

GRAADMETER VOOR KWALITEIT VAN ZIEKENHUISZORG

Prestatie-indicatoren helpen inspectie bij het uitvoeren van Kwaliteitswet

Prestatie-indicatoren moeten het de inspectie mogelijk maken het toezicht efficiënter te maken, de kwaliteit van de zorg te verhogen en deze transparanter en veiliger te maken. De resultaten van het eerste meetjaar 2003 laten zien dat de indicatoren bruikbaar zijn als 'meetlat' bij het toezicht.

J. HAECK C.S.

Deze week heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg het rapport 'Het resultaat telt' aangeboden aan de minister van VWS. Het rapport geeft de geaggregeerde resultaten van het eerste jaar 'Basisset prestatie-indicatoren' voor de ziekenhuizen weer. Begin vorig jaar introduceerde de inspectie prestatie-indicatoren om het toezicht efficiënter te maken, de kwaliteit van zorg te verhogen en deze transparanter en veiliger voor de burger te maken. Is de inspectie hierin geslaagd? Is de basisset prestatie-indicatoren een graadmeter voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg?

Het is nog te vroeg om nu al een oordeel te geven over deze nieuwe wijze van kwaliteitsverantwoording en toezicht. Wel is duidelijk dat er nu voor de burger veel meer informatie over de zorgverlening van ziekenhuizen beschikbaar is.

RESULTATEN

In dit artikel worden de resultaten op hoofdlijnen in drie tabellen weergegeven, gerangschikt naar ziekenhuisbrede (tabel 1), hoogrisico- (tabel 2) en ziektespecifieke indicatoren (tabel 3). Voor een gedetailleerde weergave van de bevindingen wordt verwezen naar de website van de IGZ, www.igz.nl. In kolom 1 is te zien in hoeveel procent van de ziekenhuizen een gegeven bekend is dan wel een

voorziening beschikbaar is. Bovendien geven de tabellen van een groot deel van de indicatoren getalsmatige informatie weer, zoals het landelijk gemiddelde, de mediaan, het hoogste en laagste getal (kolom 2 t/m 5). Waar van toepassing, is in kolom 6 het totale aantal patiënten genoemd waarop de gegevens betrekking hebben. In enkele gevallen is dat het totale aantal eenheden of het aantal bepalingen.

Vervolgens is in kolom 7 bij de indicator 'volume van risicovolle interven-

2. Uit de literatuur is bekend dat bij sommige ingrepen een duidelijke relatie bestaat tussen ervaring enerzijds en de uitkomst en kans op complicaties anderzijds. In de Basisset zijn twee operatieve ingrepen opgenomen waarbij deze relatie is beschreven; de resectie van het aneurysma van de abdominale aorta (AAA) en de oesophagus-cardiaresectie (OCR). Hierbij gaat het niet alleen om de ervaring van de chirurg, maar ook om die van het hele

Voor de burger is nu veel meer informatie over de zorgverlening beschikbaar

ties' ook het percentage ziekenhuizen dat deze ingreep niet uitvoert, opgenomen. Kolom 8 bevat het percentage ziekenhuizen dat de ingreep minder vaak uitvoert dan op basis van de literatuur wenselijk is. De opvallendste resultaten:

1. Volgens eigen opgave heeft 54 procent van de ziekenhuizen een IC-level II. Een kwart daarvan kan echter niet het niveau van zorg bieden dat volgens een richtlijn van de eigen beroepsgroep voor level II noodzakelijk is. Binnenkort zal de IGZ een rapport uitbrengen over een aantal aspecten van de intensieve zorg voor volwassenaan.

team en de verantwoordelijke professionals voor de postoperatieve zorg. De helft van de ziekenhuizen verricht jaarlijks minder van dit soort procedures dan in de literatuur wordt geadviseerd; er zijn ziekenhuizen die in 2003 één keer een OCR- of drie keer een AAA-procedure hebben uitgevoerd.

3. Veel van de gevraagde retrospectieve indicatoren blijken in meer dan 80 procent van de ziekenhuizen bekend of beschikbaar te zijn. Voorbeelden zijn een systematische decubitusregistratie, deelname aan de TRIP-registratie (waaruit blijkt dat het aantal bloedtransfusie- >>

1. ZIEKENHUIZEN

	beschikbaar of bekend	gemiddeld	mediaan	minimum	maximum	totaal
DECUBITUS						
- systematische decubitusregistratie	82%					
- prevalentie van decubitus (percentage patiënten)	69%	9,8%	9,0%	1,4%	24,3%	29.139
BLOEDTRANSFUSIEREACTIES						
- deelname TRIP*	85%					
- transfusiereacties per 1000 patiënten	64%	0,26	0	0	2,9	103.791
- transfusiereacties per 1000 eenheden	87%	0,07	0	0	0,7	646.690
MEDICATIEVEILIGHEID						
- intramurale gegevens beschikbaar in kliniek	55%	79,4%	100%	0%	100%	
- intramurale gegevens beschikbaar op polikliniek	31%	66,9%	100%	0%	100%	
- extramurale gegevens beschikbaar in kliniek	19%	48,6%	40%	0%	100%	
- extramurale gegevens beschikbaar op polikliniek	11%	26,3%	0%	0%	100%	
ZORGINFORMATIE EN COMMUNICATIETECHNOLOGIE (ICT)						
- aantal geautomatiseerde functies voor inzage in kliniek	100%	6,1	6,0	0,0	10,0 (van 10)	
- aantal geautomatiseerde functies voor inzage op de polikliniek	100%	6,1	6,0	0,0	10,0 (van 10)	
- aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders in kliniek	97%	1,5	1,0	0,0	5,0 (van 11)	
- aantal geautomatiseerde functies voor invoer orders op polikliniek	94%	1,5	1,0	0,0	7,5 (van 11)	
- beschikbaarheid e-mail	95%					
- beschikbaarheid internet	87%					
WONDINFECTIEREGISTRATIE						
- percentage wondinfectieregistraties	84%					
COMPLICATIETEGISTRATIE						
- complicatieregistraties per ziekenhuis	81%	42,2%	43,8%	3,7%	90,0%	

* TRIP = nationaal bureau Transfusiereacties in Patiënten

De resultaten van het eerste meetjaar van de ziekenhuisbrede prestatie-indicatoren.

2. HOOGRISICO-AFDELINGEN

	beschikbaar of bekend	gemiddeld	mediaan	minimum	maximum	totaal	ingreep niet verricht	te weinig ingrepen
PIJN NA EEN OPERATIE								
- protocol	74%							
- acute pijnservice	53%							
- systematische pijnmeting	25%							
- pijnscore <4 (percentage patiënten)	11%	81,5%	86,8%	61,4%	94,5%	25.470		
VOLUME VAN RISICOVOLLE INTERVENTIES								
- aneurysma abdominale aorta (AAA)	94%	35,4	31	3	108	3147	1,0%	44,8%
- oesophagus-cardiaresectie (OCR)	92%	12,1	9	1	78	618	42,3%	41,2%
INTENSIVE CARE								
		niveau 1 (hoogste)	niveau 2	niveau 3 (laagste)				
- level eigen opgave (% ziekenhuizen)	93%	22,0%	53,8%	24,2%				
- level zoals berekend door de inspectie op basis van de beschikbaarheid van de intensivist (% ziekenhuizen)	91%	21,5%	17,7%	60,8%				
- beademingsduur/patiënt niveau 1 in dagen	70%	5,2	5,7	3,1	7,2			
- beademingsduur/patiënt niveau 2 in dagen	67%	5,6	5,5	0,9	9,8			
- beademingsduur/patiënt niveau 3 in dagen	77%	5,5	5,4	2,9	8,7			

De resultaten van het eerste meetjaar van de prestatie-indicatoren van hoogrisico-afdelingen.

<< reacties per 1000 eenheden bekend is), de beschikbaarheid van e-mail en internet voor de professional, het percentage postoperatieve wondinfecties, het aantal complicatieregistraties, gegevens over aantallen verrichte hoogrisico-operaties, het IC-level, het aantal verrichte sectio's en het beschikbaar zijn van een stroke-unit.

De indicatoruitkomsten zijn van belang voor de ziekenhuizen, de burgers of

patiënten, en de minister en beleidsmakers.

ZIEKENHUIS

Ziekenhuizen kunnen vanaf nu hun scores vergelijken met die van andere ziekenhuizen, soms kan dit met ziekenhuizen van gelijke grootte of met een vergelijkbaar aanbod van zorg. Binnenkort kan ook met de eigen scores uit één of meer voorgaande jaren worden vergeleken. Op deze wijze krijgt het bestuur van het ziekenhuis, maar ook de profes-

sional werkzaam in dat ziekenhuis meer dan daarvoor het geval was inzage in het eigen presteren. Dit stimuleert tot het kritisch beschouwen van de geleverde kwaliteit. Opmerkelijk is ook dat vorig jaar het aantal ziekenhuizen dat meedoet aan landelijke registraties en verbeterprojecten, zoals aan die van het nationaal bureau Transfusiereacties in Patiënten (TRIP) en het Landelijk Onderzoek Prevalentie Decubitus (LOPD), sterk is gestegen. Dergelijke projecten blijken door gezamenlijke registratie en

3. SPECIFIEKE AANDOENINGEN OF INGREPEN

	beschikbaar of bekend	gemiddeld	mediaan	minimum	maximum	totaal
ZWANGERSCHAP						
- percentage keizersneden	90%	22,9	22,8	13,4	37,7	124.353
- VOKS*-percentiel	34%	39,6	33,5	2,0	98,0	
- percentage keizersneden in perinatologisch centrum (WBMV**)	60%	25,2	25,2	18,9	32,8	10.386
- percentage keizersneden in perinatologisch centrum (niet-WBMV)	100%	20,5	20,7	16,8	25,3	22.617
- percentage keizersneden in tweede lijn	93%	23,3	23,0	13,4	37,7	75.697
- gemiddelde VOKS-score in perinatologisch centrum (WBMV)	30%	6,7	9,0	2,0	9,0	
- gemiddelde VOKS-score in perinatologisch centrum (niet-WBMV)	53%	35,0	34,5	13,0	52,7	
- gemiddelde VOKS-score in tweede lijn	30%	46,0	37,0	2,3	98,0	
DIABETES MELLITUS						
- geïntegreerde diabeteszorg	68%					
- gemiddelde HbA1c	22%	7,5	7,5	6,7	8,0	1.179.988
- oogheelkundige controle (percentage patiënten)	14%	65,7%	79,9%	19,7%	100,0%	17.484
HARTFALEN						
- hartfalenpoli	77%					
- heropname hartfalen <75 jaar (percentage patiënten)	39%	9,7%	9,5%	0,0%	23,5%	3.570
- heropname hartfalen 75 jaar en ouder (percentage patiënten)	39%	10,8%	9,3%	0,0%	32,8%	4.478
ACUUT MYOCARDINFARCT (AMI)						
- ziekenhuissterfte AMI <65 jaar	26%	3,9%	3,6%	0,0%	13,3%	3.405
- ziekenhuissterfte AMI 65 jaar en ouder	26%	15,0%	16,2%	3,1%	27,6%	3.884
- ziekenhuissterfte AMI geen leeftijdsonderscheid	11%	11,0%	10,7%	5,4%	16,9%	3.501
- 90 dagen sterfte AMI <65 jaar	17%	4,4%	3,6%	1,5%	11,4%	1.712
- 90 dagen sterfte AMI 65 jaar en ouder	17%	15,2%	14,7%	6,5%	25,5%	2.339
- 90 dagen sterfte AMI geen leeftijdsonderscheid	6%	12,6%	13,2%	8,9%	15,5%	1.295
CEREBROVASCULAIR ACCIDENT (CVA)						
- strokeservice/unit	93%					
- sterfte ischemisch CVA <65 jaar	30%	5,9%	4,9%	0,0%	22,2%	2.520
- sterfte ischemisch CVA 65 jaar en ouder	30%	15,7%	14,2%	7,4%	28,4%	6.043
- sterfte hemorragisch CVA <65 jaar	30%	20,9%	20,0%	0,0%	44,4%	573
- sterfte hemorragisch CVA 65 jaar en ouder	30%	37,6%	40,0%	12,9%	61,1%	217
HEUPFRACTUUR						
- percentage <24 uur geopereerd	59%	79,0%	80,9%	33,6%	100,0%	6.644
MAMMATUMOR						
- mammapoli	78%					
- percentage diagnose <5 dagen	31%	89,9%	94,7%	22,6%	100,0%	15.431

* VOKS = verloskundige onderlinge kwaliteitsspiegeling

** WBMV = Wet bijzondere medische verrichtingen

De resultaten van het eerste meetjaar van de prestatie-indicatoren bij specifieke aandoeningen of ingrepen.

informatie-uitwisseling een belangrijke bijdrage te leveren aan de patiëntveiligheid.

Een ander punt zijn de innovatieprojecten. Veel ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren, soms als eigen kwaliteitsproduct, soms als gesubsidieerd onderzoeksproject, vernieuwingen aangebracht in het patiëntenmanagement. Voorbeelden daarvan zijn de acute pijnservice, de geïntegreerde diabetespolikliniek, de hartfalenpolikliniek, de strokeservice/stroke-unit en de mammapolikliniek.

De gegevens om de effecten van deze vernieuwingen te evalueren ontbreken vaak (*figuur*).

Meer dan de helft van de ziekenhuizen zegt over een acute pijnservice te beschikken, maar 11 procent meet ook daadwerkelijk gestandaardiseerd de postoperatieve pijn.

Bijna 70 procent van de ziekenhuizen biedt geïntegreerde diabeteszorg aan, maar 22 procent is in staat een gemiddelde HbA1c-waarde te leveren. Afzonderlijke cijfers voor de twee te onderscheiden typen diabetes heeft vrijwel geen enkel ziekenhuis beschikbaar, terwijl dit bij uitstek geschikt is voor de evaluatie van het effect van de geïntegreerde diabeteszorg.

Van de ziekenhuizen levert 30 procent cijfers over één van de belangrijke parameters om het effect van een hartfalenpolikliniek te meten (zoals veel ziekenhuizen zelf aangeven), te weten het percentage heropnamen.

Een evaluatie van de strokeservice en stroke-unit door het registreren van mortaliteit ontbreekt in 75 procent van de ziekenhuizen.

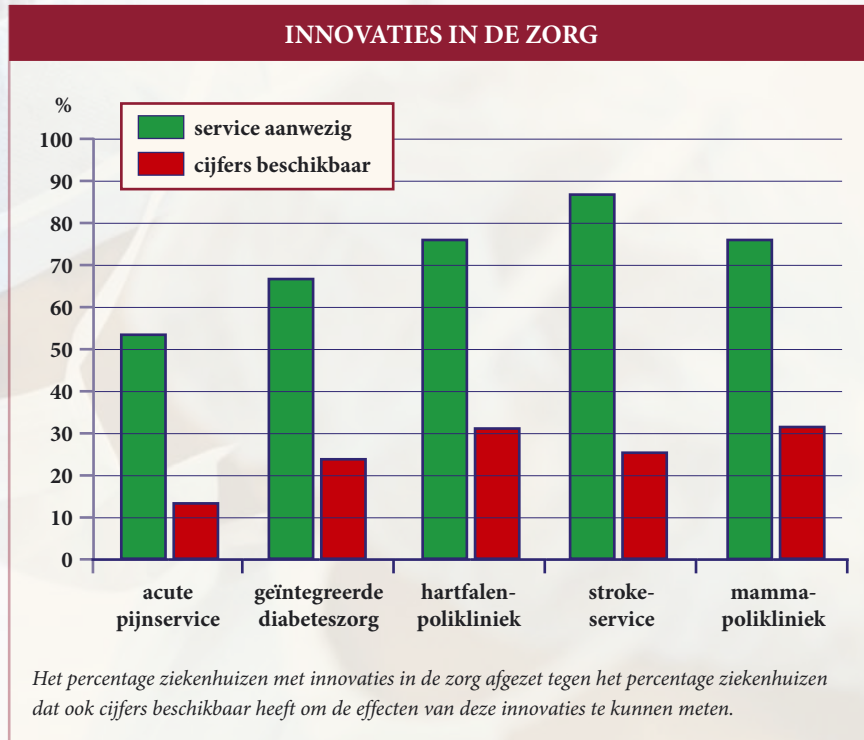
De exacte gegevens over één van de belangrijke doelstellingen van de mammapolikliniek: een snelle diagnose

De inspectie beoogt geen 'tophonderd' maar verantwoorde zorg in elk ziekenhuis

bij het merendeel van de patiënten, zijn in veel ziekenhuizen niet bekend.

BURGER EN PATIËNT

Door het publiceren van de resultaten van de prestatie-indicatoren op de eigen website bieden ziekenhuizen meer openheid dan eerder het geval was. Dit betekent voor de burger - en



dus de toekomstige of huidige patiënt - dat het met behulp van deze gegevens op onderdelen mogelijk is een keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis of zich nader te oriënteren voordat zij een dergelijke keuze maken. Voorbeelden daarvan zijn de indicatoren met betrekking tot voorzieningen als de pijnservice, de geïntegreerde diabeteszorg, de hartfalenpolikliniek, de strokeservice en de mammapolikliniek.

Ook gegevens over ervaring van ziekenhuizen met risicovolle (operatieve) ingrepen die de patiënt moet ondergaan, zijn voor het maken van een keuze waar deze ingreep te ondergaan van groot belang.

Hoewel de burger wellicht het liefst zou willen beschikken over een rangorde van ziekenhuizen, zal de inspectie een dergelijke 'tophonderd' niet opstel-

len; haar doel is namelijk niet gericht op het aanbrengen van onderscheid tussen 'goede' en 'niet-goede' ziekenhuizen, maar op het bewerkstelligen dat de burger veilige en verantwoorde zorg krijgt in elk ziekenhuis. In de media zijn het afgelopen jaar enkele artikelen met rangorden van ziekenhuizen verschenen, mede op basis van de gegevens over de

prestatie-indicatoren die op de ziekenhuiswebsites zijn te vinden. Daar deze lijsten elkaar tegenspreken, omdat er op verschillende criteria wordt gerangschikt, leveren deze publicaties eerder meer dan minder verwarring op. En ze dragen zeker niet bij aan de gewenste openheid.

MINISTER EN BELEIDSMAKERS

De overheid krijgt de beschikking over een objectieve monitor van de kwaliteit die haar in staat stelt beleid te evalueren en beleidsbeslissingen te baseren op harde gegevens over de gezondheidszorg. In dat verband is het bijvoorbeeld belangrijk voor de overheid te weten dat ten aanzien van zorginformatie en communicatietechnologie in ziekenhuizen in 2003 nog een grote achterstand bestond. Zo zal het door de overheid gewenste voornemen het geautomatiseerd patiëntendossier per 1 januari 2006 in te voeren nog vele inspanningen vergen.

Ook de resultaten die wijzen op de hiervoor genoemde matige evaluatie door ziekenhuizen van uitkomsten van innovatieve projecten, ten dele door de overheid gesubsidieerd, zijn belangrijke parameters in het sturingsbeleid van diezelfde overheid.

VELDNORM

De IGZ trekt vooralsnog geen zware conclusies met betrekking tot haar toezicht uit de bevindingen tijdens dit eerste meetjaar. Toch zijn er al enkele >>

SAMENVATTING

- De scores van de prestatie-indicatoren 2003 laten zien dat met deze methodiek de veiligheid en kwaliteit van ziekenhuiszorg in kaart kan worden gebracht.
- Een van de opvallendste conclusies is dat over een aantal belangrijke aspecten van de zorg nog weinig wordt geregistreerd. Daardoor kunnen de effecten van vernieuwingen in de zorg onvoldoende worden geëvalueerd.
- De prestatie-indicatoren zijn een belangrijk hulpmiddel voor de inspectie om toezicht te houden op naleving van de Kwaliteitswet.
- Evenzeer kan met deze benadering de burger worden ondersteund om gefundeerd te kiezen.
- De overheid krijgt mogelijkheden haar beleid systematisch te evalueren en het ziekenhuis en de daarin werkzame professionals krijgen zicht op de eigen prestaties.

Een link naar de site van de prestatie-indicatoren en het genoemde rapport vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

<< voor de hand liggende consequenties te trekken. Als 80 procent of meer van de ziekenhuizen gegevens registreert of een voorziening beschikbaar heeft, kan dit als een veldnorm worden beschouwd. Dat betekent dat de inspectie ziekenhuizen die niet aan deze normen voldoen, hierop zal aanspreken. Dat geldt ook voor ziekenhuizen die achterblijven, 'onderpresteren' in de naleving van (evidence-based) richtlijnen en veldnormen. De inspectie zal dan nader onderzoek verrichten naar de achtergronden van de achterblijvende resultaten.

Het is opmerkelijk dat de ziekenhuizen weinig inzicht hebben in het effect



Gegevens over ervaring van ziekenhuizen met risicovolle (operatieve) ingrepen, zijn van groot belang voor de keuze waar deze ingreep te ondergaan.

van hun eigen innovaties, zoals een geïntegreerde diabetespolikliniek, een hartfalenpolikliniek, een mammapolikliniek en acute pijn- en strokeservice. Uitkomsten hiervan zijn er onvoldoende of worden onvoldoende benut. De grote variatie in de resultaten van ziekenhuizen die deze gegevens wel beschikbaar hebben, maakt duidelijk dat alleen het opzetten van een voorziening, zoals een polikliniek voor categoriale patiënten, niet voldoende is om het doel te bereiken, maar dat daarvoor bewust beleid, gebaseerd op bruikbare eigen gegevens noodzakelijk is. Ook hieraan zal de inspectie aandacht besteden.

TOEKOMST

Dit is het eerste jaar dat de inspectie de indicatoren als kwaliteitsverantwoording naar de geest van de Kwaliteitswet bij haar toezicht betreft. Zowel voor de inspectie als voor de ziekenhuizen is er sprake van een groei- en ontwikkelingsproces om met behulp van dit systeem tot een beproefde en vooral systematische verantwoordings- en toezichtmethodiek te komen. De conclusie uit de resultaten van het eerste meetjaar 2003 is gewettigd dat indicatoren bruikbaar zijn

als 'meetlat' bij het toezicht. De inspectie zal daarom de komende jaren samen met praktijk en wetenschap de kinderziekten en onvolkomenheden van de indicatorbenadering aanpakken en zo voortgaan op de ingeslagen weg naar toenemende transparantie, dat alles gericht op het permanent verhogen van veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van de gezondheidszorg. ■

J. Haec,
internist, intensivist

dr. A. L. den Ouden,
arts-epidemioloog

J.M.J. van den Berg,
arts

mr. M.E.W.H. Joosten

Inspecteurs voor de curatieve somatische gezondheidszorg

P.A.W. Edgar,
arts MBA, Hoofdinspecteur

prof. dr. J.H. Kingma,
Inspecteur-generaal

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Correspondentieadres: prestatie-indicatoren@igz.nl

Referenties

- 'Het resultaat telt'. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Mei 2005.
- Orde: Prestaties ziekenhuizen en medisch specialisten voor het eerst op een rij. Medisch specialisten en ziekenhuizen willen beter zichtbaar maken wat ze doen én de manier waarop ze dit doen. Medisch Contact 2004; 59 (23): 966.
- Presteren in de gezondheidszorg. Zijn prestatie-indicatoren het nieuwe speeltje van de inspectie, zoals de hoofdredacteur van Medisch Contact onlangs schreef? J.H. Kingma. Medisch Contact 59 (19): 769.
- Werken aan verbetering. Vanaf volgend jaar zullen de ziekenhuizen het publiek informeren over hun prestaties. Zij doen dat aan de hand van een basisset prestatie-indicatoren, opgesteld door de inspectie enerzijds en de koepels van medisch specialisten en ziekenhuizen anderzijds...Y. Meijerink c.s. Medisch Contact 2003; 58 (40): 1531-4.
- Leren van cijfers. Als in een ziekenhuis veel keizersneden worden verricht, zegt dat weinig over de gezondheid van moeder en kind. Het kan wel een signaal zijn dat te snel tot de ingreep wordt besloten, met alle risico's van dien. Een voorbeeld van een bruikbare indicator. M. Berg c.s. Medisch Contact 2003; 58 (40): 1535-8.
- Inspectie vraagt om uitkomstindicatoren. De inspectie zal nog dit jaar alle algemene ziekenhuizen vragen hun prestaties openbaar te maken aan de hand van een beperkt aantal indicatoren. Op 23 april en 25 juni vonden ter voorbereiding daarvan ten huize van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. J.H. Kingma Medisch Contact 2003; 58 (30/31): 1184.
- Langs de meetlat. De inspectie komt met de eerste prestatie-indicatoren van ziekenhuizen. J. Haec c.s. Medisch Contact 2004; 59 (32/33): 1254-7.