

Basisset Prestatie-indicatoren Elkerliek ziekenhuis 2015

Juni 2016

1 Operatief proces	2
1.1 Pijn na een operatie	2
1.2 Heupfractuur	3
1.3 Stopmoment IV: Time-out	4
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	4
1.5 Bariatrische chirurgie	5
1.6 Cataractregistratie	5
1.7 Registratie neurochirurgie	5
1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie	5
1.9 Deelname aan registratie DLSA	5
1.10 Implementatie ZATT richtlijn	6
1.11 Explantatie borstimplantaten	6
2 Spoedprocessen	6
3 Intensive care	6
3.1 Beademingsuren	6
3.2 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie	6
4 Polikliniek	7
5 Diagnostiek	7
6 Interventies	7
7 Medicatieproces	7
7.1 Elektronisch voorschrijven	7
7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	7
8 Verpleegkundige zorg	8
8.1 Wondzorg	8
8.2 Ondervoeding	9
8.3 Delirium	11
8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting	11
9 Oncologie	12
9.1 Samenwerking	12
9.2 Borstkanker	12
9.3 Longchirurgie	13
9.4 Gastro-intestinaal	14
9.5 Urologische tumoren	15
9.6 Ovariumcarcinoom	15
9.7 Palliatieve radiotherapie botmetastasen	16
10 Hart en vaten	16
10.1 Volume van risicovolle interventies	16
10.2 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)	16
10.3 Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's	17
10.4 Carotischirurgie	18
10.5 Thoraxchirurgie	18
11 Bewegingsapparaat	19
12 Infectieziekten	19
12.1 Ziekenhuisinfecties	19
12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	20
13 Longen	20
14 Maag, darm en lever	20
14.1 MDL infrastructuur	20
14.2 Time-out procedure endoscopische verrichtingen	21
14.3 Deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie	21
15 Perinatale zorg	21
15.1 De spontane bevalling	21
15.2 Audit van perinatale zorg	22
16 Kwetsbare groepen	22
16.1 Ondervoeding geriatrische patiënten	22
16.2 Colonchirurgie bij ouderen	23
17 Algemeen kwaliteitsbeleid	23
17.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	23
17.2 Disfunctioneren medisch specialisten	24
18 Volume	24
19 Onverwacht lange opnameduur en heropname	24
19.1 Onverwacht lange opnameduur	24

1 Operatief proces	
1.1 Pijn na een operatie	
1.1.1 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten	
Exclusiecriteria: • Kinderen jonger dan 7 jaar. • Patiënten in dagopname. Inclusie criterium: • Postoperatieve patiënten.	
Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten <u>op de verpleegafdeling</u> in het verslagjaar bekend?	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem voor PO-pijnmeting op de verpleegafdeling?	Ja
Heeft u een steekproef genomen op de verpleegafdeling?	Nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N =	
Indien ja, vul in: Selectiecriteria:	
Teller: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd en geregistreerd.	4.866
Noemer: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.	5.211
Percentage 2:	93,4%
Toelichting:	
1.1.2 Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	
Exclusiecriteria: • Kinderen jonger dan 7 jaar. • Patiënten in dagopname. Inclusie criterium: • Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten.	
Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Beschikt u over een registratiesysteem voor pijnmeting bij postoperatieve patiënten?	Ja
Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N =	
Indien ja, vul in: Selectiecriteria:	
Teller: aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.	66
Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72	2.239

uur na een operatie).	
Percentage:	2,9%
Toelichting:	
1.2 Heupfractuur	
1.2.1 Heroperaties bij een heupfractuur	
Inclusiecriteria noemer: • Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling. Inclusiecriteria teller: • Heroperaties uitgevoerd in het registratiejaar waarvan de primaire operatie (die voldoet aan het inclusiecriteria voor de noemer) minder dan 60 dagen voor de start van het registratiejaar is uitgevoerd. Exclusiecriteria: • Multitrauma patiënten met een vastgestelde injury severity score > 15. Indien deze score niet bepaald wordt, of niet beschikbaar is in uw ziekenhuis kan dit exclusiecriteria niet gebruikt worden.	
Behandelt uw ziekenhuis patiënten met een heupfractuur?	Ja
1 heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur	
Teller: aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur.	0
Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.	30
Percentage:	0%
2 Heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese	
Teller: aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese.	0
Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.	60
Percentage:	0%
3 Heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur	
Teller: aantal heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur.	0
Noemer: aantal pertrochantere fracturen met interne fixatie.	50
Percentage:	0%
Toelichting:	
1.2.2 Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur	
Behandelt u patiënten met een heupfractuur?	Ja
Is de zorg voor patiënten met een heupfractuur verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd bekend?	Ja
Teller: aantal medebehandelingen geriatrieteam bij patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.	99
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar	123

en ouder met een heupfractuur.	
Percentage	80,5%
Toelichting:	
1.2.3 Certificering voor Orthopedisch Chirurg - Traumatoloog	
Wordt in uw instelling door orthopedisch chirurgen traumatologie bedreven?	Ja
Indien voorgaande vraag met JA werd beantwoord, hoeveel orthopedisch chirurgen zijn werkzaam in het deelgebied traumatologie per 1 januari van het verslagjaar?	
Zo ja, hoeveel	5 personen
Indien de eerste vraag met JA werd beantwoord, hoeveel van de orthopedisch chirurgen werkzaam in het deelgebied traumatologie waren per 1 januari van het verslagjaar ingeschreven in het NOV register orthopedisch chirurg, gecertificeerd in traumatologie?	
Zo ja, hoeveel	5 personen
Toelichting	
1.3 Stopmoment IV: Time-out	
1.3.1 Time-out	
<i>Inclusie criterium: alle electieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn peroperatief proces. Bron teller: checklist stopmomenten OK. Bron noemer: operatieplanning.</i>	
Worden operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?	Nee
Teller: aantal patiënten waarbij stop-moment IV is uitgevoerd en vastgelegd (bron: checklist stopmomenten OK)	12.806
Noemer: totaal aantal patiënten waarbij de besproken electieve operatie is goedgekeurd en ingepland (bron: operatieplanning)	13.046
Percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	98,2%
Toelichting:	
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	
1.4.1 Indicator: Tijdige antibioticaprofylaxe	
Is de zorg voor geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is het percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe in het verslagjaar bekend?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Teller: aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar en waarbij tussen den 15-59:59 minuten voor de incisie (of bloedleegte) de voorgeschreven antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt.	515
Noemer 1: totaal aantal indicatoroperaties (zie	557

inclusiecriteria) in het verslagjaar waarbij antibioticaprofylaxe gegeven is.	
Noemer 2: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar	563
Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	92,5%
Percentage indicatoroperaties waarbij antibiotica-profylaxe is gegeven.	98,9%
Toelichting:	
1.5 Bariatrische chirurgie	
1.5.1 Volume bariatrische ingrepen	
Worden in het ziekenhuis bariatrische ingrepen uitgevoerd?	Nee
1.5.2 Percentage postoperatieve controles	
Werden er in uw ziekenhuis twee jaar voor het verslagjaar bariatrische ingrepen uitgevoerd?	Nee
1.6 Cataractregistratie	
1.6.1 Cataractregistratie	
Verricht uw ziekenhuis cataractoperaties?	Ja
Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?	Ja
Teller: aantal cataractoperaties dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem	1.878
Noemer: totaal aantal cataractoperaties	1.878
Percentage	100%
Toelichting:	Het Elkerliek ziekenhuis houdt een eigen registratie bij waarin 100% van de cataractoperaties geregistreerd worden, daarnaast zijn ruim 500 patiënten ook in de NOG geregistreerd.
1.7 Registratie neurochirurgie	
1.7.1 Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	
Maligne glioom	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een maligne glioom?	Nee
Subarachnoïdale bloeding?	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten behandeld in verband met een subarachnoïdale bloeding?	Nee
Toelichting:	Patiënten worden voor behandeling doorgestuurd naar het St. Elisabeth ziekenhuis te Tilburg
1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie	
1.8.1 Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg	
Wordt er in het ziekenhuis minimale invasieve chirurgie uitgevoerd?	Ja
Functioneert binnen het ziekenhuis een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de bovengenoemde kenmerken?	Ja
Toelichting	
1.9 Deelname aan registratie DLSA	
1.9.1 Deelname aan registratie DLSA	
Heeft u in het verslagjaar informatie over	Nee

chirurgische ingrepen van longchirurgische pathologie aan de Dutch Lung Surgical audit aangeleverd?	
1.10 Implementatie ZATT richtlijn	
1.10.1 Registratie infecties voor indicatiestelling	
Registreert u het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?	Ja
Toelichting	
1.10.2 Registratie apneu's voor indicatiestelling	
Registreert u of het kind wel of geen apnoe's heeft voorafgaande aan de indicatiestelling?	Ja
Toelichting	
1.11 Explantatie borstimplantaten	
1.11.1 Explantatie borstimplantaten	
Worden er in uw ziekenhuizen borstimplantaten geïmplantéerd?	Ja
Is het aantal explantaties van een borstprothese binnen 30 dagen post-operatief na een borstaugmentatie met prothesen voor cosmetische doeleinden bekend?	Ja
Teller: het aantal explantaties van een borstprothese binnen 30 dagen post-operatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden	0
Noemer: het aantal geplaatste prothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden	71
Percentage	0%
Toelichting	
2 Spoedprocessen	
3 Intensive care	
3.1 Beademingsuren	
3.1.1 Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling	
Kinderen (< 18 jaar)	
Worden er in uw ziekenhuis kinderen beademd?	Ja
Beschikt uw ziekenhuis over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC?	Ja
<72 uur: aantal patiënten	2
< 72 uur: aantal beademingsuren	39
72-120 uur: aantal patiënten	0
72-120 uur: totaal aantal beademingsuren	0
>120 uur: aantal patiënten	0
>120 uur: totaal aantal beademingsuren	0
Toelichting:	Kinderen worden slechts ter overbrugging naar PICU beademd.
3.2 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie	
3.2.1 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie van de NICE	
Levert uw IC-afdeling data aan voor de database	Ja

die door de stichting NICE wordt beheerd?	
Zo ja, betreft dit data voor de MDS:	Ja
Betreft dit data voor de NVIC kwaliteitsindicatoren?	Nee
Registreert de IC-afdeling complicaties in NICE?	Nee
Toelichting:	
4 Polikliniek	
5 Diagnostiek	
6 Interventies	
7 Medicatieproces	
7.1 Elektronisch voorschrijven	
7.1.1 Elektronisch voorschrijven	
Wordt op dit moment in het ziekenhuis elektronisch voorgeschreven op één van de volgende klinische afdelingen?	
Cardiologie	Ja
Interne geneeskunde	Ja
Kinderafdeling	Ja
Orthopedie	Ja
Urologie	Ja
Toelichting (verplicht bij antwoord gedeeltelijk):	
Wordt op dit moment in het ziekenhuis elektronisch voorgeschreven op de <u>poliklinieken</u> door één de volgende specialismen?	
Cardiologie	Ja
Interne geneeskunde	Ja
Kinderafdeling	Ja
Orthopedie	Ja
Urologie	Ja
Toelichting (verplicht bij antwoord gedeeltelijk):	
7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	
7.2.1 Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is verifieerd	
Is het % patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd bekend?	Ja
Teller: alle ontslagen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden	574
Noemer: alle opgenomen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar	574
Percentage:	100%
Toelichting:	
7.2.2 Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is	

verifieerd	
Is het % patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd bekend?	Ja
Teller: alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden	4.051
Noemer: alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder	4.051
Percentage:	100%
Toelichting:	
7.2.3 Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is verifieerd	
Is het % patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd bekend?	Ja
Teller: alle ontslagen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden	574
Noemer: alle ontslagen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar	574
Percentage:	100%
Toelichting:	
7.2.4 Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is verifieerd	
Is het % patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd bekend?	Ja
Teller: alle ontslagen patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij ontslag medicatieverificatie heeft plaatsgevonden	4.051
Noemer: alle ontslagen patiënten van 70 jaar en ouder	4.051
Percentage:	100%
Toelichting:	Conform ziekenhuisbreed protocol vindt medicatieverificatie bij ontslag plaats door behandelend specialist.
8 Verpleegkundige zorg	
8.1 Wondzorg	
8.1.1 Wondexpertisecentrum	
Beschikt u binnen uw ziekenhuis over of heeft u toegang tot een wondexpertisecentrum?	Ja
Toelichting:	
8.1.2 Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texasclassificatie	
Behandelt u patiënten met diabetische voetwonden?	Ja
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie/	Nee
Is het aantal patiënten met diabetische voetwonden geregistreerd?	Ja
Registreert u patiënten met diabetische voetwonden volgens de Texas-classificatie?	Ja

Zo nee, volgens welk ander systeem registreert u diabetische voetwonden?	
De overige vragen van deze indicator zijn facultatief:	
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 1 Oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot?'	4
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 2 Wond penetreert tot op kapsel of pees?'	28
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 3 Wond penetreert in gewricht of op bot?'	28
Wordt bij de behandeling van patiënten met een diabetische voetwond het wondexpertisecentrum ingeschakeld?	Ja
Toelichting:	
8.2 Ondervoeding	
8.2.1 Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	
Exclusiecriteria: • Kinderen in dagopname. • Kinderen jonger dan 28 dagen	
Behandelt uw ziekenhuis kinderen?	Ja
Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is het percentage kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N =	
Indien ja, vul in: Selectiecriteria:	
Welk screeningsinstrument om het risico op ondervoeding te bepalen wordt gebruikt bij kinderen?	STRONG kids
A Aantal klinisch opgenomen kinderen in het verslagjaar.	956
B Aantal kinderen, bij opname gescreend op acute ondervoeding.	832
C Aantal kinderen dat is geclassificeerd als acuut ondervoed.	28
Percentage 1 (B/A): Percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding	87%
Percentage 2 (C/B): Percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed	3,4%
Toelichting:	
8.2.2 Behandeling van ondervoeding	
Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen	
Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend?	Ja
Is er een continue meting uitgevoerd? Indien Nee, vul de meetdagen in.	Ja
Meetdag 1 (jan-mrt)	

Meetdag 2 (apr-jun)	
Meetdag 3 (jul-sep)	
Meetdag 4 (okt-dec)	
Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.	264
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.	432
Percentage:	61,1%
Toelichting:	
B Behandeling van ondervoeding bij kinderen	
Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de vierde opnamedag bekend?	Ja
Meetdag 1 (jan-mrt)	
Meetdag 2 (apr-jun)	
Meetdag 3 (jul-sep)	
Meetdag 4 (okt-dec)	
Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.	10
Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag	8
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	11
Percentage 1:	90,9%
Percentage 2:	72,7%
Toelichting:	
8.2.3 Screening op ondervoeding op de polikliniek	
Is het percentage patiënten dat tijdens het POS in het verslagjaar gescreend op ondervoeding bekend?	Ja
Welke screeningsmethode wordt hiervoor gebruikt?	
	Anders, namelijk:
Toelichting:	Berekening van het % gewichtsverlies en de BMI of MNA of MNA-SF of SNAQ of SNAQ65+ of MUST
Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek	
Zijn er schriftelijke afspraken over het behandelbeleid op de Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek als de screening de uitslag 'ondervoed' heeft?	Ja
A Aantal POS op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek	4.782
B Aantal patiënten dat tijdens de POS is gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.	4.641
C aantal patiënten dat is gekwalificeerd als 'ondervoed'.	388
Percentage 1 (B/A): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat gescreend is op ondervoeding	97,1%

Percentage 2 (C/B): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat geclassificeerd is als 'ondervoed'	8,4%
Toelichting:	
8.3 Delirium	
8.3.1 Risico op delirium	
De afdelingen waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium zijn bekend.	Ja
Teller: het aantal afdelingen of, in het geval van preoperatieve screening, poliklinieken, waar bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder bij opname een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier.	8
Noemer: het aantal afdelingen in het ziekenhuis waar op enig moment in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder zijn opgenomen of in het geval preoperatieve screening poliklinisch zijn onderzocht. Zie onderstaande voorbeeldtabel voor betreffende afdelingen.	11
Percentage:	72,7%
8.3.2 Screening op en observatie van delirium	
Is het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium bekend?	Ja
Zijn in de teller en noemer ook de patiënten opgenomen waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld?	Ja
Teller: het aantal patiënten dat met de DOSS of CAM tenminste éénmaal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium, ongeacht de uitkomst.	158
Noemer: het aantal patiënten bij wie met de methoden van indicator 'Risico op delirium' is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium (Teller 'Risico op delirium'), aangevuld met de patiënten bij wie op andere wijze een delirium is vastgesteld.	180
Percentage:	87,8%
Toelichting:	
8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting	
8.4.1 Ziekenhuisbrede pijnmeting	
Beschikt uw ziekenhuis over een ziekenhuisbreed protocol voor de detectie en behandeling van pijn dat (onder centrale regie) gebruikt wordt door de relevante niet postoperatieve afdelingen?	Ja
Beschikt uw ziekenhuis over een pijnservice die ook voor niet-postoperatieve patiënten wordt geraadpleegd?	Ja
Heeft het ziekenhuis een ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin pijnscores worden vastgelegd?	Ja
Toelichting:	

9 Oncologie	
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
9.1 Samenwerking	
9.1.1 MDO	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een mammacarcinoom behandeld?	Ja
Mammacarcinoom: Is een plastische chirurg structureel aanwezig bij het MDO?	Ja
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een urologische tumor behandeld?	Ja
Beschikt u over een specifiek MDO waarin urologische tumoren adequaat besproken kunnen worden voor start behandeling ?	ja
Beschikt u over een specifiek MDO waarin urologische tumoren adequaat besproken kunnen worden postoperatief ?	Ja
Toelichting:	
9.2 Borstkanker	
9.2.1 Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	
Zijn de geïnccludeerde patiënten behandeld op meer dan één locatie?	Nee
Is het aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie bekend?	Ja
Teller 1: aantal patiënten bij wie meer dan focaal kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie	0
Teller 2: aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie	0
Noemer: totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS)	62
Noemer 2: totaal aantal patiënten met een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS) dat chirurgisch is behandeld in het verslagjaar.	98
Percentage 1	0%
Percentage 2	0%
Percentage 3: percentage patiënten dat met een borstbesparende operatie is behandeld (wordt automatisch berekend)	63,3%
Welke databron(nen) heeft u gebruikt?	NBCA en eigen registratie
Toelichting:	Deze aantallen zijn exclusief de neoadjuvant behandelde patiënten.
9.2.2 Deelname aan de Nabon Breast Cancer Audit (NBCA)	
Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van primaire mammacarcinomen in uw ziekenhuis aan de NCA geleverd?	Ja

Teller: aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DBCA (re-excisies, resecties voor recidieven, op zichzelf staande okselklierdessecties niet meetellen).	134
Noemer: totaal aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom (re-excisies, resecties voor recidieven, op zichzelf staande okselklierdessecties niet meetellen).	134
Percentage: eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DBCA.	100%
Toelichting:	
9.2.3 Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	
Wordt er in uw ziekenhuis neo-adjuvante chemotherapie gegeven aan patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien Ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Teller: Aantal patiënten in het verslagjaar met een nieuw gediagnosticeerd M0 mammacarcinoom dat uiterlijk 5 weken na de PA-diagnose is gestart met neo-adjuvante chemotherapie.	29
Noemer: totaal aantal patiënten in het verslagjaar met als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief M0 mammacarcinoom.	36
Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie.	80,6%
Toelichting:	
9.3 Longchirurgie	
9.3.1 Aantal anatomische resecties	
Exclusiecriteria: - Kleinere resecties van lobectomieën (zoals wigresecties) - Diagnostische verrichtingen. Inclusie criterium: - CVV-groep 5-324 lobectomie van long - CVV-groep 5-325 totale pneumonectomie incl radicale dessectie van thoracale structuren	N.v.t.
Worden operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	
Is het aantal uitgevoerde anatomische resecties van de long in het verslagjaar bekend?	
Totaal aantal patiënten waarbij anatomische resecties (lobectomie, bilobectomie en	

pneumonectomie) zijn uitgevoerd in het rapportagejaar.	
Aantal anatomische resecties uitgevoerd door longchirurgen:	
Aantal anatomische resecties uitgevoerd door cardio-thoracale chirurgen:	
Toelichting:	
9.4 Gastro-intestinaal	
9.4.1 Deelname aan de DUCA	
Worden in uw ziekenhuis patiënten chirurgische behandeld i.v.m. een slokdarmcarcinoom?	Nee
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	
Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van slokdarmkanker in uw ziekenhuis geleverd aan de Dutch UpperGI Cancer Audit?	
Teller 1: aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DUCA	
Noemer 1: totaal aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis.	
Percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA.	
Toelichting:	
Worden in uw ziekenhuis patiënten chirurgische behandeld i.v.m. een maagcarcinoom?	Nee
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	
Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van maagkanker in uw ziekenhuis geleverd aan de Dutch UpperGI Cancer Audit?	
Teller 2: aantal maagresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DUCA	
Noemer 2: totaal aantal maagresecties voor primair carcinoom uitgevoerd in uw ziekenhuis.	
Percentage maagresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA.	
Toelichting:	
9.4.2 Resectie van de pancreas (Whipple pf PPPD)	
Worden in uw ziekenhuis pancreasresecties uitgevoerd?	Nee
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	
Aantal patiënten bij wie in het verslagjaar een klassieke Whipple of PPPD van de pancreas is uitgevoerd (code klassieke Whipple 335430 en PPPD 335417A)	
Naar welk(welke) ziekenhuis (ziekenhuizen)	Catharina ziekenhuis

verwijst u deze patiëntengroep:	
Hoeveel patiënten heeft u in het verslagjaar naar deze ziekenhuizen verwezen?	6
Toelichting:	
9.5 Urologische tumoren	
9.5.1 MDO spierinvasief blaascarcinoom	
Heeft u in het verslagjaar patiënten behandeld met een spierinvasief blaascarcinoom?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Teller: aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom die voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal binnen een specifiek MDO in uw ziekenhuis besproken zijn in het verslagjaar.	10
Noemer: totaal aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom in uw ziekenhuis in het verslagjaar.	10
Percentage	100%
Worden er in uw ziekenhuis cystectomieën uitgevoerd?	Ja
Totaal aantal uitgevoerde cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom	10
Toelichting:	
9.5.2 Deelname aan de registratie prostatectomie	
Heeft u in het verslagjaar patiënten behandeld met een radicale prostatectomie in verband met een prostaatcarcinoom?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Heeft u in het verslag jaar patiënten ingevoerd in de NVU database prostatectomie?	Nee*
Teller: aantal ingevoerde patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatcarcinoom	
Noemer: totaal aantal patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatcarcinoom	
Percentage	
Toelichting:	I.v.m. technische problemen, in 2016 wordt 100% geregistreerd.
9.6 Ovariumcarcinoom	
9.6.1 Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een ovariumcarcinoom of tubacarcinoom	Nee
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	
Aantal patiënten met een laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een stadiëringsoveroperatie	
Aantal patiënten met een hoog stadium	

ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een debulkingsoperatie	
Toelichting	
9.7 Palliatieve radiotherapie botmetastasen	
9.7.1 Palliatieve radiotherapie botmetastasen	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met botmetastasen behandeld met (palliatieve) radiotherapie?	Nee
10 Hart en vaten	
10.1 Volume van risicovolle interventies	
10.1.1 Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties	
Werden er in uw ziekenhuis AAA-operaties uitgevoerd in het verslagjaar?	Ja
Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Aantal patiënten waarbij een electieve AAA-operatie is uitgevoerd in het verslagjaar.	33
Toelichting:	
10.2 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)	
10.2.1 Behandeling patiënten met een STEMI	
Speelt uw ziekenhuis een rol in het zorgproces (bijv. diagnostiek, behandeling of nazorg) van PCI-patiënten?	Ja
1. Verricht uw ziekenhuis PCI-procedures?	Nee
Vragen bestemd voor ziekenhuizen waar geen patiënten met STEMI behandeld worden	
2. Hoeveel STEMI patiënten zijn er in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd (zelfverwijzers/ via huisarts/ via ambulancedienst)?	54
3. Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI centrum?	49
17. Biedt uw ziekenhuis patiënten na een STEMI zelf een op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan?	Ja
18. Is bekend bij hoeveel patiënten na een STEMI hartrevalidatie is verzorgd?	Ja
19. Teller: Aantal patiënten die na een STEMI zijn ontslagen naar huis of verzorgings/verpleegtehuis en minimaal een intake voor hartrevalidatie hebben gehad (DBC code 821 (hartrevalidatie), minimaal een intake gehad)	125
20. Noemer: totaal aantal patiënten met een STEMI (DBC code 204, ST-elevatie myocardinfarct) die zijn ontslagen naar huis of verzorgings/verpleegtehuis	139
21. Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad:	89,9%
Toelichting:	5 patiënten zijn niet vervoerd naar een PCI centrum i.v.m. hoge leeftijd en comorbiditeit (4x) of wegens

	multimorbiditeit (1x).
10.3 Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's	
10.3.1 Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens	
Voert u een registratie binnen uw ziekenhuis van voor kwaliteit van zorg belangrijke gegevens over het inbrengen van pacemakers?	Ja
Indien ja, op welke wijze voert u deze registratie:	Registratie via DIPR/ opvolger bij NCDR
Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties (dit kan ook gebeuren door eigen gegevens naar een landelijk punt te sturen waar deze toetsing wordt verricht, mits hierover naar het ziekenhuis wordt gerapporteerd)?	Ja
Toelichting:	
10.3.2 Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's	
Exclusie criterium:	
• Implanteerbare devices zonder cardiostimulatiefunctie.	
1. Worden in uw centrum de volgende pacemakers geïmplantéerd of gewisseld?	Ja
Indien ja, hoeveel primaire implantaties plus wisselingen (inclusief leadextracties zonder wisseling van het device) zijn er uitgevoerd?	
A Conventionele pacemakers (indien specifieke verrichting niet wordt uitgevoerd, is het aantal 0)	
A Aantal conventionele pacemakers	112
B Biventriculaire pacemakers zonder ICD functie (indien specifieke verrichting niet wordt uitgevoerd, is het aantal 0)	
B Aantal biventriculaire pacemakers zonder ICD functie	1
C Biventriculaire pacemakers met ICD functie (indien specifieke verrichting niet wordt uitgevoerd, is het aantal 0)	
C Aantal biventriculaire pacemakers met ICD functie	0
D ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie	
D Aantal biventriculaire pacemakers zonder ICD functie	0
Totaal	113
2. Hoe vaak is in het verslagjaar een interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid uitgevoerd om een device-, lead-, of procedure-gerelateerd probleem op te lossen van een pacemaker of ICD ongeacht het type, waarbij de primaire ingreep lag tussen 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het verslagjaar en 31 december van het verslagjaar zelf (ook al vond de primaire ingreep in een ander centrum plaats)? Hierbij wordt elke hernieuwde interventie afzonderlijk geteld, dus ook als dat er meerdere zijn geweest bij één patiënt.	3
Op welke wijze zijn deze gegevens verzameld:	Registratie via DIPR/opvolger bij NCDR
Toetst u uw eigen gegevens aan externe	Ja

referenties (dit kan ook gebeuren door eigen gegevens naar een landelijk punt te sturen waar deze toetsing wordt verricht, mits hierover naar het ziekenhuis wordt gerapporteerd)?	
Toelichting:	
10.4 Carotischirurgie	
10.4.1 Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct	
Inclusiecriteria: - Alle patiënten met carotisendarteriëctomie vanwege een symptomatische carotisstenose (TIA of niet-invaliderend herseneninfarct, uitgevoerd in het eigen ziekenhuis. Exclusiecriteria: - De patiënt wordt verwezen voor een ingreep naar een ander ziekenhuis.	
Worden er in uw ziekenhuis carotisendarterectomieën uitgevoerd?	Ja
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Heeft uw ziekenhuis in het verslagjaar de DACI volgens de definitie voldoende geïmplementeerd?	Ja
Hoe is de aanmelddatum bij de neuroloog bepaald?	Datum waarop de patiënt voor het eerst is gezien door een neuroloog. Dit is óf de datum van het eerste polikliniekbezoek bij de neuroloog (of oogarts bij amourosis fugax), óf de datum van het eerste contact met de neuroloog op de spoedeisende hulp (SEH).
Teller: aantal patiënten met een interval langer dan 3 weken (21 dagen) tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA op niet-invaliderend infarct en de operatie	1
Noemer: totaal aantal patiënten met een carotisendarteriëctomie die uitgevoerd in het ziekenhuis.	29
Percentage a	3,4%
De mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriëctomie.	13
10.4.2 Percentage complicaties	
Wordt in uw ziekenhuis carotischirurgie uitgevoerd?	Ja
Teller: alle patiënten die een carotisingreep ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose en die hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaken of overlijden.	0
Noemer: alle patiënten die een carotisingreep ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose.	29
Percentage:	0%
Toelichting:	
10.5 Thoraxchirurgie	
10.5.1 Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie	
Wordt in uw ziekenhuis hartchirurgie uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	

10.5.2 Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft	
Worden in uw ziekenhuis bypassoperaties (CABG) uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	
10.5.3 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	
Worden in uw ziekenhuis openhartoperaties uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	
11 Bewegingsapparaat	
12 Infectieziekten	
12.1 Ziekenhuisinfecties	
12.1.1 Surveillance van ziekenhuisinfecties	
Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?	Nee
Surveilleert het ziekenhuis ziekenhuisinfecties?	Ja
<i>Postoperatieve wondinfecties</i>	
Noch incidentie-, noch prevalentie­meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)	
Incidentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen incidentie­meting (zie vraag 1)	--
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de incidentie­meting?	1321
Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentie­meting in aan­merking?	1321
Prevalentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen prevalentie­meting (zie vraag 1)	N.v.t.
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de prevalentie­meting?	199
Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentie­meting in aan­merking?	199
ALGEMEEN	
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Ja
Hadden de interventies het gewenste resultaat?	Ja
<i>Wondinfecties na hartchirurgie</i>	
Noch incidentie-, noch prevalentie­meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)	N.v.t.
<i>Centrale lijn gerelateerde sepsis (Lijnsepsis)</i>	
Noch incidentie-, noch prevalentie­meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)	
Incidentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen incidentie­meting (zie vraag 1)	N.v.t.
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de incidentie­meting?	172
Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentie­meting in aan­merking?	172
Prevalentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen prevalentie­meting (zie vraag 1)	N.v.t.
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de	199

prevalentiemeting?	
Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentiemeting in aanmerking?	199
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Ja
Hadden de interventies het gewenste resultaat?	Ja
Gebruikt u voor de definiëring van ziekenhuisinfecties de criteria van de CDC/WIP (Centre of Disease Control/Werkgroep Infectie Preventie)?	Ja
1 Indien eigen incidentie- en prevalentiemeting, geef toelichting over de wijze van surveillance:	
2 Indien geen incidentie- en prevalentiemeting, geef toelichting over de wijze van infectiepreventie zonder specifieke surveillance:	
Toelichting:	
12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	
12.2.1 Gebruik scoresysteem CAP	
Inclusie criterium: Geïnccludeerd worden alle volwassen patiënten die van thuis of vanuit het verzorgingstehuis worden opgenomen in het ziekenhuis.	
Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?	nee
Wordt er in het ziekenhuis gebruik gemaakt van een gevalideerd scoresysteem (PSI score of AMBU 65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten?	Ja
Indien ja, wordt dit scoresysteem standaard bij elke nieuwe patiënt met CAP afgenomen en in het patiëntendossier vastgelegd?	Ja, meestal 61- 100%
Toelichting:	
12.2.2 Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP	
Heeft u het afgelopen jaar patiënten met CAP op de intensive care opgenomen?	Ja
Teller: aantal patiënten met CAP bij wie de antibiotische therapie binnen 4 uur na opname via de SEH werd toegediend in het verslag jaar en die op de IC van het ziekenhuis werden opgenomen.	43
Noemer: totaal aantal patiënten met CAP die in het verslagjaar werden opgenomen op de IC van het ziekenhuis.	43
Percentage	100%
Toelichting:	
13 Longen	
14 Maag, darm en lever	
14.1 MDL infrastructuur	
14.1.1 Digitale verslaglegging endoscopie	
Is er sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)?	Ja
Toelichting:	

14.2 Time-out procedure endoscopische verrichtingen	
14.2.1 Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen	
Werden er in uw ziekenhuis endoscopische verrichtingen uitgevoerd?	Ja
Worden deze verrichtingen uitgevoerd op meer en één locatie?	Nee
Legt u in een digitaal verslagsysteem vast dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen?	Ja
Teller: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.	4.629
Noemer: aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.	4.924
Percentage (wordt automatisch berekend):	94%
Toelichting:	
14.3 Deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie	
14.3.1 Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie	
Worden er in uw ziekenhuis ERCP's uitgevoerd?	Ja
Worden ERCP's verricht verspreid over meerdere locaties?	Nee
Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP?	Nee
Zo ja:	
Teller: aantal ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie in het verslagjaar	
Noemer: aantal ERCP's in ziekenhuis uitgevoerd in het verslagjaar	
Percentage	
Toelichting:	Landelijk systeem vanuit DICA was nog niet operationeel in 2015
15 Perinatale zorg	
15.1 De spontane bevalling	
15.1.1 Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	
Vinden er in uw ziekenhuis bevallingen plaats?	Ja
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan een locatie?	Nee
Spontane partussen volgens definitie in de inclusiegroep	
A Teller: aantal spontane partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht/ verwezen zijn naar de tweede lijn.	214
B Teller: aantal spontane partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.	175
C Teller: totaal aantal spontane partussen in de tweede lijn (C=A+B)	389
Partussen in de inclusiegroep.	
D Noemer: aantal partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van ontsluiting of geplande sectio) onder	288

verantwoordelijkheid zijn gebracht/ verwezen zijn naar de tweede lijn.	
E Noemer: aantal partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.	247
F Noemer: totaal aantal partussen in de tweede lijn (F=D+E)	535
Percentage 1 (A/D)	74,3%
Percentage 2 (B/E)	70,9%
Percentage 3 (C/F)	72,7%
Toelichting:	
15.2 Audit van perinatale zorg	
15.2.1 Mate van invoering perinatale audits	
Wordt in uw ziekenhuis perinatologische zorg verleend?	Ja
Hoeveel lokale audits die aan de op pagina 146 van de Basissetgids staan genoemd voldoen, zijn in het verslagjaar georganiseerd binnen het perinatologische samenwerkingsverband?	2
Toelichting:	
16 Kwetsbare groepen	
16.1 Ondervoeding geriatrische patiënten	
16.1.1 Screening ondervoeding geriatrische patiënten	
Is de zorg voor geriatrische patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Wordt op alle in het ziekenhuis aanwezige geriatrische poli- of dagklinieken een gevalideerd screeningsinstrument gebruikt voor het vaststellen van ondervoeding?	Ja
Is het aantal geriatrische patiënten bekend die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd systeem?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Teller: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding.	519
Noemer: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek.	567
Percentage geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding	91,5%
Toelichting	

16.2 Colonchirurgie bij ouderen	
16.2.1 Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	
Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?	Ja
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder bekend dat voor electieve colonchirurgie gescreend is op kwetsbaarheid?	Ja
Teller: aantal patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie voor de ingreep gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid	52
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.	52
Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie	100%
Toelichting:	
16.2.2 Beoordeling op kwetsbaarheid	
Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?	Ja
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Is het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie bekend dat preoperatief beoordeeld is door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie?	Ja
Teller: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie.	15
Noemer: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.	15
Percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie	100%
Toelichting:	
17 Algemeen kwaliteitsbeleid	
17.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	
17.1.1 Jaargesprekken	
Is het systeem van jaargesprekken tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist ingevoerd in het ziekenhuis?	Nee
Toelichting:	Er vinden jaargesprekken plaats met Maatschap, Raad van Bestuur en Sectorhoofd. Individueel functioneren d.m.v. IFMS.
17.1.2 IFMS	
Is IFMS zoals beschreven in het Orderapport d.d.	Ja

21 april 2008, in volle omvang ingevoerd? Zo nee: gaarne toelichting welke modificaties zijn uitgevoerd.	
In welke maand van welk jaar is het eerste gesprek volgens die systeem gehouden (indien meer dan 24 maanden geleden mag meer dan 24 maanden geleden als antwoord gegeven worden)?	Meer dan 24 maanden geleden
Teller: het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal één gesprek hebben deelgenomen. Het gaat hier om individuele medisch specialisten. Een medisch specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren telt één maal. Medisch specialisten die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.	92
Noemer: het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht hebben in de instelling (ongeacht het soort dienstverband); noemer is gelijk aan indicator '17.1.1 Jaargesprekken'.	134
Percentage:	68,7%
Ontvangt de Raad van Bestuur overkoepelende informatie over het aantal aan IFMS deelnemende medisch specialisten in het eigen ziekenhuis?	Ja
Toelichting:	
17.2 Disfunctioneren medisch specialisten	
17.2.1 Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	
Heeft het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?	Ja
Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed?	Ja
Toelichting:	
18 Volume	
19 Onverwacht lange opnameduur en heropname	
19.1 Onverwacht lange opnameduur	
19.1.1 Onverwacht lange opnameduur	
Heeft DHD voor uw ziekenhuis de onverwacht lange opnameduur kunnen berekenen?	Ja
Teller: aantal patiënten in het verslagjaar dat een gerealiseerde verpleegduur had die meer dan 50% hoger ligt dan verwacht. Dit aantal is exclusief de in het ziekenhuis overleden patiënten en de patiënten met een verpleegduur van 100 dagen en langer.	2430
Noemer: totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar opgenomen is geweest in uw ziekenhuis.	16112

Percentage:	15,1%
Toelichting:	