



Basisset Prestatie-indicatoren Elkerliek ziekenhuis 2013

Mei 2014

Inhoudsopgave

1 Operatief proces	2
1.1 Pijn na een operatie	2
1.2 Heupfractuur	3
1.3 Stopmoment IV: Time-out.....	3
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	4
1.5 Bariatrische chirurgie.....	4
1.6 Cataractregistratie	5
3 Verpleegkundige zorg	5
3.1 Wondzorg.....	5
3.2 Ondervoeding.....	6
3.3 Delirium	8
4 Intensive care	9
4.1 Intensive care.....	9
4.2 Beademingsuren	9
4.3 NICE	10
5 Oncologie	11
5.1 Samenwerking.....	11
5.2 Borstkanker	11
5.3 Longchirurgie.....	13
5.4 Gastro-intestinaal	13
5.5 Blaascarcinoom	15
5.6 Medicatieveiligheid	16
5.7 Radiotherapie.....	17
6 Hart en vaten	17
6.1 Volume van risicovolle interventies	17
6.2 Sterfte na eerste consult	17
6.3 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)	18
6.4 Evaluatie na inbrengen pacemaker	19
6.5 Carotischirurgie	21
6.6 Thoraxchirurgie	22
7 Infectieziekten	22
7.1 Ziekenhuisinfecties.....	22
7.2 Pneumonie (CAP)	23
8 Maag, darm en lever	24
8.1 MDL infrastructuur	24
8.2 Snelheid uitvoeren scopie	24
9 Verloskunde	24
9.1 Percentage spontane partus in de ‘NTSV-groep’	24
9.2 Audit van perinatale zorg	25
10 Kwetsbare groepen	25
10.1 Signalering kindermishandeling	25
11 Algemeen kwaliteitsbeleid	25
11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	25
11.2 Disfunctioneren medisch specialisten.....	26
12 Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	26
12.1 Ziekenhuissterfte	26
12.2 Dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	27
Veiligheidsprogramma	29
1.1 De behandeling van ernstige sepsis en het voorkomen van lijnsepsis	29
1.2 Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt	29
1.3 Medicatieverificatie bij opname en ontslag	29
1.4 Voorkomen nierinsufficiëntie	29
1.5 High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia	29

1 Operatief proces	
1.1 Pijn na een operatie	
1.1.1 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen jonger dan 7 jaar. • Patiënten in dagopname. Inclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> • Postoperatieve patiënten. 	
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.	4.689
Noemer: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.	5.110
Percentage 2:	91.8%
Toelichting:	
1.1.2 Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen jonger dan 7 jaar. • Patiënten in dagopname. Inclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> • Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten. 	
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
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
Beschikt u over een registratiesysteem voor pijnmeting bij postoperatieve patiënten?	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.	193

Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie).	2.505
Percentage:	7,7%
Toelichting:	
1.2 Heupfractuur	
1.2.1 Heroperaties bij een heupfractuur	
Inclusiecriteria noemer: <ul style="list-style-type: none"> Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling. Inclusiecriteria teller: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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.	
1 heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur	
Teller: aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur.	2
Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.	74
Percentage:	2,7%
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.	1
Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.	53
Percentage:	1,9%
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.	11
Percentage:	0%
Toelichting:	
1.3 Stopmoment IV: Time-out	
1.3.1 Time-out	
<i>Inclusiecriteria: 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?	
Teller: aantal patiënten waarbij stop-moment IV is uitgevoerd en vastgelegd (bron: checklist stopmomenten OK)	12.785
Noemer: totaal aantal patiënten waarbij de besproken electieve operatie is goedgekeurd en ingepland (bron: operatieplanning)	13.081
Percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	97,7%
Toelichting:	
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	
1.4.1 Indicator: Tijdige antibioticaprofylaxe	
Is de zorg voor geïnccludeerde 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.	463
Noemer 1: totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar waarbij antibioticaprofylaxe gegeven is.	511
Noemer 2: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar	534
Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	90,6%
Percentage indicatoroperaties waarbij antibiotica-profylaxe is gegeven.	95,7%
Toelichting:	
1.5 Bariatrische chirurgie	
1.5 Bariatrische chirurgie	
1.5.1 Volume bariatrische ingrepen	
Worden in het ziekenhuis bariatrische ingrepen uitgevoerd?	Nee
Is de zorg voor geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan een locatie?	
Is het aantal patiënten bekend waarbij maagballonnen zijn geplaatst?	
Totaal aantal patiënten waarbij een maagballon is geplaatst	
Is het aantal patiënten bekend waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?	
Totaal aantal patiënten ≥ 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd.	

Totaal aantal patiënten ≥ 14 jaar maar < 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd.	
Totaal aantal patiënten waarbij een maagband is geplaatst (alle leeftijden).	
Totaal aantal patiënten waarbij een gastric bypass is uitgevoerd (alle leeftijden).	
Totaal aantal patiënten waarbij een sleeve resectie is uitgevoerd (alle leeftijden).	
Toelichting:	
1.5.2 Percentage postoperatieve controles	
Werden er in uw ziekenhuis twee jaar voor het verslagjaar bariatrische ingrepen uitgevoerd?	Nee
Indien Ja: totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (d.w.z. patiënten die in 2011 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).	
Noemer: totaal aantal patiënten waarbij in 2011 bariatrische chirurgie is uitgevoerd>	
Percentage	
Toelichting:	
1.6 Cataractregistratie	
1.6.1 Cataractregistratie	
Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?	Nee
Teller: aantal cataractoperaties dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem	
Noemer: totaal aantal cataractoperaties	
Percentage	
Toelichting:	Elektronisch Patienten Dossier IFA (Zeiss) heeft helaas nog geen koppeling met NOG. Verwachting is om het voor eind juli 2014 te hebben gerealiseerd.
3 Verpleegkundige zorg	
3.1 Wondzorg	
3.1.1 Wondexpertisecentrum	
Beschikt u binnen uw ziekenhuis over of heeft u toegang tot een wondexpertisecentrum?	Ja
Toelichting:	
3.1.2 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 geïnclassificeerd in klasse 'Graad 1 Oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot?'	8
Hoeveel patiënten zijn geïnclassificeerd in klasse 'Graad 2 Wond penetreert tot op kapsel of pees?'	22
Hoeveel patiënten zijn geïnclassificeerd in klasse 'Graad 3 Wond penetreert in gewricht of op bot?'	53
Wordt bij de behandeling van patiënten met een diabetische voetwond het wondexpertisecentrum ingeschakeld?	Ja
Toelichting:	
3.2 Ondervoeding	
3.2.1 Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen in dagopname. • Kinderen jonger dan 28 dagen 	
Is de zorg voor de geïnclassificeerde 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?	STRONGkids
A Aantal klinisch opgenomen kinderen in 2012.	1.166
B Aantal kinderen, bij opname gescreend op acute ondervoeding.	760
C Aantal kinderen dat is geïnclassificeerd als acuut ondervoed.	57
Percentage 1 (B/A): Percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding	65,2%
Percentage 2 (C/B): Percentage kinderen dat geïnclassificeerd is als ondervoed	7,5%
Toelichting:	
3.2.2 Behandeling van ondervoeding	
Is de zorg voor de geïnclassificeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen	
Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname op de	Ja

vierde opnamedag bekend?	
Is er een continue meting uitgevoerd? Indien Nee, vul de meetdagen in.	
Meetdag 1 (jan-mrt) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	18-03-2013
Meetdag 2 (apr-jun) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	10-06-2013
Meetdag 3 (jul-sep) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	23-09-2013
Meetdag 4 (okt-dec) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	09-12-2013
Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten op meetdag 1-4 met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.	8
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten op meetdag 1-4.	44
Percentage:	18,2%
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) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	18-03-2013
Meetdag 2 (apr-jun) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	10-06-2013
Meetdag 3 (jul-sep) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	23-09-2013
Meetdag 4 (okt-dec) Noteer een datum volgens het formaat 'dd-mm-jjjj'	09-12-2013
Teller 1: aantal ondervoede kinderen op meetdag 1-4 met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.	0
Teller 2: aantal ondervoede kinderen op meetdag 1-4 met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.	0
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen op meetdag 1-4.	0
Percentage 1:	0
Percentage 2:	
Toelichting:	
3.2.3 Screening op ondervoeding op de polikliniek	
Is het percentage patiënten dat tijdens de preoperatieve screening op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek in het verslagjaar gescreend is op ondervoeding bekend?	Ja
Welke screeningsmethode wordt hiervoor gebruikt?	Berekening van het percentage gewichtsverlies en de BMI of MNA of MNA-SF of SNAQ of SNAQ65+ of

	MUST
	Anders, namelijk:
Toelichting:	
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 preoperatieve screenings op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek	5.231
B Aantal patiënten dat tijdens de preoperatieve screening is gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.	2.545
C aantal patiënten dat is gekwalificeerd als 'ondervoed'.	272
Percentage 1 (B/A): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat gescreend is op ondervoeding	48,7%
Percentage 2 (C/B): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat geclassificeerd is als 'ondervoed'	10,7%
Toelichting:	
3.3 Delirium	
3.3.1 Deliriumbeleid bij klinische patiënten	
Beschikt u over een ziekenhuisbreed multidisciplinair protocol voor delirium, zoals beschreven op pagina 46 van de basisset 2012?	Ja
Beschikt u over een multidisciplinair protocol specifiek voor delirium op de intensive care afdeling?	Ja
Beschikt u over gespecialiseerd personeel, dat 24 uur beschikbaar is voor consultatie en behandeling bij delirium?	Ja
Toelichting:	Door geriater
3.3.2 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%
3.3.3 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.	113
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.	134
Percentage:	84,3%
Toelichting:	
4 Intensive care	
4.1 Intensive care	
Wordt de IC zorg op meerdere locaties geleverd?	Nee
4.1.1 Niveau-indeling van de intensive care	
Wat is het niveau van uw IC-afdeling?	2
Toelichting:	T.o.v. visitatie 2008 toename productie met cijfers passend bij niveau 2. Closed format direct na de visitatie in 2008.
4.1.2 Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd	
In welk jaar vond de laatste kwaliteitsvisitatie plaats?	Eerder dan 2009
Is een kwaliteitsvisitatie gepland?	Ja, gepland in 2014
Is het opgegeven niveau IC bij laatste visitatie bevestigd?	Nee
Toelichting:	Zie toelichting 4.1.1
4.1.3 Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling	
Aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC:	4,6 FTE
Bereikt u met deze formatie een 7x24 uurs exclusieve beschikbaarheid voor de IC?	Ja
Toelichting:	
4.2 Beademingsuren	
4.2.1 Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling	
Beschikt u over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee

Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N =	
Indien ja, vul in: Selectiecriteria:	
Toelichting:	
<i>De tabel uit het boekje is hieronder omgezet in vragen per patiëntengroep en clusters van beademingsuren.</i>	
Niet postoperatief	
<72 uur: aantal patiënten	95
< 72 uur: aantal beademingsuren	2.425
72-120 uur: aantal patiënten	17
72-120 uur: totaal aantal beademingsuren	1.615
>120 uur: aantal patiënten	51
>120 uur: totaal aantal beademingsuren	15.391
Postoperatief (excl. cardiochirurgisch)	
<72 uur: aantal patiënten	66
< 72 uur: aantal beademingsuren	743
72-120 uur: aantal patiënten	5
72-120 uur: totaal aantal beademingsuren	475
>120 uur: aantal patiënten	9
>120 uur: totaal aantal beademingsuren	2.032
Postoperatief cardiochirurgisch	
Wordt cardiochirurgie in uw ziekenhuis uitgevoerd?	Nee
<72 uur: aantal patiënten	
< 72 uur: aantal beademingsuren	
72-120 uur: aantal patiënten	
72-120 uur: totaal aantal beademingsuren	
>120 uur: aantal patiënten	
>120 uur: totaal aantal beademingsuren	
Kinderen	
Worden er in uw ziekenhuis kinderen beademd?	Ja
<72 uur: aantal patiënten	5
< 72 uur: aantal beademingsuren	14
72-120 uur: aantal patiënten	
72-120 uur: totaal aantal beademingsuren	
>120 uur: aantal patiënten	
>120 uur: totaal aantal beademingsuren	
Toelichting:	
4.3 NICE	
4.3.1 NICE deelname en aanlevering	
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
Toelichting:	

5 Oncologie	
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
5.1 Samenwerking	
5.1.1 MDO	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een mammacarcinoom behandeld?	Ja
a. Mammacarcinoom: Is een plastische chirurg structureel aanwezig bij het MDO?	Ja
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een urologische tumor behandeld?	Ja
b. Beschikt u over een specifiek MDO waarin <u>Urologische tumoren</u> adequaat besproken kunnen worden voor start behandeling ?	Ja
b. Beschikt u over een specifiek MDO waarin <u>Urologische tumoren</u> adequaat besproken kunnen worden postoperatief ?	Ja
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een longcarcinoom behandeld?	Ja
c. Beschikt u over een specifiek MDO waarin <u>Longcarcinoom</u> adequaat besproken kunnen worden voor start behandeling ?	Ja
c. Beschikt u over een specifiek MDO waarin <u>Longcarcinoom</u> adequaat besproken kunnen worden postoperatief ?	Ja
Toelichting:	
5.2 Borstkanker	
5.2.1 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	2
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)	96
Noemer 2: totaal aantal patiënten met een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS) dat chirurgisch is behandeld in het verslagjaar.	153
Percentage 1	2,1%
Percentage 2	0%

Percentage 3: percentage patiënten dat met een borstbesparende operatie is behandeld (wordt automatisch berekend)	62,7%
Welke databron(nen) heeft u gebruikt?	Anders, namelijk DBCA en eigen registratie
Toelichting:	
5.2.2 Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of Elektronisch Patiëntendossier (EPD)	
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is verslaglegging van de <u>preoperatieve</u> multidisciplinaire mammabespreking, waarin een op de patiënt afgestemd behandelplan is opgenomen, beschikbaar binnen het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD?	Ja
Is verslaglegging van de <u>postoperatieve</u> multidisciplinaire mammabespreking, waarin een op de patiënt afgestemd behandelplan is opgenomen, beschikbaar binnen het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD?	Ja
Toelichting:	Vanaf september 2013 zijn ook alle preoperatieve verslagen digitaal beschikbaar
5.2.3 Deelname aan de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA)	
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met primair mammacarcinoom?	Ja
Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van primaire mammacarcinomen in uw ziekenhuis aan de DBCA 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).	153
Noemer: totaal aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom (re-excisies, resecties voor recidieven, op zichzelf staande okselklierdessecties niet meetellen).	153
Percentage: eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DBCA.	100%
Toelichting:	In het verslagjaar werden 164 nieuwe mammapatiënten in het Elkerliek behandeld, inclusief de conservatief behandelde patiënten en degenen die nog in het neoadjuvante traject van hun behandeling zitten bij sluiten van het

	verslagjaar.
5.2.4 Indicator: Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	
Worden 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.	18
Noemer: totaal aantal patiënten in het verslagjaar met als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief M0 mammacarcinoom.	25
Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie.	72%
Toelichting:	
5.3 Longchirurgie	
5.3.1 aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • Kleinere resecties van lobectomieën (zoals wigresecties) • Diagnostische verrichtingen. Inclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • CVV-groep 5-324 lobectomie van long • CVV-groep 5-325 totale pneumonectomie incl radicale dissectie van thoracale structuren 	Nee
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:	
5.4 Gastro-intestinaal	

5.4.1 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:	
5.4.2 Resectie van de pancreas of delen hiervan (Whipple of 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) verwijst u deze patiëntengroep:	Naar het Catharina ziekenhuis te Eindhoven
Hoeveel patiënten heeft u in het verslagjaar naar deze ziekenhuizen verwezen?	9
Toelichting:	
5.4.3 Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom	

Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • Transanale endoscopische microchirurgie (TEM) • Endoscopische poliepectomieën • Open poliepectomieën Inclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> • Primair colorectaal carcinoom 	
Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Is het percentage heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie in het verslagjaar bekend?	Ja
Beschikt u over een registratiesysteem voor colorectale heroperaties?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N =	
Indien ja, vul in: Selectiecriteria:	
Teller: Aantal reïnterventies binnen dezelfde opname of binnen 30 dagen na de resectie (langste interval kiezen) binnen het verslagjaar	6
Noemer: totaal aantal primaire resecties van een colorectaal carcinoom binnen het verslagjaar	82
Percentage:	7,3%
Toelichting:	
5.4.4 Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)	
Worden in uw ziekenhuis patiënten chirurgische behandeld i.v.m. een colorectaal carcinoom?	Ja
Heeft u in het verslagjaar informatie over chirurgische resecties van colorectale carcinomen aan de Dutch Surgical Colorectal Audit geleverd?	Ja
Teller: aantal chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom gelegen in colon of rectum (<u>alleen primaire carcinomen meetellen</u>) waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de Dutch Surgical Colorectal Audit.	82
Noemer: totaal aantal chirurgische resecties van een colorectaal carcinoom gelegen in colon of rectum (<u>alleen primaire carcinomen meetellen</u>).	82
Percentage:	100%
Toelichting:	
5.5 Blaascarcinoom	
5.5.1 Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom	
Exclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> • Cystectomie bij benigne afwijkingen (bijvoorbeeld therapie-resistente incontinentie). Inclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een cT2-4N0M0 blaascarcinoom. • Patiënten bij wie een cystectomie is verricht bij blaascarcinoom maar < cT2N0M0. 	
Worden er in uw ziekenhuis blaasresecties voor spierinvasief blaascarcinoom uitgevoerd?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over	Nee

meer dan één locatie?	
Heeft u het afgelopen jaar patiënten ingevoerd in de NVU database spierinvasief blaascarcinoom?	Ja
Teller: aantal ingevoerde patiënten dat in 2012 een cystectomie hebben ondergaan in verband met spierinvasief blaascarcinoom	12
Noemer: aantal patiënten dat in 2012 een cystectomie hebben ondergaan in verband met spierinvasief blaascarcinoom (CTG-coderingen: 36250, 36251, 363252, 36253, 36255, 36256)	12
Percentage	100%
Toelichting:	
5.5.2 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.	15
Noemer: totaal aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom in uw ziekenhuis in het verslagjaar.	15
Percentage	100%
Toelichting:	
5.6 Medicatieveiligheid	
5.6.1 Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag	
Worden er in uw ziekenhuis cytostaticabereidingen uitgevoerd?	Ja
Worden cytostaticabereidingen op meer dan één locatie uitgevoerd?	Nee
Beschikt u over een registratiesysteem waaruit de gegevens voor deze indicator automatisch te verkrijgen zijn?	Nee
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien Ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Aantal cytostaticabereidingen in het verslagjaar:	6.354
Controleer de aanvraagformulieren op het volledig ingevuld zijn ten aanzien van de volgende kenmerken:	
Inclusiecriteria: • Alleen eerste kuren. Exclusiecriteria: • Vervolgkuren.	
Aantal volledig ingevulde formulieren	

Lichaamsgewicht + lengte of het lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt:	6.354
Dosering:	6.354
Datum van toediening:	6.354
Aantal onderzochte formulieren	
Lichaamsgewicht + lengte of het lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt:	6.354
Dosering:	6.354
Datum van toediening:	6.354
Percentage	
Percentage volledig ingevulde formulieren voor de kenmerken: Lichaamsgewicht + lengte of lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt (wordt automatisch berekend):	100%
Percentage volledig ingevulde formulieren voor het kenmerk: Dosering (wordt automatisch berekend):	100%
Percentage volledig ingevulde formulieren voor het kenmerk: Datum van toediening (wordt automatisch berekend):	100%
Toelichting:	Alle recepten worden uit het cytostatica-voorschrijfsysteem Kurad gegenereerd, daarop ontbreken geen gegevens.
5.6.2 Vrijgifte van cytostatica	
Geeft een apothekercytosticabereidingen (VTGM) vrij vóórdat de cytostatica de apotheek verlaten?	Ja
Toelichting:	
5.7 Radiotherapie	
5.7.1 Positioneringscontrole bij prostaatbehandelingen	
	N.v.t.
6 Hart en vaten	
6.1 Volume van risicovolle interventies	
6.1.1 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.	35
Toelichting:	
6.2 Sterfte na eerste consult	
6.2.1 Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten die niet electief gezien worden (spoed en acute patiënten, reanimaties, patiënten gezien op SEH, EHH). • Patiënten jonger dan 70 jaar bij het eerste 	

administratieve consult.	
Is de zorg voor de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Zijn van alle patiënten die electief (reguliere zorg) door een cardioloog gezien zijn op de polikliniek voor een Eerste Administratief Consult de NAW-gegevens en datum bezoek geregistreerd?	Ja
Teller: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in 2011 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC en in 2011 en 2012 zijn overleden.	278
Noemer: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in 2011 poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC.	4.696
Percentage:	5,9%
Toelichting:	
6.3 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)	
6.3.1 Behandeling patiënten met een STEMI	
1. Zijn er in uw regio schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt voor wat betreft de zorg voor patiënten met een acuut infarct gebaseerd op de op pagina 86 van de Basisset genoemde uitgangspunten waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI-centrum voorop staat?	Ja
2. Zo ja, is de regionale ambulancedienst betrokken geweest bij deze afspraken	Ja
3. Zo ja, welke regionale ambulancedienst(en) is/zijn betrokken bij deze afspraken?	GGD Brabant Zuid-Oost
4. Wordt reeds vanuit de ambulance contact opgenomen met het PCI-centrum?	Ja
5. Wordt in de ambulance reeds gestart met medicatie? (alleen medicatie relevant voor cardiale aandoening zoals antithrombotica meenemen).	Ja
6. Verricht uw ziekenhuis PCI-procedures? Indien nee; vervolg bij vraag 7 Indien ja ; vervolg bij vraag 15	Nee
Vragen bestemd voor Niet Acuut PCI-centra	
7. Zijn er schriftelijk vastgelegde afspraken gemaakt tussen uw centrum en een regionaal PCI-centrum voor wat betreft de behandeling van patiënten die zich in uw ziekenhuis melden met een acuut myocardinfarct?	Ja
8. Zo ja, met welk centrum?	Catharina ziekenhuis
9. Zo ja, is de regionale ambulancedienst betrokken geweest bij deze afspraken	Ja
10. Zo ja, welke regionale ambulancedienst(en) is/zijn betrokken bij deze afspraken?	GGD Brabant Zuid-Oost
11. Zijn er in uw ziekenhuis afspraken gemaakt om een delay in het begin van de behandeling van	Ja

patiënten met een acuut infarct te voorkomen?	
12. Hoeveel STEMI-patiënten zijn er in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd? (zelfverwijzers/huisarts/ambulancedienst)	55
13. Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI-centrum?	42
14. Hoeveel patiënten zijn behandeld met thrombolysen?	0
Vragen alleen bestemd voor PCI-centra met WBMV-vergunning	
15. Verricht uw centrum PCI-procedures bij patiënten met een ST-elevatie acuut myocardiinfarct: indien nee dan vragen niet-PCI-centrum ook invullen!	N.v.t.
Toelichting:	
16. Hoeveel PCI-procedures bij patiënten met een STEMI werden er in het verslagjaar uitgevoerd	
17. Wanneer worden deze procedures uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Alleen tijdens kantooruren <input type="checkbox"/> 7x24 uur per week <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
18. Wordt de zorg door een regionaal PCI-centrum overgenomen (vastgelegd in een protocol) buiten kantooruren?	
19. Zo ja, welk centrum?	
20. Zo nee, welke waarborgen zijn er dan voor het veilig opvangen van patiënten?	
21. Hoeveel interventiecardiologen participeren in de acuut infarct zorg in uw centrum?	
Resultaten alle PCI-centra	
22. Teller: aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (excl. patiënten die voor PCI al in een reanimatiesetting verkeren)	
23. Noemer: totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI	
24. Percentage	
25. Gemiddelde door-to-needle time of door-to-balloon time in minuten	
Heeft u een steekproef genomen?	
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N =	
Indien ja, vul in: Selectiecriteria:	
Toelichting:	13 patiënten zijn niet vervoerd naar een PCI centrum i.v.m. zeer hoge leeftijd, infarctduur » 12 uur, zeer klein infarct.
6.4 Evaluatie na inbrengen pacemaker	
6.4.1 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:	Via DIPR
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:	
6.4.2 Implanteren en/of wisselen van pacemakers	
Exclusie criterium:	
<ul style="list-style-type: none"> • Implanterbare 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)	Ja
A Aantal conventionele pacemakers	107
B Biventriculaire pacemakers zonder ICD functie (indien specifieke verrichting niet wordt uitgevoerd, is het aantal 0)	
B Aantal biventriculaire pacemakers zonder ICD functie	3
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	110
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.	0
Op welke wijze zijn deze gegevens verzameld:	Registratie via DIPR
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:	
6.5 Carotischirurgie	
6.5.1 Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct	
Inclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> Alle patiënten met carotisendarteriëctomie vanwege een symptomatische carotisstenose (TIA of niet-invaliderend herseneninfarct, uitgevoerd in het eigen ziekenhuis. 	
Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> De patiënt wordt verwezen voor een ingreep naar een ander ziekenhuis. 	
Wordt in uw ziekenhuis carotischirurgie uitgevoerd?	Ja
<ul style="list-style-type: none"> Ja, vul in a indien operatie plaatsvindt in het ziekenhuis waar de patiënt zich het eerst presenteert. 	
<ul style="list-style-type: none"> Nee, vul in b indien u de patiënt voor een carotisendarteriëctomie door wordt verwezen naar een ander ziekenhuis. 	
<ul style="list-style-type: none"> n.v.t. 	
A Eerste presentatie in opererend ziekenhuis	
Teller a: 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 a: totaal aantal patiënten met een carotisendarteriëctomie die zijn aangemeld bij de neuroloog in het ziekenhuis dat de ingreep uitvoert.	23
Percentage a	4,3%
Mediaan a: de mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriëctomie. Voor het berekenen van de mediaan geldt dat de dag van opname geteld dient te worden als dag 0.	13
B Eerste presentatie in verwijzend ziekenhuis	N.v.t.
Teller b: aantal patiënten met een interval langer dan 3 weken (21 dagen) tussen het moment van doorverwijzing wegens een TIA op niet-invaliderend infarct naar het opererend ziekenhuis en de operatie	
Noemer b: totaal aantal patiënten met een carotisendarteriëctomie die zijn doorverwezen naar het rapporterend ziekenhuis.	
Percentage b	
Mediaan b: de mediaan in aantal dagen tussen het moment van doorverwijzing wegens een TIA of niet-invaliderend infarct naar het opererend ziekenhuis en de carotisendarteriëctomie. Voor het berekenen van de mediaan geldt dat de dag van opname geteld dient te worden als dag 0.	
Toelichting:	
6.5.2 Indicator: 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.	23
Percentage:	0%
Toelichting:	
6.6 Thoraxchirurgie	
6.6.1 Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits-registratie NVT	
Wordt in uw ziekenhuis hartchirurgie uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	
6.6.2 Indicator: Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft	
Worden in uw ziekenhuis bypassoperaties (CABG) uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	
6.6.3 Indicator: Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	
Worden in uw ziekenhuis openhartoperaties uitgevoerd?	Nee
Toelichting:	
7 Infectieziekten	
7.1 Ziekenhuisinfecties	
7.1.1 Surveillance van ziekenhuisinfecties	
Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?	Nee
Surveilleert het ziekenhuis ziekenhuisinfecties?	Ja
<i>Postoperatieve wondinfecties</i>	
Noch incidentie-, noch prevalentie-meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)	
Incidentie-meting via PREZIES	Ja
Eigen incidentie-meting (zie vraag 1)	--
Hoeveel patiënten zijn geïnccludeerd in de incidentie-meting?	1.293
Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentie-meting in aanmerking?	1.293
Prevalentie-meting via PREZIES	Ja
Eigen prevalentie-meting (zie vraag 1)	--
Hoeveel patiënten zijn geïnccludeerd in de prevalentie-meting?	421
Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentie-meting in aanmerking?	421
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)	--
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de incidentie­meting?	174
Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentie­meting in aanmerking?	174
Prevalentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen prevalentie­meting (zie vraag 1)	--
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de prevalentie­meting?	421
Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentie­meting in aanmerking?	421
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:	
7.2 Pneumonie (CAP)	
7.2.1 Gebruik scoresysteem CAP	
Inclusie­criterium: • Geïnc­ludeerd 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 60 – 100%
Toelichting:	
7.2.2 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	17

de SEH werd toegediend in het verslag jaar en die op de IC van het ziekenhuis werden opgenomen.	
Noemer: totaal aantal patiënten met CAP die in het verslagjaar werden opgenomen op de IC van het ziekenhuis.	18
Percentage	94,4%
Toelichting:	
8 Maag, darm en lever	
8.1 MDL infrastructuur	
8.1.1 MDL-infrastructuur	
Zijn in uw ziekenhuis faciliteiten en een dienstensysteem aanwezig teneinde 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten?	Ja
Indien nee, hebt u afspraken die u in staat stellen patiënten die een interventie-endoscopie nodig hebben te verwijzen naar een andere ziekenhuis op zodanige wijze dat zij binnen 24 uur een scopie kunnen ondergaan?	
Toelichting:	
8.1.2 Digitale verslaglegging endoscopie	
Is er sprake van een digitale verslaglegging van de verrichte endoscopische procedure, inclusief beeldmateriaal?	Ja
Toelichting:	
8.2 Snelheid uitvoeren scopie	
8.2.1 MDL-scopie binnen 24 uur	
Werden er in uw ziekenhuis endoscopieën uitgevoerd bij patiënten opgenomen wegens acute bloeding proximale tractus digestivus?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N =	
Indien ja, vul in: Selectiecriteria:	
Teller: aantal patiënten bij wie binnen 24 uur na opname endoscopie plaatsvond.	50
Noemer: aantal patiënten opgenomen wegens acute bloeding proximale tractus digestivus.	53
Percentage (wordt automatisch berekend):	94,3%
Toelichting:	
9 Verloskunde	
9.1 Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	
9.1.1 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 Moeder en kind voor de start van de bevalling (ontsluiting of uitdrijving) onder verantwoordelijkheid gebracht/verwezen naar de tweede lijn.	184
B Moeder en kind overgedragen van de 1 ^e naar de 2 ^e lijn tijdens ontsluiting of de uitdrijving.	156
C Totaal aantal spontane partussen in de 2 ^e lijn (C = A + B)	340
Partussen in de inclusiegroep.	
D Moeder en kind voor de start van de bevalling (ontsluiting of uitdrijving) onder verantwoordelijkheid gebracht/verwezen naar de tweede lijn.	296
E Moeder en kind overgedragen van de 1 ^e naar de 2 ^e lijn tijdens ontsluiting of de uitdrijving.	227
F Totaal aantal spontane partussen in de 2 ^e lijn (F = D + E)	523
Percentage 1 (A/D)	62,2%
Percentage 2 (B/E)	68,7%
Percentage 3 (C/F)	65%
Toelichting:	
9.2 Audit van perinatale zorg	
9.2.1 Mate van invoering perinatale audits	
Wordt in uw ziekenhuis perinatologische zorg verleend?	Ja
Hoeveel lokale audits die aan de op pagina 109 van de Basissetgids staan genoemd voldoen, zijn in het verslagjaar georganiseerd binnen het perinatologische samenwerkingsverband?	2
Toelichting:	
10 Kwetsbare groepen	
10.1 Signalering kindermishandeling	
Teller: aantal kinderen (< 18 jaar) met een vermoeden van kindermishandeling aangemeld (mondeling of schriftelijk) bij het team kindermishandeling in datzelfde jaar.	113
Noemer: het totaal aantal bezoeken van kinderen < 18 jaar aan alle (poli-)klinische afdelingen van het ziekenhuis in 1 jaar. (Opnames + 1 ^e polikliniekbezoeken + (dag)opnames ongeacht indicatie en inclusief verloskunde (tweedelijns) en SEH.	11.757
Percentage vermoedens van kindermishandeling bekend bij het team kindermishandeling	1%
Toelichting	
11 Algemeen kwaliteitsbeleid	
11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	
11.1.1 Jaargesprekken	

Is het systeem van jaargesprekken tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist ingevoerd in het ziekenhuis?	N.v.t.
Toelichting:	Er vinden jaargesprekken plaats met Maatschap, Raad van Bestuur en Sectorhoofd. Individueel functioneren d.m.v. IFMS
11.1.2 IFMS	
Is IFMS zoals beschreven in het Orderrapport 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 als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.	61
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 '11.1.1 Jaargesprekken'.	128
Percentage:	47,7%
Ontvangt de Raad van Bestuur overkoepelende informatie over het aantal aan IFMS deelnemende medisch specialisten in het eigen ziekenhuis?	Ja
Toelichting:	
11.2 Disfunctioneren medisch specialisten	
11.2.1 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:	
12 Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	
12.1 Ziekenhuissterfte	

12.1.1 Indicator: HSMR	
Deed uw ziekenhuis in het verslagjaar mee aan de Landelijke Medische Registratie of de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg?	Ja
Indien ja: zijn de LMR-gegevens door het CBS betrouwbaar genoeg geacht voor de HSMR-berekening? Bij voorkeur deze vraag beantwoorden over de LMR van het rapportagejaar. Als het CBS u nog niet heeft kunnen informeren over de LMR van het rapportagejaar, dan kunt u hier de situatie van het voorgaande jaar invullen. In dat geval wel bij de toelichting vermelden op welk jaar het antwoord op deze vraag betrekking heeft.	Nee
Indien nee: voor welke onderdeel zijn de LMR-gegevens niet betrouwbaar genoeg voor de HSMR-berekening? Bij voorkeur deze vraag beantwoorden over de LMR van het rapportagejaar. Als het CBS u nog niet heeft kunnen informeren over de LMR van het rapportagejaar, dan kunt u hier de situatie van het voorgaande jaar invullen. In dat geval wel bij de toelichting vermelden op welk jaar het antwoord op deze vraag betrekking heeft.	<input type="checkbox"/> <i>Te weinig nevendiaagnosen geregistreerd</i> <input type="checkbox"/> <i>Te weinig urgente opnamen geregistreerd</i> <input type="checkbox"/> <i>Te veel diagnose geregistreerd in vage codes</i> <input type="checkbox"/> <i>Te sterk afwijkende casemix van het ziekenhuis</i> <input type="checkbox"/> <i>Anders, namelijk:</i>
Een combinatie van bovenstaande antwoorden, namelijk	Er zijn geen gegevens over het jaar 2012.
Anders, namelijk:	
Gebruikt u de HSMR om de sterfte binnen uw ziekenhuis te monitoren?	Ja
Gebruikt u de diagnosespecifieke SMR's om de sterfte binnen uw ziekenhuis te monitoren?	Ja
Toelichting:	
12.1.2 Indicator: Verbeteracties op basis van HSMR	
Gebruikt u de informatie uit de (H)SMR om op basis van een trend in de tijd of vergelijking tussen verschillende diagnosegroepen (zodanig) verbeteracties te starten?	Ja
Indien ja: op welke wijze vinden deze verbeteracties plaats?	Via de necrologiecommissie worden adviezen besproken met betrokkenen. Het stafbestuur ziet toe op uitvoering van de adviezen.
Toelichting:	
12.2 Dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	
12.2.1 Indicator: Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade	
Gebruikt u dossieronderzoek en de daarin genoemde triggers als methode voor het verminderen van onbedoelde en vermijdbare zorggerelateerde schade?	Ja, eigen systematische dossieranalyse
Indien ja: worden de resultaten uit dit onderzoek binnen uw ziekenhuis gebruikt voor verbeteracties?	Ja
Indien Ja, op welke wijze vinden deze	Via de necrologiecommissie worden

verbeteracties plaats?	adviezen besproken met betrokkenen. Het stafbestuur ziet toe op uitvoering van de adviezen.
Toelichting:	
12.2.2 Indicator: Onverwacht lange opnameduur	
Bij indicator 12.1.1 (HSMR) heeft u al kunnen aangeven of uw ziekenhuis deelneemt aan de Landelijke Medische Registratie. Als uw ziekenhuis bij deze vraag ja heeft geantwoord, registreert uw ziekenhuis ook de operaties in de LMR?	Nee
<i>Onderstaande vragen hebben betrekking op alle ziekenhuizen die aan de LMR deelnemen ongeacht of u wel of niet de operaties in de LMR vastlegt.</i>	
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.	1.016
Noemer: totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar opgenomen is geweest in uw ziekenhuis.	9.160
Percentage:	11,1%
Toelichting:	Het gaat hier om gegevens van een half jaar.

Veiligheidsprogramma	
1.1 De behandeling van ernstige sepsis en het voorkomen van lijnsepsis	
1.1.1 Registratie gebruik van sepsisbundel bij ernstige sepsis en lijnsepsis	
Registreert u de naleving van de volgende sepsisbundels:	
Resuscitatiebundel ernstige sepsis	Ja bij alle patiënten
Managementbundel ernstige sepsis	Ja bij alle patiënten
1.2 Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt	
1.2.1 Registratie van reanimaties	
Registreert u reanimaties die plaatsvinden op alle afdelingen in uw ziekenhuis?	Ja op alle afdelingen
Alleen op specifieke afdelingen, namelijk:	
1.3 Medicatieverificatie bij opname en ontslag	
1.3.1 Medicatieverificatie deskundigheid medewerker bij opname	
Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij opname?	
Een combinatie van bovenstaande medewerkers, namelijk:	Apothekersassistenten en verpleegkundigen
Anders, namelijk:	
Toelichting:	Specifieke scholing in communicatieve vaardigheden heeft plaatsgevonden
1.3.2 Medicatieverificatie deskundigheid medewerker bij ontslag	
Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij ontslag?	Verpleegkundigen
Een combinatie van bovenstaande medewerkers, namelijk:	
Anders, namelijk:	
1.4 Voorkomen nierinsufficiëntie	
1.4.1 Registratie eGFR	
Met centraal geregistreerd wordt bedoeld dat de eGFR digitaal beschikbaar is zodat alle aanvragers van röntgenonderzoek met contrast inzicht hebben in de eGFR van de patiënt. Ook als de eGFR een aantal maanden daarvoor door een ander specialisme is aangevraagd.	
Wordt de eGFR in uw ziekenhuis centraal geregistreerd?	Ja
1.5 High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia	
1.5.1 Registratie CMR	
Registreert u fouten en incidenten met betrekking tot klaarmaken en toedienen van parenteralia aan de Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR)?	Ja
Nee, anders:	