

# **Basisset Kwaliteitsindicatoren Elkerliek ziekenhuis 2016**

**Juni 2017**

<b>1 Operatief proces</b> .....	<b>2</b>
1.1 Pijn na een operatie .....	2
1.2 Heupfractuur .....	2
1.3 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe .....	3
1.4 Bariatrische chirurgie.....	4
1.5 Registratie Orthopedie.....	4
1.6 Registratie neurochirurgie .....	4
1.7 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie.....	5
1.8 Implementatie ZATT richtlijn .....	5
<b>2 Spoedprocessen</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Intensive care</b> .....	<b>5</b>
3.1 Beademingsuren .....	5
3.2 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie van de NICE .....	5
<b>4 Polikliniek</b> .....	<b>6</b>
<b>5 Diagnostiek</b> .....	<b>6</b>
<b>6 Interventies</b> .....	<b>6</b>
<b>7 Medicatieproces</b> .....	<b>6</b>
7.1 Elektronisch voorschrijven .....	6
7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen .....	7
<b>8 Verpleegkundige zorg</b> .....	<b>8</b>
8.1 Wondzorg.....	8
8.2 Ondervoeding .....	8
8.3 Delirium .....	10
8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting.....	10
<b>9 Oncologie</b> .....	<b>11</b>
9.1 Continuïteit in de keten .....	11
9.2 Borstkanker .....	11
9.3 Longcarcinoom.....	13
9.4 Gastro-intestinaal .....	14
9.5 Urologische tumoren.....	15
9.6 Ovariumcarcinoom .....	15
9.7 Palliatieve radiotherapie botmetastasen .....	15
<b>10 Hart en vaten</b> .....	<b>16</b>
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.....	19
10.6 Atriumfibrilleren .....	19
<b>11 Bewegingsapparaat</b> .....	<b>19</b>
<b>12 Infectieziekten</b> .....	<b>19</b>
12.1 Ziekenhuisinfecties .....	19
12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia) .....	20
<b>13 Longen</b> .....	<b>20</b>
<b>14 Maag, darm en lever</b> .....	<b>20</b>
14.1 Time-out procedure endoscopische verrichtingen .....	20
14.2 Deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie.....	21
<b>15 Zenuwstelsel</b> .....	<b>21</b>
15.1 Parkinson .....	21
<b>16 Perinatale zorg</b> .....	<b>21</b>
16.1 De spontane bevalling.....	21
<b>17 Kwetsbare groepen</b> .....	<b>22</b>
17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten .....	22
17.2 Colonchirurgie bij ouderen.....	23
17.3 Medebehandeling bij kinderen .....	23
<b>18 Algemeen kwaliteitsbeleid</b> .....	<b>24</b>
18.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten .....	24
18.2 Disfunctioneren medisch specialisten.....	25
<b>19 Volume</b> .....	<b>25</b>
<b>20 Onverwacht lange opnameduur en heropname</b> .....	<b>25</b>
20.1 Onverwacht lange opnameduur .....	25

<b>1 Operatief proces</b>	
<b>1.1 Pijn na een operatie</b>	
<b>1.1.1 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten</b>	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen jonger dan 7 jaar.</li> <li>• Patiënten in dagopname.</li> </ul> Inclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoperatieve patiënten.</li> </ul>	
Is de zorg voor de geïncludeerde 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.	3.793
Noemer: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.	3.996
Percentage 2:	94,9%
Toelichting:	
<b>1.2 Heupfractuur</b>	
<b>1.2.1 Heroperaties bij een heupfractuur</b>	
Inclusie criterium noemer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling.</li> </ul> Inclusie criterium teller: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heroperaties uitgevoerd in het registratiejaar waarvan de primaire operatie (die voldoet aan het inclusie criterium voor de noemer) minder dan 60 dagen voor de start van het registratiejaar is uitgevoerd.</li> </ul> Exclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multitrauma patiënten met een vastgestelde injury severity score &gt; 15.</li> </ul> Indien deze score niet bepaald wordt, of niet beschikbaar is in uw ziekenhuis kan dit exclusie criterium niet gebruikt worden.	
Behandelt uw ziekenhuis patiënten met een heupfractuur?	Ja
<b>1 heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur</b>	
Teller: aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur.	0
Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.	24
Percentage:	0%

<b>2 Heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese</b>	
Teller: aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese.	0
Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.	63
Percentage:	0%
<b>3 Heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur</b>	
Teller: aantal heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur.	0
Noemer: aantal pertrochantere fracturen met interne fixatie.	60
Percentage:	0%
Toelichting:	
<b>1.2.2 Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur</b>	
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.	92
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.	115
Percentage	80%
Toelichting:	
<b>1.2.3 Certificering voor Orthopedisch Chirurg - Traumatoloog</b>	
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	
<b>1.3 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe</b>	
<b>1.3.1 Indicator: Tijdige antibioticaprofylaxe</b>	
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.	512
Noemer 1: totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar waarbij antibioticaprofylaxe gegeven is.	542
Noemer 2: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar	557
Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	94,5%
Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven.	97,3%
Toelichting:	
<b>1.4 Bariatrische chirurgie</b>	
<b>1.4.1 Volume bariatrische ingrepen</b>	
Worden in het ziekenhuis bariatrische ingrepen uitgevoerd?	Nee
<b>1.4.2 Percentage postoperatieve controles</b>	
Werden er in uw ziekenhuis twee jaar voor het verslagjaar bariatrische ingrepen uitgevoerd?	Nee
<b>1.5 Registratie Orthopedie</b>	
<b>1.5.1 Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)</b>	
Werden in het verslagjaar in uw instelling geïnstumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen verricht?	Nee
neemt uw instelling deel aan het Dutch Spine Surgery Registry?	
heeft u in het verslagjaar informatie over geïnstumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen in uw ziekenhuis geleverd aan DSSR deelregistratie?	
Teller: aantal geïnstumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen waarvan gegevens zijn aangeleverd aan DSSR.	
Noemer: totaal aantal geïnstumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen uitgevoerd in uw ziekenhuis in het verslagjaar.	
Percentage	
Toelichting:	
<b>1.6 Registratie neurochirurgie</b>	
<b>1.6.1 Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)</b>	
<b>Maligne glioom</b>	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een maligne glioom?	Nee
<b>Subarachnoïdale bloeding?</b>	
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
<b>1.7 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie</b>	
<b>1.7.1 Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg</b>	
Wordt er in het ziekenhuis minimale invasieve chirurgie uitgevoerd?	Ja
Functioneert binnen het ziekenhuis een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de bovengenoemde kenmerken?	Ja
Toelichting	
<b>1.8 Implementatie ZATT richtlijn</b>	
<b>1.8.1 Registratie infecties voor indicatiestelling</b>	
Registreert u het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?	Ja
Toelichting	
<b>1.10.2 Registratie apneu's voor indicatiestelling</b>	
Registreert u of het kind wel of geen apneu's heeft voorafgaande aan de indicatiestelling?	Ja
Toelichting	
<b>2 Spoedprocessen</b>	
<b>3 Intensive care</b>	
<b>3.1 Beademingsuren</b>	
<b>3.1.1 Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling</b>	
<b>Kinderen (&lt; 18 jaar)</b>	
Beademt uw ziekenhuis kinderen (< 18 jaar) op een IC voor volwassenen?	Ja
Beschikt uw ziekenhuis over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC?	Ja
<72 uur: aantal patiënten	4
< 72 uur: aantal beademingsuren	18
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.
<b>3.2 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie van de NICE</b>	
<b>3.2.1 Deelname en aanlevering aan de kwaliteitsregistratie van de NICE</b>	
Levert uw IC-afdeling data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd?	Ja
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:	
<b>3.2.2 Hypoglycemie</b>	
Teller: aantal bloedglucosemetingen onder de 2,2	17

mmol/l	
Noemer: totaal aantal bloedglucose metingen in het verslagjaar	10.368
Percentage	0,2%
Toelichting:	
Mediane tijdsduur na vaststellen hypoglycemie tot hernieuwde meting	0,62 uur
Mediane tijdsduur na vaststellen hypoglycemie tot bloedglucose boven 2.2 mmol/l	0,97 uur
<b>4 Polikliniek</b>	
<b>5 Diagnostiek</b>	
<b>6 Interventies</b>	
<b>6.1.1 Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies</b>	
A worden er op uw afdeling vasculaire interventies uitgevoerd?	Ja
B indien 'ja' bij A: legt u in een digitaal (of een ander verslagsysteem vast dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen bij deze verrichtingen?	Ja
C: indien 'ja' bij B: Teller C: aantal vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting	387
Noemer C: aantal uitgevoerde vasculaire interventies gedurende het verslagjaar.	387
Percentage C: percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting	100%
Toelichting	
<b>7 Medicatieproces</b>	
<b>7.1 Elektronisch voorschrijven</b>	
<b>7.1.1 Elektronisch voorschrijven</b>	
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):	
<b>7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen</b>	
<b>7.2.1 Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is verifieerd</b>	
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	617
Noemer: alle opgenomen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar	617
Percentage:	100%
Toelichting:	
<b>7.2.2 Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is verifieerd</b>	
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	3.027
Noemer: alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder	3.503
Percentage:	86,4%
Toelichting:	
<b>7.2.3 Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is verifieerd</b>	
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	637
Noemer: alle ontslagen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar	637
Percentage:	100%
Toelichting:	
<b>7.2.4 Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is verifieerd</b>	
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	3.750
Noemer: alle ontslagen patiënten van 70 jaar en ouder	3.750
Percentage:	100%
Toelichting:	Conform ziekenhuisbreed protocol vindt



	medicatieverificatie bij ontslag plaats door behandelend specialist.
<b>8 Verpleegkundige zorg</b>	
<b>8.1 Wondzorg</b>	
<b>8.1.1 Uitkomst behandeling diabetische voetwonden</b>	
A Behandelt u patiënten met diabetische voetwonden?	Ja
B Is de uitkomst van patiënten met diabetische voetwond(en) geregistreerd?	Ja
Indien 'ja' bij B:	
Aantal binnen het verslagjaar nieuwe patiënten waarbij de ernstigste voetwond is geclassificeerd in classificatie 2D waarbij	
Teller 1: volledige wondgenezing heeft plaatsgevonden	8
Teller 2: een amputatie van de teen / (onder)been heeft plaatsgevonden	1
Teller 3: er is nog steeds een wond aanwezig, dus geen eindpunt bereikt	1
Noemer: aantal binnen het verslagjaar nieuwe patiënten waarbij de ernstigste voetwond is geclassificeerd in klasse 'Graad 2 Wond penetreert tot op kapsel of pees'.	10
Percentage 1 = % patiënten waarbij volledige wondgenezing heeft opgetreden	80%
Percentage 2 = % patiënten waarbij een amputatie van de teen / (onder)been heeft plaatsgevonden	10%
Percentage 3 = % patiënten waar nog steeds een wond aanwezig is, dus zonder eindpunt in het verslagjaar	10%
Toelichting:	
<b>8.2 Ondervoeding</b>	
<b>8.2.1 Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen</b>	
Exclusie criterium:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen in dagopname.</li> <li>• Kinderen jonger dan 28 dagen</li> </ul>	
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is het percentage kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend?	Ja
Is er een continue meting uitgevoerd?	Ja
Welk screeningsinstrument om het risico op ondervoeding te bepalen wordt gebruikt bij kinderen?	STRONG kids
A Aantal klinisch opgenomen kinderen in het verslagjaar.	579
B Aantal kinderen, bij opname gescreend op acute ondervoeding.	495
C Aantal kinderen dat is geclassificeerd als acuut ondervoed.	13

Percentage 1 (B/A): Percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding	85,5%
Percentage 2 (C/B): Percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed	2,6%
Toelichting:	
<b>8.2.2 Behandeling van ondervoeding</b>	
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
<b>A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen</b>	
Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend?	Ja
Is er een continue meting uitgevoerd?	Ja
Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.	476
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.	765
Percentage:	62,2%
Toelichting:	
<b>B Behandeling van ondervoeding bij kinderen</b>	
Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de vierde opnamedag bekend?	Ja
Is er een continue meting uitgevoerd?	Ja
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	9
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	13
Percentage 1:	76,9%
Percentage 2:	69,2%
Toelichting:	
<b>8.2.3 Screening op ondervoeding op de polikliniek</b>	
Is het percentage patiënten dat tijdens de pre-operatieve screening op de poli is gescreend op ondervoeding in het verslagjaar bekend?	Ja
Welke screeningsmethode wordt hiervoor gebruikt?	Berekening van het % gewichtsverlies en de BMI of MNA of MNA-SF of SNAQ of SNAQ65+ of MUST
Toelichting:	
<b>Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek</b>	
Zijn er schriftelijke afspraken over het behandelbeleid op de Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek als de screening de uitslag 'ondervoed' heeft?	Ja
A Aantal pre-operatieve screeningen op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek	5.882
B Aantal patiënten dat tijdens de pre-operatieve screening is gescreend op ondervoeding op de	5.411

polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.	
C aantal patiënten dat is gekwalificeerd als 'ondervoed'.	149
Percentage 1 (B/A): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat gescreend is op ondervoeding	92%
Percentage 2 (C/B): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat geclassificeerd is als 'ondervoed'	2,8%
Toelichting:	
<b>8.3 Delirium</b>	
<b>8.3.1 Risico op delirium</b>	
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.	9
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 tabel voor betreffende afdelingen.	11
Percentage:	81,8%
<b>8.3.2 Screening op en observatie van delirium</b>	
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.	122
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.	131
Percentage:	93,1%
Toelichting:	
<b>8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting</b>	
<b>8.4.1 Ziekenhuisbrede pijnmeting</b>	
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:	
<b>9 Oncologie</b>	
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
<b>9.1 Continuïteit in de keten</b>	
<b>9.1.1 Vast aanspreekpunt in de oncologische keten</b>	
<b>Borstkanker</b>	
Is het aantal patiëntendossiers van patiënten met borstkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg staat beschreven bekend?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien Ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Teller: het aantal patiëntendossiers van patiënten met borstkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg is ingevuld.	195
Noemer: het aantal patiëntendossiers van patiënten met borstkanker in het verslagjaar	195
Percentage:	100%
Toelichting:	
<b>Darmkanker</b>	
Is het aantal patiëntendossiers van patiënten met darmkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg staat beschreven bekend?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien Ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Teller: het aantal patiëntendossiers van patiënten met darmkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg is ingevuld.	171
Noemer: het aantal patiëntendossiers van patiënten met darmkanker in het verslagjaar	171
Percentage:	100%
Toelichting:	
<b>9.2 Borstkanker</b>	
<b>9.2.1 Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten</b>	
Wordt er in uw ziekenhuis neo-adjuvante chemotherapie gegeven aan patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over	Nee

meer dan één locatie?	
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 binnen maximaal 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.	32
Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie.	90,6%
Toelichting:	
<b>9.2.2 Borstimplantaten</b>	
Is het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een primaire reconstructie bekend?	ja
Teller 1a: het aantal geëxplanteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen na een operatie in de noemerpopulatie van 1a.	0
Noemer 1a: het aantal prothesen of expanders voor reconstructieve doeleinden geplaatst in dezelfde operatie als het verwijderen van de mamma (mastectomie)	2
Percentage	0%
Indicator 1b: Secundaire reconstructies; plaatsing van expanders of prothesen in een tweede, separate operatie van die van het verwijderen van een borst	
Is het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een secundaire reconstructie bekend?	Ja
Teller 1b: het aantal geëxplanteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen postoperatief binnen de noemerpopulatie van 1b	0
Noemer 1b: het aantal prothesen of expanders voor reconstructieve doeleinden geplaatst in een separate operatie na het verwijderen van de borst (mastectomie)	7
Percentage	0%
Indicator 2: Wissel van tissue expander naar definitieve prothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties	
Is het aantal explantaties van tissue expanders binnen 60 dagen postoperatief na een reconstructie bekend?	Ja
Teller 2: het aantal geëxplanteerde prothese of expanders binnen 60 dagen postoperatief binnen	0

de noemerpopulatie van 2	
Noemer 2: het aantal prothesen of expanders voor reconstructieve doeleinden wat wordt geplaatst of verwisseld na completering van de expansie fase fo in het kader van een prothese wissel op basis van andere indicaties.	83
Percentage	0%
<b>9.2.3 Deelname aan Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)</b>	
Registreert uw kliniek / ziekenhuis in de DBIR?	Ja
Teller: het aantal volledig geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR in het verslagjaar	83
Noemer: het aantal ingebrachte borstprothesen en expanders in het verslagjaar	83
Percentage: geïmplanteerde borstprothesen en expanders geregistreerd in de DBIR	100%
Teller: het aantal volledig geregistreerde explantaties van alle borstprothesen en expanders voor chirurgie in de mamma in het verslagjaar.	17
Noemer: het aantal explantaties van borstprothesen en expanders in het verslagjaar	17
Percentage: geëxplanteerde borstprothesen en expanders geregistreerd in de DBIR	100%
Toelichting:	
<b>9.3 Longcarcinoom</b>	
<b>9.3.1 Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie Dutch Lung Cancer Audit (DLCA)</b>	
A worden in uw ziekenhuis patiënten gediagnosticeerd met en/of behandeld aan een primair niet-kleincellig longcarcinoom?	Ja
B Heeft u in het verslagjaar informatie over de patiënten gediagnosticeerd met primair niet-kleincellig longcarcinoom ingevoerd in de Dutch Lung Cancer Audit?	Ja
indien 'ja' bij B:	
Teller: aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom waarvan gegevens in de registratie zijn ingevuld.	130
Noemer: totaal aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en behandeld in het ziekenhuis.	130
Percentage	100%
C Worden in uw ziekenhuis patiënten met primair niet-kleincellig longcarcinoom behandeld met in opzet curatieve radiotherapie of chemoradiatie?	Ja
indien 'ja' bij C:	
Teller: aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom die heraan zijn behandeld met in opzet curatieve radiotherapie of chemoradiatie van wie minimaal de verplichte gegevens in de registratie zijn ingevuld.	4
Noemer: totaal aantal patiënten dat in het verslag	4

jaar in uw ziekenhuis / centrum in opzet curatief bestraald is in verband met een niet-kleincellig longcarcinoom	
Percentage	100%
D worden in uw ziekenhuis longchirurgische ingrepen uitgevoerd?	Nee
Indien 'ja' bij D	
Teller: aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom, dat een resectie onderging voor een niet-kleincellig longcarcinoom waarvan de gegevens in de registratie zijn ingevuld.	
Noemer: totaal aantal patiënten dat een resectie onderging voor een niet-kleincellig longcarcinoom in het verslagjaar in uw ziekenhuis/centrum	
Percentage	
Toelichting:	
<b>9.4 Gastro-intestinaal</b>	
<b>9.4.1 Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)</b>	
Worden er in uw ziekenhuizen pancreasresecties uitgevoerd?	Nee
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie	
Aantal patiënten bij wie in het verslagjaar een klassieke Whipple of een PPPD van de pancreas is uitgevoerd (code klassieke Whipple 35430 en PPPD 335417A)	
* Indien u geen pancreasresecties uitvoert:	
Naar welk(e) ziekenhuis (ziekenhuizen) verwijst u deze patiëntengroep:	Catharina ziekenhuis Eindhoven
Hoeveel patiënten heeft u in het verslagjaar naar deze ziekenhuizen verwezen?	3
Toelichting:	
<b>9.4.2 Failure to Rescue</b>	
Ondergaan patiënten in uw ziekenhuis een resectie vanwege een primair colorectaal carcinoom?	Ja
Teller: aantal patiënten binnen de groep van de noemer dat binnen 30 dagen na de ingreep, of tijdens de opname is overleden.	5
Noemer: aantal patiënten dat een electieve resectie heeft ondergaan vanwege een colorectaal carcinoom, waarbij een complicatie is opgetreden (transanale procedures worden geëxcludeerd).	29
Percentage (patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt)	17,2%
Gecorrigeerd* percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt (over registratiejaar)	16,9%
* gecorrigeerd voor geslacht, BMI, leeftijd, Charleson comorbiditeit score, ASA classificatie, preoperatieve tumorcomplicaties, tumorlocatie, uitgebreide resectie i.v.m.	



tumordoorgroei/metastasen, pT stadium, Pm stadium.	
Toelichting:	
<b>9.5 Urologische tumoren</b>	
<b>9.5.1 MDO spierinvasief blaascarcinoom</b>	
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.	27
Noemer: totaal aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom in uw ziekenhuis in het verslagjaar.	27
Percentage	100%
Worden er in uw ziekenhuis cystectomieën uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	
<b>9.5.2 Deelname aan de registratie prostatectomie</b>	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten behandeld met een radicale prostatectomie i.v.m. prostaatacarcinoom?	Ja
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in de NVU database prostatectomie?	Ja
Teller: aantal ingevoerde patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatacarcinoom	20
Noemer: totaal aantal patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatacarcinoom	20
Percentage	100%
Toelichting:	
<b>9.6 Ovariumcarcinoom</b>	
<b>9.6.1 Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom</b>	
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 debulkingsoveroperatie	
Toelichting	
<b>9.7 Palliatieve radiotherapie botmetastasen</b>	
<b>9.7.1 Palliatieve radiotherapie botmetastasen</b>	



Worden er in uw ziekenhuis patiënten met botmetastasen behandeld met (palliatieve) radiotherapie?	Nee
<b>10 Hart en vaten</b>	
<b>10.1 Volume van risicovolle interventies</b>	
<b>10.1.1 Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties</b>	
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.	30
Toelichting:	
<b>10.2 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)</b>	
<b>10.2.1 Behandeling patiënten met een STEMI</b>	
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)?	60
3. Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI centrum?	55
Vragen bestemd voor PCI-centra die met patiënten met een STEMI behandelen	
4. Heeft u een WBMV vergunning?	
5. Hoeveel PCI-procedures bij patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct werden er in het verslagjaar uitgevoerd?	
6. Wanneer worden deze procedures uitgevoerd?	
7. Indien alleen tijdens kantooruren: wordt de zorg door een regionaal PCI-centrum overgenomen (vastgelegd in een protocol) buiten kantooruren?	
8. zo ja, welk centrum?	
9. Zo nee, welke waarborgen zijn er dan voor het veilig opvangen van patiënten?	
10. Hoeveel interventiecardiologen participeren in de acuut infarct zorg in uw centrum?	
Resultaten alle PCI-centra: sterfte na PCI voor STEMI	
11. Welke sterftemaat gebruikt u voor deze indicator?	
12. Teller: aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (30 daagse sterfte of ziekenhuissterfte) (exclusief patiënten die in een reanimatiesetting zijn binnengekomen).	
13. Noemer: totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI.	
14. Percentage	

15. Welke maat gebruikt u voor deze indicator?	
16. Gemiddelde door-to-needle time of door-to-balloon time in minuten	
Heeft u een steekproef genomen om de door-to-needle time of de door-to-balloon time te bepalen?	
Heeft u een steekproef genomen?	
Indien Ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Toelichting:	
Voor alle ziekenhuizen	
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)	126
20. Noemer: totaal aantal patiënten met een STEMI (DBC code 204, ST-elevatie myocardinfarct) die zijn ontslagen naar huis of verzorgings/verpleegtehuis	156
21. Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad:	80,8%
Toelichting:	5 patiënten zijn niet vervoerd naar een PCI centrum i.v.m. hoge leeftijd, comorbiditeit of wegens multimorbiditeit.
<b>10.3 Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's</b>	
<b>10.3.1 Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens</b>	
Worden er in uw ziekenhuis pacemakers geïmplanteerd?	Ja
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:	
<b>10.3.2 Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's</b>	
Exclusie criterium:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanterbare devices zonder cardiostimulatiefunctie.</li> </ul>	
1. Worden in uw centrum de volgende pacemakers geïmplanteerd 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	147
B Biventriculaire pacemakers	0
C Biventriculaire pacemakers met ICD functie	
D ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie	
D Aantal biventriculaire pacemakers	
Totaal	147
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.	5
Op welke wijze zijn deze gegevens verzameld:	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:	
<b>10.4 Carotischirurgie</b>	
<b>10.4.1 Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct</b>	
Inclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Alle patiënten met carotisendarteriëctomie vanwege een symptomatische carotisstenose (TIA of niet-invaliderend herseninfarct, uitgevoerd in het eigen ziekenhuis.</li> </ul>	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>De patiënt wordt verwezen voor een ingreep naar een ander ziekenhuis.</li> </ul>	
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 amouris 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	4
Noemer: totaal aantal patiënten met een	43

carotisendarteriëctomie die uitgevoerd in het ziekenhuis.	
Percentage:	9,3%
De mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriëctomie.	12
<b>10.4.2 Percentage complicaties</b>	
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.	43
Percentage:	0%
Toelichting:	
<b>10.5 Thoraxchirurgie</b>	
<b>10.5.1 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis</b>	
Worden in uw ziekenhuis openhartoperaties uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	Wij verrichten geen thoraxchirurgie.
<b>10.6 Atriumfibrilleren</b>	
<b>10.6.1 Percentage nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHAD2VASC-score werd vastgelegd</b>	
Is het aantal patiënten die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/ atriumflutter en waarvan een CHAD2VASC-score werd vastgelegd bekend?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien Ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Teller: aantal patiënten die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/ atriumflutter en waarvan een CHAD2VASC-score werd vastgelegd.	356
Noemer: aantal nieuwe patiënten die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter	400
Percentage:	89%
Toelichting:	
<b>11 Bewegingsapparaat</b>	
<b>12 Infectieziekten</b>	
<b>12.1 Ziekenhuisinfecties</b>	
<b>12.1.1 Sepsis</b>	
Heeft uw instelling een intensive care?	Ja

<b>1. Herkenning sepsis</b>	
Teller: aantal IC patiënten bij wie in het verslagjaar de drie sepsis screeningsvragen gesteld zijn en zijn vastgelegd.	533
Noemer: totaal aantal patiënten opgenomen in de intensive care afdeling in het verslagjaar	679
Percentage	78,5%
<b>2. Behandeling sepsis</b>	
Is er een lokaal protocol voor de behandeling van patiënten met ernstige sepsis gebaseerd op de "Surviving sepsis campaign: international Guidelines for Management of Severe Sepsis en Septic Shock, 2012"?	Ja
Toelichting:	
<b>12.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)</b>	
<b>12.2.1 Gebruik scoresysteem CAP</b>	
Inclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> <li>Geïncludeerd worden alle volwassen patiënten die van thuis of vanuit het verzorgingstehuis worden opgenomen in het ziekenhuis.</li> </ul>	
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:	
<b>12.2.2 Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP</b>	
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.	29
Noemer: totaal aantal patiënten met CAP die in het verslagjaar werden opgenomen op de IC van het ziekenhuis.	29
Percentage	100%
Toelichting:	
<b>13 Longen</b>	
<b>14 Maag, darm en lever</b>	
<b>14.1 Time-out procedure endoscopische verrichtingen</b>	
<b>14.1.1 Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen</b>	
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	Ja

uitvoering van de TOP volledig is doorlopen?	
Teller: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.	4.746
Noemer: aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.	4.801
Percentage:	98,9%
Toelichting:	
<b>14.2 Deelname aan de ERCP kwaliteitsregistratie</b>	
<b>14.2.1 Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie</b>	
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 kwaliteitsregistratie ERCP nog niet operationeel in 2016.
<b>15 Zenuwstelsel</b>	
<b>15.1 Parkinson</b>	
<b>15.1.1 Deelname aan ParkinsonInzicht (DPIA)</b>	
Heeft u in het verslagjaar informatie over patiënten met (een verdenking op) de ziekte van Parkinson (DHC 0501) ingevoerd in ParkinsonInzicht?	Ja
Indien ja:	
Teller: aantal patiënten van 18 jaar en ouder met (een verdenking op) de ziekte van parkinson (DBS 0501) dat in het verslagjaar ingevoerd is in ParkinsonInzicht.	88
Noemer: aantal patiënten van 18 jaar en ouder met (een verdenking op) de ziekte van parkinson (DBS 0501) in het verslagjaar	388
Percentage	22,7%
Toelichting	
<b>16 Perinatale zorg</b>	
<b>16.1 De spontane bevalling</b>	
<b>15.1.1 Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'</b>	
Vinden er in uw ziekenhuis bevallingen plaats?	Ja
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan een locatie?	Nee
<b>Spontane partussen volgens definitie in de inclusiegroep</b>	
A Teller: aantal spontane partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van de	208

ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht/ verwezen zijn naar de tweede lijn.	
B Teller: aantal spontane partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.	133
C Teller: totaal aantal spontane partussen in de tweede lijn (C=A+B)	341
<b>Partussen in de inclusiegroep.</b>	
D Noemer: aantal partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van ontsluiting of geplande sectio) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht/ verwezen zijn naar de tweede lijn.	293
E Noemer: aantal partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.	163
F Noemer: totaal aantal partussen in de tweede lijn (F=D+E)	456
Percentage 1 (A/D)	71%
Percentage 2 (B/E)	81,6%
Percentage 3 (C/F)	74,8%
Toelichting:	
<b>17 Kwetsbare groepen</b>	
<b>17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten</b>	
<b>17.1.1 Screening ondervoeding geriatrische patiënten</b>	
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
Welk instrument gebruikt u bij screening?	MNA(-SF)
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.	409
Noemer: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek.	440
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	93%



ondervoeding	
Toelichting	
<b>17.2 Colonchirurgie bij ouderen</b>	
<b>17.2.1 Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie</b>	
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 kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie voor de ingreep gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid	50
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.	53
Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie	94,3%
Toelichting:	
<b>17.2.2 Beoordeling op kwetsbaarheid</b>	
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.	3
Noemer: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.	5
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	60%
Toelichting:	
<b>17.3 Medebehandeling bij kinderen</b>	
<b>17.3.1 Medebehandeling bij kinderen bij klinische opnames van kinderen met niet-interne problematiek</b>	
Zijn er voor kinderen met een onderliggende aandoening* en potentieel viraal bedreigende kinderen die klinisch worden opgenomen door een niet-kinderarts, schriftelijk vastgelegde afspraken over medebehandeling door de kinderarts waarin ook aandacht besteedt is aan de verschillende leeftijdsgroepen binnen de populatie kinderen?	Ja
* zoals astma, diabetes, IBD, hartafwijkingen, syndromale aandoeningen, verstandelijke of meervoudige handicaps, psychosociale problematiek en (verdenking op) maligniteiten	



Toelichting:	
<b>17.3.2 Hoofdbehandelaarschap kinderarts bij interne problematiek</b>	
A Is het aantal kinderen < 16 jaar met interne problematiek dat is behandeld in het ziekenhuis waarbij een andere specialist dan de kinderarts hoofdbehandelaar is bekend?	Ja
Teller A1: het aantal voor interne problematiek behandelde kinderen < 16 jaar waar de kinderarts hoofdbehandelaar is	3.408
Teller A2: het aantal voor interne problematiek behandelde kinderen < 16 jaar waar de kinderarts medebehandelaar is	0
Noemer A: totaal aantal voor interne problematiek behandelde kinderen < 16 jaar in het verslagjaar	3.439
Percentage A1	99,1%
Percentage A2	0%
Toelichting:	
B Zijn er in het ziekenhuis schriftelijke afspraken tussen andere specialismen en de kindergeneeskunde over de indicaties voor hoofdbehandelaarschap en medebehandeling door de kinderarts bij kinderen van 16 tot 18 jaar met interne problematiek?	Ja
Toelichting:	
<b>18 Algemeen kwaliteitsbeleid</b>	
<b>18.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten</b>	
<b>18.1.1 Jaargesprekken</b>	
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 Sectormanager. Individueel functioneren d.m.v. IFMS.
<b>18.1.2 IFMS</b>	
Is IFMS zoals beschreven in het Orderapport d.d. 21 april 2008, in volle omvang ingevoerd? Zo nee: gaarne toelichting welke modificaties zijn uitgevoerd.	Ja
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	122

als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.	
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 '18.1.1 Jaargesprekken'.	139
Percentage:	87,8%
Ontvangt de Raad van Bestuur overkoepelende informatie over het aantal aan IFMS deelnemende medisch specialisten in het eigen ziekenhuis?	Ja
Toelichting:	
<b>18.2 Disfunctioneren medisch specialisten</b>	
<b>18.2.1 Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten</b>	
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:	
<b>19 Volume</b>	
<b>20 Onverwacht lange opnameduur en heropname</b>	
<b>20.1 Onverwacht lange opnameduur</b>	
<b>20.1.1 Onverwacht lange opnameduur</b>	
Heeft DHD voor uw ziekenhuis de onverwacht lange opnameduur kunnen berekenen?	Ja
Teller: aantal opnamen in het verslagjaar waarbij de gerealiseerde opnameduur meer dan 50% hoger lag dan verwacht.	2.419
Noemer: totaal aantal opnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.	15.945
Percentage	15,2%
Toelichting:	
<b>20.2.1 Heropnamen</b>	
Neemt u deel aan de LBZ?	Ja
Teller: werkelijk aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar	1.111
Noemer: verwacht aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar	1.253
Ratio	89
Toelichting:	