



Basisset Prestatie-indicatoren Elkerliek ziekenhuis 2014

Mei 2015

Inhoudsopgave

1 Operatief proces	2
1.1 Pijn na een operatie	2
1.2 Heupfractuur	3
1.3 Stopmoment IV: Time-out	4
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	4
1.5 Bariatrische chirurgie	4
1.6 Cataractregistratie	5
1.7 Registratie neurochirurgie	5
1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie	6
3 Verpleegkundige zorg	6
3.1 Wondzorg	6
3.2 Ondervoeding	7
3.3 Delirium	9
4 Intensive care	10
4.1 Beademingsuren	10
5 Oncologie	10
5.1 Samenwerking	10
5.2 Borstkanker	10
5.3 Longchirurgie	12
5.4 Gastro-intestinaal	12
5.5 Urologische tumoren	14
5.6 Ovariumcarcinoom	14
5.7 Palliatieve radiotherapie	15
6 Hart en vaten	15
6.1 Volume van risicovolle interventies	15
6.2 Sterfte na eerste consult	15
6.3 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)	16
6.4 Evaluatie na inbrengen pacemaker	17
6.5 Carotischirurgie	19
6.6 Thoraxchirurgie	19
7 Infectieziekten	20
7.1 Ziekenhuisinfecties	20
7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	21
8 Maag, darm en lever	21
8.1 MDL infrastructuur	21
8.2 Time-out procedure endoscopische verrichtingen	21
9 Verloskunde	22
9.1 Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	22
9.2 Audit van perinatale zorg	22
10 Kwetsbare groepen	23
10.1 Ondervoeding geriatrische patiënten	23
10.2 Colonchirurgie bij ouderen	23
11 Algemeen kwaliteitsbeleid	24
11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	24
11.2 Disfunctioneren medisch specialisten	25
12 Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	25
12.1 Ziekenhuissterfte	25
12.2 Dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur	26
Veiligheidsprogramma	27
1.1 De behandeling van ernstige sepsis en het voorkomen van lijnsepsis	27
1.2 Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt	27
1.3 Medicatieverificatie bij opname en ontslag	27
1.4 Voorkomen nierinsufficiëntie	27
1.5 High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia	27

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.	4.849
Noemer: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.	5.270
Percentage 2:	92,0%
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
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.	100
Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6	2.300

metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie).	
Percentage:	4,3%
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.	0
Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.	33
Percentage:	0%
2 Heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese	
Teller: aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese.	0
Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.	50
Percentage:	0%
3 Heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur	
Teller: aantal heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur.	0
Noemer: aantal pertrochantere fracturen met interne fixatie.	18
Percentage:	0%
Toelichting:	
1.2.2 Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur	
Behandelt u patiënten met een heupfractuur?	Ja
Is de zorg voor patiënten met een heupfractuur verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd bekend?	Ja
Teller: aantal medebehandelingen geriatrieteam bij patiënten van 70 jaar en ouder met een	36

heupfractuur.	
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.	47
Percentage	76,6%
Toelichting:	Nieuw geïmplementeerd, gegevens op basis van een half jaar
1.3 Stopmoment IV: Time-out	
1.3.1 Time-out	
<i>Inclusie criterium: alle electieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn peroperatief proces. Bron teller: checklist stopmomenten OK. Bron noemer: operatieplanning.</i>	
Worden operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?	
Teller: aantal patiënten waarbij stop-moment IV is uitgevoerd en vastgelegd (bron: checklist stopmomenten OK)	11.830
Noemer: totaal aantal patiënten waarbij de besproken electieve operatie is goedgekeurd en ingepland (bron: operatieplanning)	12.383
Percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	95,5%
Toelichting:	
1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	
1.4.1 Indicator: Tijdige antibioticaprofylaxe	
Is de zorg voor geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Is het percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe in het verslagjaar bekend?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N = Selectiecriteria:	
Teller: aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar en waarbij tussen den 15-59:59 minuten voor de incisie (of bloedleegte) de voorgeschreven antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt.	472
Noemer 1: totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar waarbij antibioticaprofylaxe gegeven is.	510
Noemer 2: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar	513
Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	92,5%
Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven.	99,4%
Toelichting:	
1.5 Bariatrische chirurgie	
1.5.1 Volume bariatrische ingrepen	

Worden in het ziekenhuis bariatrische ingrepen uitgevoerd?	Nee
Is de zorg voor geïncludeerde 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 2014 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).	
Noemer: totaal aantal patiënten waarbij in 2014 bariatrische chirurgie is uitgevoerd >	
Percentage	
Toelichting:	
1.6 Cataractregistratie	
1.6.1 Cataractregistratie	
Heeft u in het verslagjaar cataractoperaties ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?	Ja
Teller: aantal cataractoperaties dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem	1.935
Noemer: totaal aantal cataractoperaties	1.935
Percentage	100%
Toelichting:	Het Elkerliek ziekenhuis houdt een eigen registratie bij waarin 100% van de cataractoperaties geregistreerd worden, daarnaast zijn ruim 800 patiënten ook in de NOG geregistreerd.
1.7 Registratie neurochirurgie	

1.7.1 Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	
Maligne glioom	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een maligne glioom?	Nee
Heeft u in het verslagjaar informatie over chirurgische behandeling van maligne glioom aan QRNS geleverd?	
Teller: aantal chirurgische behandeling van een maligne glioom, waarvan gegevens aangeleverd aan QRNS	
Noemer: totaal aantal chirurgische behandelingen van een maligne glioom in uw ziekenhuis	
Percentage	
Toelichting:	
Subarachnoïdale bloeding?	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten behandeld in verband met een subarachnoïdale bloeding?	Nee
Heeft u in het verslagjaar informatie over de behandeling van subarachnoïdale bloeding aan QRNS geleverd?	
Teller: aantal behandeling van een subarachnoïdale bloeding, waarvan gegevens aangeleverd aan QRNS	
Noemer: totaal aantal patiënten behandelingen van een subarachnoïdale bloeding in uw ziekenhuis	
Percentage	
Toelichting:	Patiënten worden voor behandeling doorgestuurd naar het St. Elisabeth ziekenhuis te Tilburg
1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie	
1.8.1 Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg	
Wordt er in het ziekenhuis minimale invasieve chirurgie uitgevoerd?	Ja
Functioneert binnen het ziekenhuis een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de bovengenoemde kenmerken?	Ja
Toelichting	
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	Nee

verspreid over meer dan één locatie/	
Is het aantal patiënten met diabetische voetwonden geregistreerd?	Ja
Registreert u patiënten met diabetische voetwonden volgens de Texas-classificatie?	Ja
Zo nee, volgens welk ander systeem registreert u diabetische voetwonden?	
De overige vragen van deze indicator zijn facultatief:	
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 1 Oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot?'	5
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 2 Wond penetreert tot op kapsel of pees?'	38
Hoeveel patiënten zijn geclassificeerd in klasse 'Graad 3 Wond penetreert in gewricht of op bot?'	44
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 geïncludeerde 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.	1.083
B Aantal kinderen, bij opname gescreend op acute ondervoeding.	810
C Aantal kinderen dat is geclassificeerd als acuut ondervoed.	75
Percentage 1 (B/A): Percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding	74,8%
Percentage 2 (C/B): Percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed	9,3%
Toelichting:	
3.2.2 Behandeling van ondervoeding	
Is de zorg voor de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee

A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen	
Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend?	Ja
Is er een continue meting uitgevoerd? Indien Nee, vul de meetdagen in.	Nee
Meetdag 1 (jan-mrt)	10-03-2014
Meetdag 2 (apr-jun)	16-06-2014
Meetdag 3 (jul-sep)	22-09-2014
Meetdag 4 (okt-dec)	09-12-2014
Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.	12
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.	29
Percentage:	41,4%
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)	10-03-2014
Meetdag 2 (apr-jun)	16-06-2014
Meetdag 3 (jul-sep)	22-09-2014
Meetdag 4 (okt-dec)	09-12-2014
Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.	0
Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag	0
Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	0
Percentage 1:	0%
Percentage 2:	0%
Toelichting:	
3.2.3 Screening op ondervoeding op de polikliniek	
Is het percentage patiënten dat tijdens het POS in het verslagjaar gescreend op ondervoeding bekend?	Ja
Welke screeningsmethode wordt hiervoor gebruikt?	Berekening van het percentage gewichtsverlies en de BMI of MNA of MNA-SF of SNAQ of SNAQ65+ of MUST
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 POS op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek	4.359
B Aantal patiënten dat tijdens de POS is gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.	4.256
C aantal patiënten dat is gekwalificeerd als 'ondervoed'.	318
Percentage 1 (B/A): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat gescreend is op ondervoeding	97,6%
Percentage 2 (C/B): percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat geclassificeerd is als 'ondervoed'	7,5%
Toelichting:	
3.3 Delirium	
3.3.1 Risico op delirium	
De afdelingen waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium zijn bekend.	Ja
Teller: het aantal afdelingen of, in het geval van preoperatieve screening, poliklinieken, waar bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder bij opname een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier.	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 onderstaande voorbeeldtabel voor betreffende afdelingen.	11
Percentage:	81,8%
3.3.2 Screening op en observatie van delirium	
Is het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium bekend?	Ja
Zijn in de teller en noemer ook de patiënten opgenomen waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld?	Ja
Teller: het aantal patiënten dat met de DOSS of CAM tenminste éénmaal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium, ongeacht de uitkomst.	145
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.	178
Percentage:	81,5%
Toelichting:	

4 Intensive care	
4.1 Beademingsuren	
4.1.1 Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling	
Kinderen (< 18 jaar)	
Worden er in uw ziekenhuis kinderen beademd?	Ja
<72 uur: aantal patiënten	5
< 72 uur: aantal beademingsuren	23
72-120 uur: aantal patiënten	
72-120 uur: totaal aantal beademingsuren	
>120 uur: aantal patiënten	
>120 uur: totaal aantal beademingsuren	
Beschikt u over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC?	Ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Toelichting:	Kinderen worden slechts ter overbrugging naar PICU beademd.
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
Mammacarcinoom: Is een plastische chirurg structureel aanwezig bij het MDO?	Ja
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een urologische tumor behandeld?	Ja
Beschikt u over een specifiek MDO waarin urologische tumoren adequaat besproken kunnen worden voor start behandeling ?	Ja
Beschikt u over een specifiek MDO waarin urologische tumoren adequaat besproken kunnen worden postoperatief ?	Ja
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een longcarcinoom behandeld?	Ja
Beschikt u over een specifiek MDO waarin longcarcinoom adequaat besproken kunnen worden voor start behandeling ?	Ja
Beschikt u over een specifiek MDO waarin longcarcinoom 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	1
Teller 2: aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste tumorexcisie	1
Noemer: totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS)	85
Noemer 2: totaal aantal patiënten met een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of DCIS) dat chirurgisch is behandeld in het verslagjaar.	108
Percentage 1	1,2%
Percentage 2	1,2%
Percentage 3: percentage patiënten dat met een borstbesparende operatie is behandeld (wordt automatisch berekend)	78,7%
Welke databron(nen) heeft u gebruikt?	Anders, namelijk NBCA en eigen registratie
Toelichting:	
5.2.2 Deelname aan de Nabon Breast Cancer Audit (NBCA)	
Heeft u in het verslagjaar informatie over de chirurgische behandeling van primaire mammacarcinomen in uw ziekenhuis aan de NCA geleverd?	Ja
Teller: aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DBCA (re-excisies, resecties voor recidieven, op zichzelf staande okselklierdessecties niet meetellen).	139
Noemer: totaal aantal eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom (re-excisies, resecties voor recidieven, op zichzelf staande okselklierdessecties niet meetellen).	139
Percentage: eerste chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens aangeleverd zijn aan de DBCA.	100%
Toelichting:	
5.2.3 Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	
Wordt er in uw ziekenhuis neo-adjuvante chemotherapie gegeven aan patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over	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 uiterlijk 5 weken na de PA-diagnose is gestart met neo-adjuvante chemotherapie.	19
Noemer: totaal aantal patiënten in het verslagjaar met als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief M0 mammacarcinoom.	28
Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie.	67,9%
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. Inclusie criterium: <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 	
Worden operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	
Is het aantal uitgevoerde anatomische resecties van de long in het verslagjaar bekend?	Nee
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?	6
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	9
Noemer: totaal aantal primaire resecties van een colorectaal carcinoom binnen het verslagjaar	114
Percentage:	7,9%
Toelichting:	
5.5 Urologische tumoren	
5.5.1 MDO spierinvasief blaascarcinoom	
Heeft u in het verslagjaar patiënten behandeld met een spierinvasief blaascarcinoom?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Teller: aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom die voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal binnen een specifiek MDO in uw ziekenhuis besproken zijn in het verslagjaar.	15
Noemer: totaal aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom in uw ziekenhuis in het verslagjaar.	15
Percentage	100%
Toelichting:	
5.5.2 Deelname aan de registratie prostatectomie	
Heeft u in het verslagjaar patiënten behandeld met een radicale prostatectomie in verband met een prostaatacarcinoom?	Ja
Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Heeft u in het verslag jaar patiënten ingevoerd in de NVU database prostatectomie?	Nee
Teller: aantal ingevoerde patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatacarcinoom	
Noemer: totaal aantal patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie hebben ondergaan in verband met prostaatacarcinoom	
Percentage	
Toelichting:	
5.6 Ovariumcarcinoom	
5.6.1 Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom	

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een ovariumcarcinoom of tubacarcinoom	Nee
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	
Aantal patiënten met een laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een stadiëringsoperatie	
Aantal patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een debulkingsoperatie	
Toelichting	
5.7 Palliatieve radiotherapie	
5.7.1 Palliatieve radiotherapie botmetastasen	
Worden er in uw ziekenhuis patiënten met botmetastasen behandeld met (palliatieve) radiotherapie?	Nee
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.	23
Toelichting:	Substitutie naar EVAR
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 <u>2013</u> poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC en in 2013 of 2014 zijn overleden.	326
Noemer: totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder die zich in <u>2013</u> poliklinisch bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC.	4.963

Percentage:	6,6%
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 voor cardiale aandoeningen relevante medicatie?	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 patiënten met een acuut infarct te voorkomen?	Ja
12. Hoeveel STEMI-patiënten zijn er in h et verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd? (zelfverwijzers/huisarts/ambulancedienst)	56
13. Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI-centrum?	51
14. Hoeveel patiënten zijn behandeld met thrombolyse?	0
Vragen alleen bestemd voor PCI-centra met WBMV-vergunning	
15. Verricht uw centrum PCI-procedures bij patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct: 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. Welke sterfmaat gebruikt u voor deze indicator?	
23. Teller: aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (excl. patiënten die voor PCI al in een reanimatiesetting verkeren)	
24. Noemer: totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI	
25. Percentage	
26. Welke maat gebruikt u voor deze indicator?	
27. 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:	
28. Biedt uw ziekenhuis patiënten na een STEMI zelf een op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan?	Ja
29. Is bekend bij hoeveel patiënten na een STEMI hartrevalidatie is verzorgd?	Ja
Teller: aantal patiënten die na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie hebben gehad	143
Noemer: totaal aantal patiënten met een STEMI	168
Percentage	85,1%
Toelichting:	5 patiënten zijn niet vervoerd naar een PCI centrum i.v.m. zeer hoge leeftijd met ernstige comorbiditeit (4x) of wegens zeer ernstige comorbiditeit (1x). Bij 2 van de eerste 4 patiënten is tevens telefonisch overlegd met PCI centrum en in overleg besloten niet te vervoeren.
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:	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 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)	Ja
A Aantal conventionele pacemakers	109
B Biventriculaire pacemakers zonder ICD functie (indien specifieke verrichting niet wordt uitgevoerd, is het aantal 0)	Ja
B Aantal biventriculaire pacemakers zonder ICD functie	0
C Biventriculaire pacemakers met ICD functie (indien specifieke verrichting niet wordt uitgevoerd, is het aantal 0)	Nee
C Aantal biventriculaire pacemakers met ICD functie	
D ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie	Nee
D Aantal biventriculaire pacemakers zonder ICD functie	
Totaal	109
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
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. 	
Worden er in uw ziekenhuis carotisendarterectomieën uitgevoerd?	Ja
Worden deze operaties uitgevoerd op mee 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 Spoedeisende Hulp bezoek of 1 ^e consult
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	7
Noemer: totaal aantal patiënten met een carotisendarteriëctomie die uitgevoerd in het ziekenhuis.	32
Percentage a	21,9%
De mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriëctomie.	15
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.	32
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 prevalentie­meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)	
Incidentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen incidentie­meting (zie vraag 1)	--
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de incidentie­meting?	1.287
Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentie­meting in aanmerking?	1.287
Prevalentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen prevalentie­meting (zie vraag 1)	n.v.t.
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de prevalentie­meting?	388
Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentie­meting in aanmerking?	388
ALGEMEEN	
Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	Ja
Hadden de interventies het gewenste resultaat?	Ja
<i>Wondinfecties na hartchirurgie</i>	
Noch incidentie-, noch prevalentie­meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)	N.v.t.
<i>Centrale lijn gerelateerde sepsis (Lijnsepsis)</i>	
Noch incidentie-, noch prevalentie­meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)	
Incidentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen incidentie­meting (zie vraag 1)	n.v.t.
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de incidentie­meting?	136
Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentie­meting in aanmerking?	136
Prevalentie­meting via PREZIES	Ja
Eigen prevalentie­meting (zie vraag 1)	n.v.t.
Hoeveel patiënten zijn geïnc­ludeerd in de prevalentie­meting?	388
Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentie­meting in aanmerking?	388
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 prevalentie meting, geef toelichting over de wijze van surveillance:	
2 Indien geen incidentie- en prevalentie meting, geef toelichting over de wijze van infectiepreventie zonder specifieke surveillance:	
Toelichting:	
7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)	
7.2.1 Gebruik scoresysteem CAP	
Inclusie criterium: <ul style="list-style-type: none"> Geïnccludeerd worden alle volwassen patiënten die van thuis of vanuit het verzorgingstehuis worden opgenomen in het ziekenhuis. 	
Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie?	Nee
Wordt er in het ziekenhuis gebruik gemaakt van een gevalideerd scoresysteem (PSI score of AMBU 65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten?	Ja
Indien ja, wordt dit scoresysteem standaard bij elke nieuwe patiënt met CAP afgenomen en in het patiëntendossier vastgelegd?	Ja, meestal 61 – 100%
Toelichting:	
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 de SEH werd toegediend in het verslag jaar en die op de IC van het ziekenhuis werden opgenomen.	30
Noemer: totaal aantal patiënten met CAP die in het verslagjaar werden opgenomen op de IC van het ziekenhuis.	36
Percentage	83,3%
Toelichting:	
8 Maag, darm en lever	
8.1 MDL infrastructuur	
8.1.1 Digitale verslaglegging endoscopie	
Is er sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)?	Ja
Toelichting:	
8.2 Time-out procedure endoscopische verrichtingen	
8.2.1 Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen	
Werden er in uw ziekenhuis endoscopische	Ja

verrichtingen uitgevoerd?	
Worden deze verrichtingen uitgevoerd op meer en één locatie?	Nee
Legt u in een digitaal verslagsysteem vast dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen?	Ja
Teller: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.	277
Noemer: aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.	330
Percentage (wordt automatisch berekend):	83,9%
Toelichting:	Het gaat hier om gegevens die verkregen zijn op basis van prevalentie metingen.
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 Teller: aantal spontane partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht/ verwezen zijn naar de tweede lijn.	205
B Teller: aantal spontane partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.	171
C Teller: totaal aantal spontane partussen in de tweede lijn (C=A+B)	376
Partussen in de inclusiegroep.	
D Noemer: aantal partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van ontsluiting of geplande sectio) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht/ verwezen zijn naar de tweede lijn.	302
E Noemer: aantal partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.	250
F Noemer: totaal aantal partussen in de tweede lijn (F=D+E)	552
Percentage 1 (A/D)	67,9%
Percentage 2 (B/E)	68,4%
Percentage 3 (C/F)	68,1%
Toelichting:	
9.2 Audit van perinatale zorg	
9.2.1 Mate van invoering perinatale audits	
Wordt in uw ziekenhuis perinatologische zorg	Ja

verleend?	
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 Ondervoeding geriatrische patiënten	
10.1.1 Screening ondervoeding geriatrische patiënten	
Is de zorg voor geriatrische patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Nee
Wordt op alle in het ziekenhuis aanwezige geriatrische poli- of dagklinieken een gevalideerd screeningsinstrument gebruikt voor het vaststellen van ondervoeding?	Ja
Is het aantal geriatrische patiënten bekend die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd systeem?	ja
Heeft u een steekproef genomen?	Nee
Teller: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding.	411
Noemer: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek.	510
Percentage geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding	80,6%
Toelichting	
10.2 Colonchirurgie bij ouderen	
10.2.1 Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	
Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?	Ja
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder bekend dat voor electieve colonchirurgie gescreend is op kwetsbaarheid?	Ja
Teller: aantal patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie voor de ingreep gescreend met een gevalideerd instrument voor	77

kwetsbaarheid	
Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.	77
Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie	100%
Toelichting:	
10.2.2 Beoordeling op kwetsbaarheid	
Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?	Ja
Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?	Nee
Is het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie bekend dat preoperatief beoordeeld is door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie?	Ja
Teller: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie.	22
Noemer: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.	22
Percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie	100%
Toelichting:	
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 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	51

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.	
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'.	121
Percentage:	42,1%
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 LBZ-gegevens door het CBS betrouwbaar genoeg geacht voor de HSMR berekening? Bij voorkeur deze vraag beantwoorden over de LBZ van het rapportagejaar. Als het CBS u nog niet heeft kunnen informeren over de LBZ 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.	Ja
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	Ja

van een trend in de tijd of vergelijking tussen verschillende diagnosegroepen (zodanig) verbeteracties te starten?	
Indien ja: op welke wijze vinden deze verbeteracties plaats?	Via de Commissie Leren Uit Sterven 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 verbeteracties plaats?	Via de Commissie Leren Uit Sterven worden 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 de operaties in de LBZ?	Ja
<i>Onderstaande vragen hebben betrekking op alle ziekenhuizen die aan de LBZ deelnemen ongeacht of u wel of niet de operaties in de LBZ 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.	2.444
Noemer: totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar opgenomen is geweest in uw ziekenhuis.	17.409
Percentage:	14%
Toelichting:	

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?	Verpleegkundige
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:	