervoeding 37 procent bedroeg (spreiding 0 – 100). Het gemiddelde percentage ondervoede kinderen was 12 procent (spreiding 0- 26).

Behandeling van ondervoeding

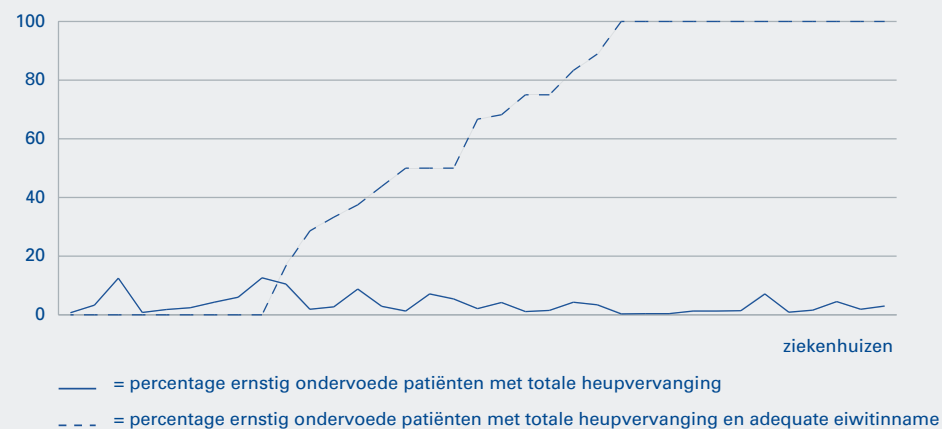
Tabel 2.3

Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangning

	n		mediaan (spreiding)	totaal
	gemiddeld			
Aantal opgenomen patiënten voor THV	55	209	156 (2 – 665)	11.508
Aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten met een THV	35	8	4 (1 – 84)	287
Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een THV met een adequate eiwitname op de 4e dag	35	3	1 (0 – 15)	116

Figuur 2.2

Percentage ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangning samen met het percentage patiënten met een adequate eiwitname op de 4e opnamedag (n=35)

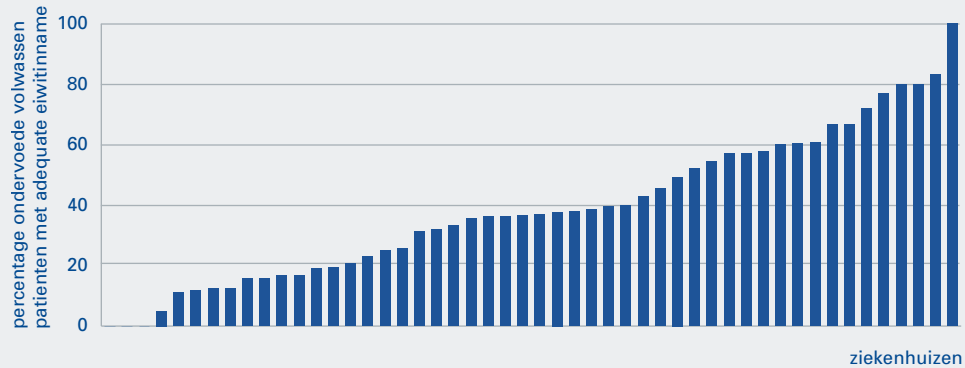


Tabel 2.3

In totaal werden ruim 11.000 patiënten opgenomen voor een totale heupvervangning. Het totaal aantal ernstig ondervoede patiënten bedroeg 287, variërend van 1 tot 84 patiënten (gemiddeld 2,5 procent; spreiding 0-13 procent). Van deze 287 patiënten hadden 116 ernstig ondervoede patiënten (variërend van 0 tot 15 patiënten per ziekenhuis) een adequate eiwitname op de 4e opnamedag (gemiddeld 65,6 procent; spreiding 0-100 procent). De spreiding van een adequate eiwitname was enorm; p10 is 0 procent en p90 is 100 procent (zie figuur 2.2). Dit kan worden verklaard door de lage patiëntenaantallen.

23 ziekenhuizen hadden een steekproef genomen bij het bepalen van de behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met een heupvervangning. Bij 11 ziekenhuizen werd de steekproef afgekeurd gezien een onbetrouwbare steekproefomvang (n=6), dan wel onduidelijke selectiecriteria (n=5). Het excluseren van deze ziekenhuizen voor analyse beïnvloedde de uitkomst nauwelijks; het gemiddeld aantal ernstig ondervoede patiënten bedroeg na exclusie 2,3 procent en het gemiddeld aantal ernstig ondervoede patiënten met een adequate eiwitname bedroeg 68,9 procent.

Figuur 2.3

Behandeling van ernstig ondervoede volwassenen**Figuur 2.3**

In 50 ziekenhuizen was het percentage ernstige ondervoede patiënten met een adequate eiwitopname op de 4e opnamedag bekend. Gemiddeld hadden deze ziekenhuizen 22 ernstig ondervoede patiënten behandeld (mediaan 12, spreiding 0 – 242). In totaal waren er 1.026 ernstig ondervoede patiënten met een adequate eiwitopname op de 4e opnamedag.

In totaal waren 2.616 patiënten op dag 5 opgenomen die ernstig ondervoed waren. Dat waren gemiddeld 52 patiënten per ziekenhuis per jaar (mediaan 33, spreiding 1 – 303).

Het gemiddelde percentage wat hiervan een adequate eiwitname had op de 4e opnamedag was 39 procent en had een spreiding van 0 – 100 procent. De 100 procent score was een enigszins vertekende score aangezien het hier een ziekenhuis betrof met 1 ernstig ondervoede patiënt met op de 4e dag een adequate eiwitname. Er waren 6 ziekenhuizen met een relatief laag percentage ondervoede patiënten met een adequate eiwitname op de 4e opnamedag (11 procent of lager; p10) en 5 ziekenhuizen met een relatief hoog percentage patiënten (76 procent of hoger; p90).

Behandeling van ernstig ondervoede kinderen.

In 10 ziekenhuizen was het aantal kinderen met ondervoeding op dag 5 bekend samen met het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitname en een adequate energie-inname. In totaal waren er 62 ondervoede kinderen op dag 5 opgenomen (gemiddeld 6 kinderen per ziekenhuis). In totaal hadden 57 van deze kinderen (85 procent) een adequate eiwitname en 55 kinderen (84 procent) een adequate energie-inname op de 4e opnamedag (gemiddeld 6 kinderen per ziekenhuis). Het percentage ondervoede kinderen met zowel een adequate eiwitname als adequate energie-inname was in 6 ziekenhuizen 100 procent.

Conclusies

- 1 De screeningactiviteiten bij volwassen patiënten zijn enorm toegenomen; daardoor worden ondervoede patiënten veel sneller gedetecteerd. Gegevens over de behandeling van volwassen ondervoede patiënten echter, zijn in minder dan de helft van de ziekenhuizen bekend. Gegevens over zowel de screening als de behandeling van ondervoede kinderen zijn in ongeveer één derde van de ziekenhuizen bekend.
- 2 In 96 procent wordt voor het meten van ondervoeding gebruikgemaakt van de screeningsinstrumenten SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) of MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Ten opzichte van 2007 is een toename in gebruik van deze instrumenten van 16 procent geconstateerd.
- 3 Van alle bij opname gescreende volwassen patiënten is 24 procent ondervoed (74.585 patiënten), waarvan 18 procent ernstig ondervoed (55.558 patiënten).
- 4 Dit is het 2e jaar dat deze indicator in de basisset is opgenomen. Dit jaar zijn ruim 19.000 patiënten tijdig ontdekt middels screening als matig ondervoed; in 2007 waren dat er ruim 7.000. Het aantal ernstig ondervoede patiënten is dit jaar ruim 55.000 terwijl dit vorig jaar ruim 17.000 betrof.
- 5 In totaal zijn bijna 1.000 kinderen ondervoed (13 procent). Gemiddeld hebben de ziekenhuizen 26 ondervoede kinderen behandeld.
- 6 Het totaal aantal ernstig ondervoede patiënten bij een totale heupvervangingsbedraagt 287. Van deze 287 patiënten hadden 116 ernstig ondervoede patiënten een adequate eiwitname op de 4e dag.
- 7 Het gemiddeld aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten bedraagt 52 patiënten per ziekenhuis.
- 8 Het gemiddelde percentage ondervoede patiënten dat op de 4e opnamedag een adequate eiwitname had, was 39 procent.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien sprake is van de volgende resultaten:

- 1 Het ziekenhuis geeft aan dat het aantal bij opname gescreende patiënten op ondervoeding onbekend is.
- 2 Het ziekenhuis geeft aan een systematische screening op ondervoeding van volwassenen bij opname uit te voeren, maar geeft geen antwoord op de vraag naar het gebruikte screeningsinstrument.
- 3 Het ziekenhuis levert geen gegevens over de screening van ondervoeding bij kinderen.
- 4 Het percentage volwassen gescreende patiënten is minder dan 19 procent (p10) of meer dan 87 procent (p90).
- 5 Het percentage ernstig ondervoede patiënten is minder dan 9 procent (p10) of meer dan 27 procent (p90).
- 6 Het percentage gescreende kinderen is 0 procent (p10) of meer dan 93 procent (p90).

- 7 Het percentage ondervoede kinderen is 0 procent (p10) of meer dan 20 procent (p90).
- 8 Het percentage ernstig ondervoede patiënten met een heupvervangingsbedraagt dat een adequate eiwitname heeft op de 4e opnamedag is 0 procent (p10) of is 100 procent (p90).