

Model kwaliteitsjaarverslag Ziekenhuiszorg - 2010

Bijlage behorend bij de Regeling kwaliteitsjaarverslag zorginstellingen

De zorgaanbieder voor wie artikel 15 van de Wet toelatingen zorginstellingen geldt, stelt het kwaliteitsjaarverslag op met gebruikmaking van het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Dit voorliggende model kwaliteitsjaarverslag is bedoeld voor instellingen die niet jaardocumentplichtig zijn, maar wel op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zijn een kwaliteitsjaarverslag op te stellen. Op www.zichtbarezorg.nl staat aangegeven op welke manier u de indicatoren moet meten en aanleveren.

Dit modelverslag wordt mogelijk op enkele onderdelen nog gewijzigd. Kijk altijd op de website www.zichtbarezorg.nl of www.jaarverslagenzorg.nl om te zien of er wijzigingen zijn.

Inleiding

Sinds enige jaren werken de verschillende sectoren in de zorg aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Cliënten, toezichhouders, zorgaanbieders, beroepsbeoefenaren en verzekeraars ontwikkelen gezamenlijk kwaliteitsindicatoren. Het streven is om voor alle sectoren te beschikken over valide, betrouwbare, vergelijkbare en openbaar te publiceren informatie over de kwaliteit van zorg. Daarbij hanteert elke sector op grond van zijn specifieke kenmerken andere indicatoren, maar in de systematiek zijn er grote overeenkomsten. De zorginhoudelijke indicatoren omvatten bij voorkeur uitkomstindicatoren waarmee de veiligheid, de effectiviteit, de tijdigheid van de zorg en de kwaliteit van leven inzichtelijk worden gemaakt.

De jaarverantwoording over kwaliteit van zorg wordt afgelegd via bovenstaande systematiek. Het gaat daarbij om de meting van de kwaliteit met indicatoren zoals partijen deze in stuurgroepen per sector hebben vastgesteld in het programma Zichtbare Zorg. Wanneer u van mening bent dat u niet kan voldoen aan de gestelde eisen in dit model kwaliteitsjaarverslag, kunt u per mail contact opnemen met de helpdesk van het CIBG, jaardocumentmv@minvws.nl.

In dit modeldocument vult u per locatie of per organisatorische eenheid de scores in, zoals gemeten met de indicatoren voor Zichtbare Zorg.

Op onderdelen wordt de huidige set in 2011 verbeterd en verbreed. Ook is het mogelijk dat indicatoren anders geformuleerd worden of dat de vragen aangepast worden.

Een toelichting op de indicatoren en richtlijnen en instructies voor het meten hiervan vindt u op www.zichtbarezorg.nl.

Proces van aanlevering tot openbaarmaking gegevens

Gegevensaanlevering

Ziekenhuizen leveren gegevens aan via de webenquête op www.zichtbarezorg.nl/ziekenhuizen.

Ziekenhuizen leveren informatie aan over zorginhoudelijke indicatoren. Er zijn 3 typen zorginhoudelijke indicatoren te onderscheiden: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Bij de zorginhoudelijke proces- en uitkomstindicatoren zijn verificatievragen gesteld over de juistheid en volledigheid van het meet- en registratieproces. De Raad van Bestuur dient de gegevens met de aangeleverde bevestigingscode definitief te maken. Ziekenhuizen ontvangen direct na het definitief indienen van de gegevens automatisch een terugkoppeling van de 'ruwe gegevens' zoals die door het ziekenhuis zijn aangeleverd.

Schoning en terugkoppeling

Het uitgangspunt is dat ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn voor de gegevens die zij aanleveren. In de door de ziekenhuizen aangeleverde gegevens kunnen per ongeluk registratiefouten zitten, bijvoorbeeld door typefouten of doordat de vraag niet goed is begrepen.

In principe komt direct bij invoer van de data in de webenquête een reactie over de afwijkende waarde in het beeldscherm zodat, indien nodig, direct een aanpassing van de

waarde gemaakt kan worden. Waar dit niet mogelijk is signaleert Zichtbare Zorg afwijkende waarden (schoningsvraag). In het schoningsprotocol zijn de volgende checks opgenomen:

- a) checken op statistische plausibiliteit
- b) checken op inhoudelijke plausibiliteit

Voor het uitgebreide schoningsprotocol wordt verwezen naar de website van Zichtbare Zorg (<http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen/Documenten>).

Het ziekenhuis ontvangt via de e-mail een terugkoppeling over eventueel afwijkende waarden, die tijdens de schoning zijn gesignaleerd. Alleen voor deze waarden kan het ziekenhuis via de webenquête nieuwe gegevens aanleveren en bevestigen.

Uitspraak over kwaliteit van de gegevens; vlaggensystematiek

Het is belangrijk dat de Zichtbare Zorg indicatoren, de aangeleverde data en de indicatorwaarden aan vier kwaliteitseisen voldoen:

1. De onderliggende indicatoren dienen valide te zijn;
2. De data waarop ze gebaseerd zijn dienen betrouwbaar geregistreerd te zijn;
3. De indicatorwaarden dienen statistisch betrouwbaar vergelijkbaar te zijn;
4. De indicatorwaarden dienen tussen ziekenhuizen vergelijkbaar te zijn (populatievergelijkbaarheid).

Om dit te monitoren is er behoefte aan een evaluatie van de kwaliteit van de indicatoren, de aangeleverde data en de indicatorwaarden. Daarom heeft Zichtbare Zorg een systematiek ontwikkeld om deze kwaliteit te beoordelen. Deze beoordeling is gebaseerd op de score van de vier eerder genoemde kwaliteitseisen en wordt met signaalvlaggen geduid. Deze signaalvlaggen zijn primair bedoeld voor die organisaties die deze indicatorwaarden gebruiken. Bijvoorbeeld voor het maken van publieksinformatie of zorginkoopinformatie. Dit om zo de gebruikers van de gegevens zo goed mogelijk te informeren over de mogelijke beperkingen bij de interpretatie van de indicatoren en indicatorwaarden. Om de signaalvlaggen te verkrijgen vullen ziekenhuizen naast de indicatorwaarden verificatievragen in. Zichtbare Zorg ontwikkelt de signaalvlaggen en levert deze mee met de openbare database.

Op de website van Zichtbare Zorg (<http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen/Documenten>) vindt u een notitie met een uitgebreide toelichting op de vlaggenmethodiek.

Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve analyse wordt opgesteld door Zichtbare Zorg en behelst de volgende onderdelen:

- de signaalvlaggen voor bovengenoemde dimensies: betrouwbaarheid registratieproces en statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid op basis van informatie van het ziekenhuis; de validiteit en populatievergelijkbaarheid zijn in het eerste uitvraagjaar door indicatorwerkgroepen vastgesteld.

- de analyse van de uitkomsten op de zorginhoudelijke indicatoren waaronder:

- * per indicator/vraag wordt er een of meerdere figuren gemaakt die de resultaten voor alle ziekenhuizen weergeven.
- * het type figuur is afhankelijk van de vraagstelling per indicator. De meest voorkomende zijn een staafdiagram voor de ja/nee indicatoren en een 'rupsgrafiek' voor de teller/noemer indicatoren.
- * in elke figuur is naast de uitkomst ook af te lezen hoeveel ziekenhuislocaties gegevens hebben aangeleverd.

- * voor de teller/noemer indicatoren is in de figuur opgenomen wat het minimum, het maximum en de mediaan is van het aantal waarnemingen in de noemer.
- * voor de teller/noemer indicatoren is in de figuur per datapunt een 95% betrouwbaarheidsinterval voor de proportie opgenomen.
- * er wordt per indicator/vraag aangegeven wat de observaties zijn en per set worden de conclusies op een rij gezet.

Stuurgroep adviseert minister over openbaarheid van gegevens

De stuurgroep neemt kennis van deze rapportage met daarin de kwantitatieve analyse van de indicatoren en de beoordeling met de vier signaalvlaggen, en stelt de rapportage officieel vast. Hierbij is het uitgangspunt dat alle indicatoren openbaar worden gemaakt met de signaalvlaggen voor validiteit, betrouwbaarheid van het registratieproces en statistisch betrouwbare- en populatievergelijkbaarheid. Bij hoge uitzondering kan de stuurgroep de minister adviseren om voor bepaalde indicatoren de verplichting te laten vervallen dat de score openbaar gemaakt moet worden.

Openbaarheid van gegevens

De algemene rapportage met de resultaten van de kwantitatieve analyse wordt gepubliceerd op de website van Zichtbare Zorg. De gegevens zijn vervolgens voor iedereen opvraagbaar.

Aanpassing indicatorenset

Voor het proces van onderhoud van indicatoren verwijzen wij u naar de website van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (onderhoudsprotocol).

In het onderstaande schema staan de termijnen van de voor ziekenhuizen belangrijke processtappen benoemd.

Processtappen	Datum*
Dataverzameling en -aanlevering in ZiZo-portal	1 januari tot medio april
Aanpassen van de gegevens op basis van de schoning en definitief bevestigen van de aangeleverde gegevens	Medio april tot medio mei
Accorderen van de gegevens in DigiMV	medio mei t/m 1 juni

* Voor exacte data: zie website Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (www.zichtbarezorg.nl/ziekenhuizen)

Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Telefoonnummer	
Identificatienummer Kamer van Koophandel	
E-mailadres	
Internetpagina	

Geboden zorg

Behandelingen geleverd door organisatorische eenheid/locatie (meerdere antwoorden mogelijk)	Ja/nee
Blaascarcinoom	
Cataract	
Diabetes	
Heup- en knie vervangingen	
Incontinentie bij de vrouw	
Liesbreuk	
Lumbosacraal radiculair syndroom	
Mammacarcinoom	
Varices	
Ziekten van adenoïd en tonsillen	
Reumatoïde artritis	
Coeliakie	
Chronische rhinosinusitis	
Constitutioneel eczeem	
Cystic Fibrosis	
Licht Traumatisch Schedelhersenletsel	
Colorectaal carcinoom	
Pulmonaal belaste patiënt	
Beroerte	
OSAS	
Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling	
Perioperatief voedingsbeleid	
Pijn bij kanker	
Sepsis	
AMI:ACS-CABG(PCI)	
Blindedarm bij Kinderen	
Aneurysme Abd. Aorta	
Heupfractuur	
Hartklepaandoeningen	
Ovariumcarcinoom	
Endometriumcarcinoom	
Multiple Myeloom/Amyloidose	
Acute Leukemie bij kinderen	
Acute leukemie bij volwassenen	
Gynaecologisch geïndiceerde tweede lijns bevalling	
Hoofd/hals tumoren	
Pancreascarcinoom	
Cerebraal aneurysme	
Chronische myeloïde leukemie	
Cervixcarcinoom	
Schildkliertumoren	

Testistumoren	
Bariatrische chirurgie (excl. "eenvoudige" maagbandjes)	
Pancreatitis	
Endocarditis	
(Bij)niertumoren	
Stabiele Angina pectoris	
Uterus Myomatosus	
Galstenen	
OMA/OME chronische otitis media	
Septumafwijkingen	
Nekhernia	
Hartritmestoornissen (pacemaker)	
Boezemfibrilleren/flutter	
Impuls- en geleidingsstoornissen)	
Ventriculaire hartritmestoornissen	
Instabiele Angina Pectoris	
Nierdialyse	
Neuromodulatie (ernstige pijn onderrug)	
Infertiliteit	
Multitrauma	
Vroeggeboorte	
Niertransplantaties	
Corneatransplantaties	
Haemofilie	
Zwangerschap 2 ^{de} lijn	

Kwaliteitsverslag

Dit model kwaliteitsverslag bestaat uit 2 delen:

- Deel 1 bevat de specifieke indicatoren per aandoening (tranche 1 en 2).
- Deel 2 bevat aandoeningen waarvoor in ieder geval een volume-indicator wordt uitgevraagd. Voor de vulling van de indicatoren wordt verder geput uit onder andere de IGZ Basisset en andere ziekenhuisregistraties (tranche 4).

Kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg Ziekenhuizen Deel 1

Thema	1. Blaascarcinoom	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%	Frequentie
Kwaliteit indicator	1.1 Multidisciplinair overleg					
	1.2 Eenmalige spoeling 24 uur na TUR					
	1.3 Aantal cystectomieën per ziekenhuis					
	1.4 Mortaliteitsregistratie na behandeling voor invasief blaascarcinoom					
	1.5 Patiënteninformatie					
Toelichting:						

Thema	2. Cataract	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	2.1 Dataregistratie van pré-/ per-/ postoperatieve data				
	2.2 Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht voorste oogkamer (peroperatief)				

<p><i>2.3a De tijdsperiode tussen operatie van 1^o en 2^o oog; Tijdsperiode tussen operaties ≥ 28 dagen</i></p>				
<p><i>2.3b De tijdsperiode tussenoperatie van 1^o en 2^o oog; Datum postoperatieve controle 1^o cataractoperatie ≥ 14 dagen</i></p>				
Toelichting:				

Thema	3. Diabetes	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>3.1 Organisatiestructuur van diabeteszorg</i>				
	<i>3.2 Laboratorium jaarcontrole</i>				
	<i>3.3a Bloeddruk – Bloeddruk gemeten</i>				
	<i>3.3b Bloeddruk – Benodigde therapie</i>				
	<i>3.5 Voetzorg</i>				
Toelichting:					

Thema	4. Heup- en knieervangingen	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%	Frequentie
Kwaliteit indicator	<i>4.1 Preoperatieve patiëntenvoorlichting</i>					
	<i>4.2a Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe</i>					
	<i>4.2b Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie (minimaal 6 weken)</i>					
	<i>4.3a Complicatieregistratie</i>					

<i>4.3b Termijn 6 weken voor complicaties</i>					
<i>4.3c Gebruik "Orthopaedie Registratieformulier" voor complicaties</i>					
<i>4.3d Genotuleerde bespreking van complicaties</i>					
<i>4.3e Verbeterplan optreden complicaties</i>					
<i>4.4a Bloedmanagementrichtlijn of -protocol</i>					
<i>4.4b Transfusie van homologo bloed</i>					
<i>4.5a Richtlijn of protocol voor antibiotische profylaxe</i>					
<i>4.5b Peri-operatief toedienen antibiotica</i>					
<i>4.5c Antibiotica 60 tot 15 minuten vóór de incisie/ opwekken van bloedleegte</i>					
<i>4.5d Diepe wondinfecties</i>					
<i>4.6 Deelname aan landelijke implantaatregistratie</i>					
Toelichting:					

Thema	5. Stressincontinentie bij de vrouw	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>5.1 Gebruik mictie-/ incontinentiedagboek</i>				
	<i>5.2 Bekkenbodempfysotherapie</i>				

	<i>5.3 Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst</i>				
	<i>5.4 Urineretentie/-residu</i>				
Toelichting:					

Thema	6. Liesbreuk	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>6.1 Dagbehandeling</i>				
Toelichting:					

Thema	7. Lumbosacraal radiculair syndroom	Ja/Nee	Teller	Noemer	%	Frequentie
Kwaliteit indicator	<i>7.1 Aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie</i>					
	<i>7.2 Lumbale heroperaties binnen 30 dagen</i>					
	<i>7.3 Pijnintensiteit</i>					
Toelichting:						

Thema	8. Mammacarcinoom	Ja/Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>8.1 Irradicaliteit na eerste tumorexcisie</i>				
	<i>8.2 Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap/vakgroep heelkunde</i>				
	<i>8.3 % Patiënten die < 4 weken na de definitieve PA-diagnose geopereerd zijn (inclusief directe reconstructie)</i>				

	<i>8.4 Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstbesparende en ablatieve therapie</i>		
Toelichting:			

Thema	9. Varices	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>9.1 Percentage geregistreeerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices</i>				
	<i>9.2 Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie</i>				
Toelichting:					

Thema	10. Ziekten van adenoïd en tonsillen	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>10.1 Percentage nabloedingen</i>				
	<i>10.2 Aanwezigheid poliklinisch pre-operatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders/ verzorgers)</i>				
	<i>10.3 Ouder/ verzorger structureel aanwezig is ontwaken</i>				

	<i>10.4 Postoperatieve pijnmeting</i>				
	<i>10.5 Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep</i>				
Toelichting:					

Thema	11. Reumatoïde artritis	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>11.1 Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek</i>				
	<i>11.2 Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten</i>				
	<i>11.3 Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is</i>				
	<i>11.4 Beschikbaarheid multidisciplinaire spreekuren</i>				
	<i>11.5 Patiëntenvoorlichting</i>				
Toelichting:					

Thema	12. Coeliakie	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>12.1 Percentage patiënten met coeliakie die tijdig zijn gebiopteerd</i>				
	<i>12.2 Percentage nieuwe coeliakie-patiënten doorverwezen naar de diëtist</i>				
	<i>12.3 Percentage nieuwe coeliakie-patiënten met tenminste drie consulten bij de diëtist</i>				
Toelichting:					

Thema	13. Chronische rhinosinusitis	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>13.1 CT-scan preoperatief</i>				
	<i>13.2 Low-dose CT protocol</i>				
Toelichting:					

Thema	14. Constitutioneel eczeem	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>14.1 Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige aan alle patiënten met constitutioneel eczeem, aanvullend op de gebruikelijke behandeling</i>				
	<i>14.2 Rechtstreekse toegang tot zorg</i>				
	<i>14.3 Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva</i>				
Toelichting:					

Thema	15. Cystic Fibrosis	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>15.1 Minimale voorwaarden voor een CF-centrum</i>				
	<i>15.2 Longfunctie (FEV1)</i>				
	<i>15.3 Voedingstoestand</i>				
	<i>15.4 Routinecontrole volgens Europese consensus</i>				
Toelichting:					

Thema	16. Licht Traumatisch Schedelhersenletsel	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>16.1 Protocol opvang LTH-patiënten</i>				
	<i>16.2 Schriftelijke informatievoorziening</i>				
Toelichting:					

Thema	17. Colorectaal carcinoom	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>17.1 Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)</i>				
	<i>17.2 Aantal lymfeklieren onderzocht na resectie</i>				
	<i>17.3 Patiënten met rectumcarcinoom besproken in een preoperatief MDO</i>				
Toelichting:					

Thema	18. Pulmonaal belaste patiënt	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>18.1 Registratie van patiënten met een verhoogd risico op pulmonale complicaties</i>				
	<i>18.2 Registratie van postoperatieve pulmonale complicaties</i>				
	<i>18.3 Aanwezigheid van een medicamenteus protocol ter voorkoming van PPC's</i>				
	<i>18.4 Epidurale analgesie</i>				
Toelichting:					

Thema	19. Beroerte	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>19.1 Door-to-needle time trombolyse</i>				

<i>19.2 Tijdigheid TIA-diagnostiek</i>				
Toelichting:				

Thema	20. Obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%	Frequentie
Kwaliteit indicator	<i>20.1 Minimale voorwaarden behandeling OSAS</i>					
	<i>20.2 Diagnostiek poly(somno)grafie</i>					
Toelichting:						

Thema	21. Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>21.1 Transmuraal multidisciplinair protocol Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling</i>				
	<i>21.2 Beschikbaarheid epidurale of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) anagesie bij de partus, op verzoek van de vrouw</i>				
	<i>21.3a Percentage patiënten met epiduraal analgesie of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) al tijdens ontsluiting op het totaal aantal bevallingen</i>				
	<i>21.3b Percentage patiënten met epiduraal analgesie (PDA) of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) dat 's nachts (20-8 uur) is bevallen op het totaal aantal patiënten met PDA of CSE al tijdens ontsluiting</i>				
	<i>21.3c Percentage patiënten dat enige vorm van pijnstilling (anders epiduraal analgesie of gecombineerd spinale-epidurale (CSE)) heeft gehad op het totaal aantal bevallingen</i>				

Toelichting:

Thema	22. Perioperatief voedingsbeleid	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>22.1 Nuchterbeleid bij volwassenen: voeding in de direct pre-operatieve fase</i>				
	<i>22.2 Nuchterbeleid bij kinderen: voeding in de direct pre-operatieve fase</i>				
	<i>21.3 Postoperatief misselijkheidsbeleid</i>				
	<i>21.4 Postoperatief misselijkheidsbeleid bij kinderen</i>				
	<i>21.5 Hospitality en Zelfmanagement met betrekking tot voeding</i>				
Toelichting:					

Thema	23. Pijn bij kanker bij volwassenen	Ja/ Nee	Teller	Noemer	%
Kwaliteit indicator	<i>22.1 Structurele pijnmeting</i>				
	<i>22.2 Percentage patiënten met matige tot ernstige pijn</i>				
	<i>21.3 Aanwezigheid van een multidimensioneel pijnprotocol voor patiënten met pijn bij kanker</i>				
	<i>21.4 Patiëntenvoorlichting bij patiënten met pijn bij kanker</i>				
Toelichting:					

Kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg Ziekenhuizen Deel 2

Voor de volgende 23 aandoeningen wordt in ieder geval een volume-indicator uitgevraagd. De overige indicatoren worden ontleend aan onder andere de IGZ Basisset. Deze indicatoren worden al door ziekenhuizen geregistreerd.

- 24 Sepsis
- 25 AMI:ACS-CABG(PCI)
- 26 Blindedarm bij Kinderen
- 27 Aneurysme Abd. Aorta
- 28 Heupfractuur
- 29 Hartklepaandoeningen
- 30 Ovariumcarcinoom
- 31 Endometriumcarcinoom
- 32 Multiple Myeloom/Amyloidose
- 33 Acute Leukemie bij kinderen
- 34 Acute leukemie bij volwassenen
- 35 Gynaecologisch geïndiceerde tweede lijns bevalling
- 36 Hoofd/hals tumoren
- 37 Pancreascarcinoom
- 38 Cerebraal aneurysme
- 39 Chronische myeloïde leukemie
- 40 Cervixcarcinoom
- 41 Schildkliertumoren
- 42 Testistumoren
- 43 Bariatrische chirurgie (excl. "eenvoudige" maagbandjes)
- 44 Pancreatitis
- 45 Endocarditis
- 46 (Bij)niertumoren

Ter informatie zijn de indicatorensets waaruit de indicatoren worden geput op de volgende pagina's weergegeven. Ziekenhuizen worden via de website www.zichtbarezorg.nl/ziekenhuizen geïnformeerd over de relatie tussen de bestaande sets en de te ontwikkelen Zichtbare Zorg indicatoren.

Prestatie-indicatoren ziekenhuizen Basisset 2009:

	Zie invulinstructies gids "Prestatie-indicatoren ziekenhuizen Basisset 2009"
1. Decubitus	1.1 Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed 1.2 Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie
2. Ondervoeding	2.1 Screening op ondervoeding in de kliniek 2.2 Behandeling van ondervoeding
3. Medicatieveiligheid	3.1 Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag

	3.2 Vrijgifte van cytostatica
4. Zorg-ICT	4.1 Beschikbaarheid van elektronische gegevens en procesondersteunende ICT
5. Ziekenhuisinfecties	5.1 Surveillance van ziekenhuisinfecties
6. Complicatieregistratie	6.1 Complicatieregistratie
7. Pijn na een operatie	7.1 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten
	7.2 Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie
8. Volume van risicovolle interventies	8.1 Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties
	8.2 Volume oesophaguscardiaresecties
10. Colorectale operaties	10.1 Ongeplande heroperaties na een colorectale operatie
	10.2 Deelname aan de Dutch Surgical Audit (DSCA)
11. Afgezegde operaties	11.1 Percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een electieve operatie
12. Intensive care	12.1 Niveau-indeling van de intensive care
	12.2 Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd
	12.3 Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling
	12.4 Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling
	12.5 NICE deelname en aanlevering
13. Zwangerschap	13.1 Het percentage uitgevoerde bevallingen met keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage (VOKS-percentiel)
14. Diabetes mellitus	14.1 Gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes
	14.2 Oogheelkundige controle bij diabetes

15. Cardiologie	15.1 Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie
	15.2 Ziekenhuissterfte na opname voor een AMI
	15.3 Evaluatie van het inbrengen van pacemakers deelname aan systematische registratie van gegevens
	15.4 Heropname na hartfalen
16. Cerebrovasculair Accident (CVA)	16.1 Door-to-needle time trombolysie
17. Heupfractuur	17.1 Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is
18. Mammacarcinoom	18.1 Differentiatiebeleid
	18.2 Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstbesparende operatie
	18.3 Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD
19. Cataract	19.1 Registratie operatieve data
	19.2 Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van eerste en tweede oog
20. Kinderchirurgie	20.1 Postoperatieve opnameduur na blindedarmoperatie
21. Evalueren van het functioneren van medische specialisten	21.1 Jaargesprekken
	21.2 IFMS
	21.3 Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

Indicatoren veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen basisset 2009

	Zie invulinstructies gids "Indicatoren veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen basisset 2009"
1. Ziekenhuissterfte	1.1 HSMR
	1.2 Verbeteracties op basis van HSMR

2. Vermijdbare sterfte en schade

2.1 Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade

2.2 Onverwacht lange opnameduur

3. Veiligheidsmanagement-systeem (VMS)

4. Veiligheidsthema's

4.1 Postoperatieve wondinfecties (POWI)

4.1.1 Surveillance postoperatieve wondinfecties

4.2 Sepsis

4.2.1 Registratie van centrale lijninfecties

4.2.2 Registratie gebruik sepsisbundel bij ernstige sepsis en lijnsepsis

4.3 Bedreigde vitale functies

4.3.1 Registratie van reanimaties

4.4 Medicatieoverdracht

4.4.1 Medicatieverificatie deskundig medewerker bij opname

4.4.2 Medicatieverificatie deskundig medewerker bij ontslag

Voor de onderstaande lijst met aandoeningen wordt in ieder geval een volume-indicator uitgevraagd.

- 47 Stabiele Angina pectoris
- 48 Uterus Myomatosus
- 49 Galstenen
- 50 OMA/OME chronische otitis media
- 51 Septumafwijkingen
- 52 Nekhernia
- 53 Hartritmestoornissen (pacemaker)
- 54 Boezemfibrilleren/flutter
- 55 Impuls- en geleidingsstoornissen
- 56 Ventriculaire hartritmestoornissen
- 57 Instabiele Angina Pectoris
- 58 Nierdialyse
- 59 Neuromodulatie (ernstige pijn onderrug)
- 60 Infertiliteit
- 61 Multitrauma
- 62 Vroeggeboorte
- 63 Niertransplantaties
- 64 Corneatransplantaties
- 65 Haemofilie
- 66 Zwangerschap 2^{de} lijn

Toelichting

U heeft hier de mogelijkheid om uw scores op de indicatoren Zichtbare Zorg Ziekenhuizen toe te lichten en aan te geven welke ambities u heeft om deze scores te verbeteren.

U heeft hier de mogelijkheid om een toelichting te geven op uw doelstellingen, beleid en inspanningen. U kunt daarbij bijvoorbeeld ingaan op:

- of, en zo ja hoe, u patiënten of consumenten bij uw kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- hoe en hoe vaak binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en wat het resultaat daarvan was.

Verklaring

Verklaring van het bestuur van de instelling	Ja/nee
Deze indicatoren zijn naar waarheid ingevuld met gebruikmaking van de voorschriften en richtlijnen waarmee de kwaliteitsgegevens worden geschoond en de indicatoren worden gecasemixt.	