

Indicatoren 2009

Elk jaar wordt er aan de ziekenhuizen gevraagd om gegevens aan te leveren voor kwaliteitsindicatoren. Deze indicatoren worden onder andere gebruikt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg om toezicht te houden op de ziekenhuizen maar ook door andere organisaties, zoals KiesBeter, om patiënten informatie te geven die kan helpen bij het maken van een keus voor een ziekenhuis. De indicatoren die een beeld geven van verschillende aspecten van het ziekenhuis zijn de prestatie-indicatoren en de Zichtbare Zorg indicatoren. Deze prestatie-indicatoren zijn terug te vinden op de website www.ziekenhuizen transparant.nl en de Zichtbare Zorg indicatoren zijn op te vragen via de website van Zichtbare Zorg (www.zichtbarezorg.nl).

In dit document worden de voor het NKI-AVL relevante prestatie-indicatoren en Zichtbare Zorg indicatoren weergegeven met daarbij de antwoorden van het NKI-AVL en waar nodig een toelichting.

Prestatie-indicatoren

1. Decubitus

Achtergrond

Onder decubitus wordt verstaan iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk-, schuif- en wrijfkrachten, of een combinatie daarvan (CBO, 2002). Vooral patiënten die vanwege hun ziekte lang op bed moeten liggen kunnen hier last van krijgen. Het is echter goed te voorkomen door het nemen van een aantal preventieve maatregelen en het tijdig opsporen van patiënten die een verhoogd risico op het krijgen van decubitus hebben.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen naar het aantal patiënten met decubitus graad 2 tot en met 4 op een vast tijdstip in het jaar. Op 4 december 2009 hebben de decubitus consulenten van het NKI-AVL alle 107 op dat moment opgenomen patiënten onderzocht volgens een landelijk protocol. Van deze 107 patiënten hadden er 3 decubitus graad 2 tot en met 4. Dat komt neer op een puntprevalentie (aanwezigheid van decubitus op een vast moment) van 2,8%.

De resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd aan de afdelingen en besproken met de staf en manager. Daarnaast wordt er gekeken naar verbeterpunten of aanpassingen..

De prestatie-indicatoren vragen ook naar het vóórkomen van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangings. Het NKI-AVL doet echter geen totale heupvervangingen en heeft hier dus geen cijfers over.

2. Ondervoeding

Achtergrond

Als je ziek bent heb je vaak minder eetlust. Als je een lange tijd te weinig voedingsstoffen binnenkrijgt kan je ondervoed raken. Ondervoeding kan leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde kans op sterven na een operatie en een langere ligduur. Omdat de energiemetabolisme verandert ten gevolge van ziekte, waardoor het lichaam minder efficiënt gebruik maakt van energiebronnen, en het lichaam bij ziekte in verhouding meer spiermassa afbreekt, heeft het lichaam meer behoefte aan eiwit. Als patiënten met ondervoeding vroegtijdig opgespoord worden, kunnen er op tijd preventieve maatregelen ingezet worden.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen of ziekenhuizen een screeningsmethode hebben voor het opsporen van ondervoeding bij patiënten. Het NKI-AVL hanteert hiervoor de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) vragenlijst. Scoort de patiënt 3 punten op deze vragenlijst, dan wordt een diëtist ingeschakeld en wordt er bepaald wat een patiënt binnen zou moeten krijgen en hoe.

De prestatie-indicatoren vragen ook naar het aantal 'matig' en het aantal 'ernstig' ondervoede patiënten in 2009. Het NKI-AVL scoort in principe elke patiënt die opgenomen wordt met de SNAQ vragenlijst. Er is alleen nog geen complete digitale registratie van deze gegevens beschikbaar waardoor de gevraagde gegevens niet aan te leveren zijn.

De prestatie-indicatoren vragen ook naar het aantal ernstig ondervoede patiënten met een adequate eiwitname op de 4^e opnamedag. Deze informatie is ook nog niet digitaal beschikbaar. Patiënten die ernstig ondervoed staan worden echter nauwkeurig gevolgd door de diëtisten.

De prestatie-indicatoren vragen ook naar de behandeling van ernstig ondervoede patiënten die een totale heupvervangingsoperatie hebben ondergaan en naar de behandeling van ondervoede kinderen. Het NKI-AVL doet echter geen totale heupvervangingsoperaties en behandelt geen kinderen.

3. Medicatieveiligheid

Achtergrond

In het hele proces van voorschrijven, gereedmaken, ter hand stellen en toedienen van medicatie kunnen veel fouten voorkomen. Zo ook bij de specifieke groep van medicatie, cytostatica genaamd. Voordat cytostatica aan een patiënt wordt gegeven moet dus gecheckt worden of het proces goed is doorlopen.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen om een steekproef te nemen uit aanvraagformulieren van cytostatica en om te checken of deze aanvraagformulieren compleet zijn ingevuld. In het NKI-AVL is de afspraak dat alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling worden genomen. Als een aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, wordt de aanvragend arts eerst gevraagd om het compleet te maken. De prestatie-indicatoren vragen ook of een apotheker de cytostatica vrijgeeft voordat ze de apotheek verlaten. In het NKI-AVL doet de apotheker dat voor een deel van de cytostatica wel. Voor gestandaardiseerde kuren is deze taak ook gedeeltelijk gedelegeerd aan apothekersassistenten. In het NKI-AVL, als kankerinstituut, is het vrijgeven van cytostatica aan de orde van de dag en hebben de apothekersassistenten hier veel ervaring in.

4. Zorg ICT

Achtergrond

Jaren geleden heeft de ICT zijn intrede gedaan in de ziekenhuizen. Het is echter een flinke klus om alle processen te laten ondersteunen door ICT, dus er wordt ook nog het één en ander op papier gedaan. Er wordt echter jaarlijks op verschillende gebieden continue vooruitgang geboekt. ICT kan verschillende problemen oplossen als onleesbare handschriften van artsen, formulieren die kwijtraken of medische statussen die even niet op de juiste plek liggen en heeft daarmee een positieve uitwerking op het zorgproces.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen of verschillende elektronische gegevens van patiënten beschikbaar zijn op zowel de polikliniek als de kliniek. In het AVL zijn zeer veel medische gegevens elektronisch beschikbaar op beide afdelingen. Het gaat om gegevens als administratieve basisgegevens, laboratoriumgegevens, radiologieverslagen en de radiologische beelden zoals MRI scans. Maar ook alle klinische medicatie wordt digitaal vastgelegd. Alleen medicatiegegevens van poliklinisch voorgeschreven medicatie worden nog op papier vastgelegd. Het NKI-AVL is hier echter wel mee bezig om dit laatste deel ook te digitaliseren.

De prestatie-indicatoren vragen ook of bepaalde procesondersteunende ICT beschikbaar is op de polikliniek en in de kliniek. Het NKI-AVL beschikt over een aantal procesondersteunende ICT systemen, zoals een multidisciplinair patiëntplanning systeem, orderplaatsingen bij het laboratorium en aanvragen bij de radiologie. Andere procesondersteunende ICT systemen, zoals een digitale medische of verpleegkundige intake, zijn nog niet beschikbaar. Het NKI-AVL werkt hier echter wel aan. Het zogeheten Elektronisch Patiënten Dossier is speerpunt voor de organisatie om in de komende paar jaar te realiseren. Met de invoering daarmee zal alle medische informatie digitaal beschikbaar zijn en wordt er geen gebruik meer gemaakt van papier. Als laatste werkt het NKI-AVL ook hard aan het opzetten van een portal waarin de patiënten zelf via internet op een eigen pagina hun eigen gegevens (als afspraken en voorlichtingsinformatie) kunnen bekijken.

5. Ziekenhuisinfecties

Achtergrond

Patiënten die recent chemotherapie en/of bestraling hebben gehad, kunnen vanwege hun zwakke weerstand makkelijk infecties oplopen in het ziekenhuis. Met name bij zogeheten invasieve ingrepen (snijdende ingrepen inclusief injecties en het inbrengen van lichaamsvreemd materiaal) is het risico groot. Maar ook de aandoening van de patiënt, het soort ingreep en de ziekenhuishygiëne spelen een rol. Als ziekenhuisinfecties worden opgespoord, geregistreerd en geanalyseerd kunnen deze gegevens gebruikt worden om te proberen het aantal ziekenhuisinfecties te verminderen.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen of ziekenhuizen middels incidentie- (hoe vaak komt het voor in een jaar) en/of prevalentie- (hoe vaak komt het voor op één vast moment)-metingen doen voor verschillende soorten ziekenhuisinfecties, te weten: postoperatieve wondinfecties, wondinfecties na hartchirurgie, centrale lijn gerelateerde sepsis (bloedvergiftiging), beademing gerelateerde longontsteking (pneumonie) en blaaskatheter gerelateerde infecties. Het NKI-AVL heeft gekozen voor een prevalentie-meting van de genoemde soorten ziekenhuisinfecties. Daarnaast worden centrale lijn gerelateerde sepsis en blaaskatheter gerelateerde infecties continu opgespoord. Het NKI-AVL is ook bezig met het ontwikkelen van een incidentiemeting voor postoperatieve wondinfecties. In het NKI-AVL worden geen hartchirurgische ingrepen verricht.

De prestatie-indicatoren vragen ook of er maatregelen zijn getroffen naar aanleiding van de uitkomsten van de incidentie- en/of prevalentie-metingen. Naar aanleiding van de blaaskatheter gerelateerde infecties zijn er patiëntspecifieke maatregelen genomen en wordt het urologisch protocol nu ook toegepast op andere patiënten.

6. Complicatieregistratie

Achtergrond

Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is, dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade (IGZ, 2008). Door deze complicaties te registreren kunnen analyses gedaan worden en maatregelen getroffen worden om ze te voorkomen in de toekomst.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen om van elk specialisme aan te geven of deze een complicatieregistratie heeft en of deze gebruikt wordt in de teambesprekingen. In het NKI-AVL hebben vrijwel alle specialismen een complicatieregistratie. Deze wordt soms regelmatig, soms ad hoc gebruikt. Het gebruik van deze complicatieregistraties wordt nog verder verbeterd.

7. Pijn na een operatie

Achtergrond

Voor het welbevinden van patiënten en voor het genezingsproces is het belangrijk om de pijn van de patiënt te bestrijden. De mate van pijn die een patiënt ervaart kan gemeten worden door de patiënt te vragen om de pijn te beoordelen met een cijfer van 0 (geen pijn) tot 10 (ergste pijn die je je voor kan stellen). Het maakt daarbij niet uit of de ene patiënt een hogere pijngrens heeft dan een andere patiënt; het gaat om de ervaring van elke patiënt op zich. Als regelmatig naar dit pijncijfer wordt gevraagd leidt dit tot een effectievere pijnbestrijding.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen of de ziekenhuizen een registratiesysteem voor pijnmetingen hebben en zo ja, wat het percentage is van klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting heeft plaatsgevonden op de verkoever en het percentage klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting heeft plaatsgevonden op de verpleegafdeling. In het NKI-AVL is bij 85,7% van de operatiepatiënten in de verkoeverkamer het pijncijfer systematisch gemeten. Op de verpleegafdelingen was dit 70,7%.

Daarnaast vragen de prestatie-indicatoren naar het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een pijnscore boven de 7 aangaven. Dit was in het NKI-AVL in 2009 6,5%.

De pijnmetingen worden continu geëvalueerd. Voor de patiënten met chronische pijn zijn er gespecialiseerde pijnartsen in dienst van het NKI-AVL.

8. Volume van risicovolle interventies

Achtergrond

Het uitvoeren van risicovolle interventies (operaties) kan ernstige complicaties met zich meebrengen. Bij technisch gecompliceerde handelingen geldt dat hoe vaker de operatie wordt uitgevoerd, hoe kleiner de kans is dat de complicaties optreden. Voor wat betreft oesophaguscardiarsecties (operaties aan de slokdarm) is gesteld dat een ziekenhuis er minimaal 10 moet doen.

Indicator

Het NKI-AVL ziet jaarlijks veel patiënten voor de multidisciplinaire behandeling van slokdarmkanker (meer dan 100 per jaar). Een klein deel van deze patiënten komt in aanmerking voor een operatie. In 2009 zijn 12 oesophaguscardiaresecties uitgevoerd. Het NKI-AVL groeit in het aantal slokdarmoperaties per jaar: tot en met september 2010 zijn 18 slokdarmresecties uitgevoerd. Hierbij zijn geen patiënten overleden. Deze operaties worden uitgevoerd door een vast team van 3 chirurgen.

De prestatie-indicatoren vragen ook om het aantal patiënten die geopereerd zijn voor een aneurysma van de abdominale aorta. Het NKI-AVL voert deze operaties niet uit.

Nummer 9 is niet toegekend aan een indicator.

10. Colorectale operaties

Achtergrond

Patiënten die geopereerd worden aan dikke darmkanker hebben een kans om binnen dertig dagen opnieuw geopereerd te moeten worden. Zo'n tweede operatie noemen we een re-operatie. Een re-operatie is nodig omdat de behandeling zo complex is dat deze niet in een keer uit te voeren is. Door een operatie in twee of meerdere stappen uit te voeren, is er een beter resultaat te behalen. Een re-operatie kan ook nodig zijn omdat er complicaties zijn opgetreden. De kans op complicaties gaat omhoog als de operatie complexer wordt, bijvoorbeeld bij grotere tumoren en tumoren die ingroeien in andere organen. Als de patiënt voorafgaand aan de operatie een chemokuur heeft gehad of is bestraald, is de kans op complicaties bij een operatie ook groter. Verder is bekend dat bij operaties die worden uitgevoerd om te voorkomen dat de kanker terugkomt, de kans op complicaties ook vaker voorkomt.

Het NKI-AVL behandelt patiënten met dikke darmkanker in diverse stadia van de ziekte. In de praktijk blijkt het NKI-AVL vooral een nationaal verwijscentrum te zijn dat de meer complexe behandelingen verricht. De patiënten die in ons instituut aan dikke darmkanker worden geopereerd, hebben veelal grote tumoren of hebben uitzaaiingen van dikke darmkanker.

Indicator

Het aantal onbedoelde re-operaties voor dikke darmkanker was 10,1 procent in 2009. Dit is inclusief de operaties welke zijn verricht na voorbehandeling met chemo- en/of radiotherapie. Voor de operaties welke werden uitgevoerd voor uitzaaiingen van dikke darmkanker was dit 30 procent. Deze laatste groep patiënten hebben bijna allemaal chemo- en/of radiotherapie gehad, soms zelfs tijdens de operatie.

Om de kwaliteit van zorg rondom dikke darmkankeroperaties te verbeteren, moet er meer inzicht komen in de factoren die leiden tot (on)gewenste uitkomsten van zorg. Hiertoe is de *Dutch Surgical Colorectal Audit* opgericht. Hierbij kunnen ziekenhuizen in Nederland op een eenduidige manier gegevens registreren van uitgevoerde dikke darmkankeroperaties. Deze gegevens kunnen vervolgens gebruikt worden voor analyses om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Van alle patiënten die voor het eerst een tumor in het colorectale gebied hadden zijn in 2009 door het NKI-AVL gegevens aangeleverd aan de DSCA, 100% dus. Het gaat hier om 68 patiënten.

11. Afgezegde operaties

Achtergrond

Operaties die door een ziekenhuis afgezegd worden kunnen leiden tot fysieke en emotionele problemen. Dit moet dus zoveel mogelijk voorkomen worden.

Indicator

De prestatie-indicatoren vragen om het percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor de operatie. In het NKI-AVL is 1,92% van de operaties binnen 24 uur voor de start van de operatie afgezegd. Als dit gebeurt, is dit (uiteraard) vanwege onvoorziene omstandigheden.

12. Intensive Care

Achtergrond

Op een Intensive Care afdeling (IC) worden patiënten opgenomen bij wie één of meerdere vitale functies, zoals bloeddruk en hartslag, gestoord of ernstig bedreigd zijn, of bij wie beademing noodzakelijk is. In het NKI-AVL dragen de anesthesiologen zorg voor patiënten op de Intensive Care. De meerderheid van de anesthesiologen is geregistreerd intensivist, een medisch specialist die zich

verder gespecialiseerd heeft in het behandelen van patiënten op een IC afdeling. De Intensive Care van het AVL biedt hoog gespecialiseerde zorg aan oncologische patiënten. Op de IC van het AVL vindt geen nierfunctievervangende therapie plaats. De IC heeft een samenwerkingsverband met de IC van het OLVG zodat nierfunctievervangende therapie op de IC van het OLVG plaats kan vinden. Om te evalueren of de zorg die aan IC patiënten geleverd wordt van goede kwaliteit is werkt het NKI-AVL mee aan de NICE. De NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie) is een stichting die geanonimiseerde gegevens verzamelt van patiënten op IC afdelingen in Nederland. Hiermee wordt een database gemaakt en deze wordt gebruikt voor analyses om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Indicatoren

De prestatie-indicatoren vragen naar het niveau van de IC en naar de 24-uurs beschikbaarheid van een intensivist. Het NKI-AVL heeft een IC van niveau 1 en beschikte over 4,4 FTE intensivisten in 2009. Een intensivist is niet 24 uur per dag aanwezig, maar wel oproepbaar buiten werktijden. De prestatie-indicatoren vragen ook of de ziekenhuizen gegevens aanleveren aan de stichting NICE. Het NKI-AVL doet dat.

13. Zwangerschap

Deze indicatoren zijn niet van toepassing op het NKI-AVL.

14. Diabetes mellitus

Deze indicatoren zijn niet van toepassing op het NKI-AVL.

15. Cardiologie

Deze indicatoren zijn niet van toepassing op het NKI-AVL.

16. Cerebrovasculair Accident (CVA)

Deze indicatoren zijn niet van toepassing op het NKI-AVL.

17. Heupfractuur

Deze indicatoren zijn niet van toepassing op het NKI-AVL.

18. Mammacarcinoom

Achtergrond

Borstkanker, als iedere kanker, is een grote schrik en belasting voor een patiënt. Er zijn vele verschillende behandelingsmogelijkheden. Al deze factoren vragen om een optimale organisatie om de patiënten optimaal, vlot en met alle grip te behandelen. Gespecialiseerde poliklinieken, multidisciplinaire overleggen en zogeheten zorgpaden zijn hier een goed voorbeeld van. Daarnaast is ook voor de optimale kansen voor de patiënten met borstkanker (genezing, cosmetisch resultaat, weinig complicaties, etc.) van belang dat de chirurg die de operaties uitvoert ervaren is. Uit onderzoek is gebleken dat een chirurg minimaal 20, maar het liefst 50, ingrepen per jaar zou moeten uitvoeren. Het is daarom vereist dat één of enkele chirurgen zich specialiseren in borstkankeroperaties.

Indicator

Eén van de prestatie-indicatoren van de IGZ vraagt om het percentage chirurgen dat borstkankeroperaties heeft uitgevoerd in het verslagjaar. In het NKI-AVL waren er in 2009 11 chirurgen waarvan er 3 borstkankeroperaties uitvoerden. Daarnaast was er nog een tijdelijke chirurg in 2009, waardoor het aantal chirurgen dat borstkankeroperaties uitvoerde in 2009 op 4 komt. Het percentage is dan 36,36%.

Daarnaast vragen de prestatie-indicatoren bij hoeveel patiënten borstkanker chirurgisch is behandeld. Voor het NKI-AVL waren dit in 2009 415 patiënten. De 4 chirurgen hebben ieder dus gemiddeld ruim 100 borstkankeroperaties gedaan in 2009.

De prestatie-indicatoren vragen ook het percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie van een kwaadaardige tumor (1) en naar het percentage patiënten bij wie niet bekend is of er kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie van een kwaadaardige tumor (2). In het NKI-AVL is het percentage patiënten waarbij kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie (indicator 1) 2,42%. Het percentage patiënten waarbij niet bekend is of er kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie (indicator 2) is 0,61%.

Tenslotte vragen de prestatie-indicatoren of het verslag van het multidisciplinaire overleg (MDO) voor de operatie beschikbaar is in het ziekenhuisinformatiesysteem en of het verslag van het multidisciplinaire overleg (MDO) na de operatie beschikbaar is in het ziekenhuisinformatiesysteem. In het NKI-AVL is het verslag van het MDO voor de operatie beschikbaar in het elektronische ziekenhuisinformatiesysteem. Het verslag van het MDO na de operatie is niet in het elektronische ziekenhuisinformatiesysteem beschikbaar, maar wordt wel opgenomen in de medisch status van de patiënt. Aangezien in het NKI-AVL met één status per patiënt wordt gewerkt, hebben alle betrokken specialisten altijd toegang tot deze informatie.

19. Cataract

Deze indicatoren zijn niet van toepassing op het NKI-AVL.

20. Kinderchirurgie

Deze indicatoren zijn niet van toepassing op het NKI-AVL.

21. Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

Achtergrond

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist. Het functioneren van de medisch specialist moet daarom geëvalueerd worden. Hiervoor zijn twee methodes beschikbaar: het jaargesprek en het systeem 'Individueel Functioneren van Medisch Specialist' (IFMS).

Indicatoren

De prestatie-indicatoren vragen om het percentage medisch specialisten dat in 2008 en 2009 aan minimaal één jaargesprek hebben deelgenomen. In het NKI-AVL is dat percentage 79,61%.

De prestatie-indicatoren vragen ook om het percentage medisch specialisten die in 2008 en 2009 aan een IFMS gesprek hebben deelgenomen. In het NKI-AVL is deze methodiek nog niet in gebruik genomen. In 2010 wordt er een aangepaste methodiek ontwikkeld die past bij multidisciplinair werken waarbij ook verbetering van de patiëntenzorg aan de orde komt.

Zichtbare Zorg indicatoren

Blaascarcinoom

1. Multidisciplinair overleg

Achtergrond

Het is de verwachting dat het voor de operatie multidisciplinair bespreken van patiënten met een spierinvasief (in de spier gegroeid) blaascarcinoom een relatie heeft met een betere kwaliteit van zorg. Hier is echter in de literatuur geen bewijs voor te vinden. Het multidisciplinair overleg (MDO) speelt bij patiënten met blaascarcinoom met name een rol bij het vaststellen van de optimale behandeling. Aan een MDO zouden minstens de volgende professionals deel moeten nemen: radiotherapeut, internist-oncoloog, uroloog.

Indicator

De indicator is de vraag of patiënten met een niet-uitgezaaid spierinvasief blaascarcinoom structureel worden besproken in een multidisciplinair overleg. In het NKI-AVL gebeurt dit wel. Onder andere de genoemde specialismen nemen hieraan deel.

2. Eenmalige spoeling 24 uur na TUR

Achtergrond

Een TUR (transurethrale resectie) is een ingreep waarbij een blaasgezwel langs de urinebuis (urethra) wordt weggesneden. De kans dat het gezwel na zo'n ingreep terugkomt, is nog steeds vrij hoog. De kans dat het gezwel terugkomt wordt verkleind door de blaas na de ingreep binnen 24 uur te spoelen met cytostatica. Hierdoor vermindert de kans op vasthechten van losgeraakte tumorcellen in de blaas.

Indicator

De indicator vraagt naar het percentage transurethrale resecties (TUR) van de blaas, waarna een eenmalige blaasspoeling met een cytostaticum binnen 24 uur is gegeven bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom (een blaasgezwel die niet in de spier gegroeid is). Voor het NKI-AVL was in 2009 dit percentage 64,29%. Veel van de patiënten die in ons ziekenhuis een TUR ondergingen

werden eerder bestraald en kregen daarom geen spoeling. Dit maakt dat deze cijfers niet goed vergelijkbaar zijn met cijfers uit een ander ziekenhuis. Het nut van het spoelen van de blaas nadat er ook eerst bestraling is gegeven, is nog niet bewezen.

3. Aantal cystectomieën per ziekenhuis

Achtergrond

Er zijn aanwijzingen voor de aanname dat er minder patiënten van een ziekenhuis overlijden als er meer ervaring is in het doen van cystectomieën (verwijdering van de urineblaas). Sinds kort kunnen alle cystectomieën centraal in een online database worden bijgehouden en heeft de uroloog dus een overzicht over het aantal ingrepen dat hij doet in vergelijking met de rest van Nederland.

Indicator

De indicator vraagt hoeveel cystectomieën de ziekenhuizen in 2009 hebben uitgevoerd. In het NKI-AVL zijn er 55 uitgevoerd.

4. Mortaliteitsregistratie na behandeling voor invasief blaascarcinoom

Achtergrond

Per jaar wordt bij ongeveer 1300 patiënten de diagnose invasief blaascarcinoom gesteld (bron: www.vikc.nl). Voor de patiënt is de belangrijkste vraag bij het horen van de diagnose blaascarcinoom wat zijn/haar overlevingskansen zijn. In Nederland wordt van alle mensen bij wie kanker wordt vastgesteld gegevens geregistreerd in de Nederlandse kankerregistratie. Alle ziekenhuizen in Nederland doen aan die registratie mee. Het gaat om gegevens uit medische dossiers, zoals de ziekte, de behandelingen, het verdere verloop, naam en geboortedatum. Omdat dit privacygevoelige gegevens zijn, worden ze zorgvuldig afgeschermd. De gegevens worden in een 'versleutelde' vorm onherkenbaar gemaakt, zodat ze niet zonder meer tot één persoon te herleiden zijn. Alleen speciaal bevoegde werknemers van de integrale kankercentra hebben toegang tot deze gegevens. Zij hebben geheimhoudingsplicht. De gegevens uit de kankerregistratie worden meestal jaarlijks teruggekoppeld aan de deelnemende ziekenhuizen. Deze gegevens zijn dan vaak onderdeel van het jaarverslag van specialisten.

Indicator

De indicator vraagt of de ziekenhuizen van alle patiënten met invasief blaascarcinoom mortaliteitsgegevens opvragen bij het regionale integrale kankercentrum. Het NKI-AVL doet dit wel. Vervolgens vraagt de indicator of die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld worden aan de ASA klasse (maat voor en inschatting van de algehele gezondheidstoestand van patiënten). Het NKI-AVL doet dit wel.

Tenslotte vraagt de indicator of die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld worden aan de registratie van Salvage cystectomie (een complexe vorm van cystectomie). Het NKI-AVL doet dit wel.

5. Patiëntinformatie

Achtergrond

Patiënten dienen goed geïnformeerd te worden over de aangeboden behandeling, maar ook over de eventuele alternatieven. In ziekenhuizen gebeurt dit wisselend door een gespecialiseerd verpleegkundige of door de behandelend uroloog. Door de patiënten goede voorlichting te geven kunnen angst en onzekerheid worden weggenomen en wordt zelfredzaamheid bevorderd. Voorlichting biedt de patiënt hulp om de aandoening een plaats te geven in het (dagelijks) leven. De motivatie voor een bepaalde behandeloptie kan worden versterkt door de patiënt optimaal voor te lichten.

Indicator

De indicator vraagt of het ziekenhuis schriftelijke informatie aanbiedt. Het NKI-AVL doet dit wel. Er zijn verschillende folders beschikbaar over de verschillende ingrepen die in het ziekenhuis uitgevoerd worden. Daarnaast is er schriftelijke informatie beschikbaar over de lotgenotenstichting, de stichting Waterloop. Naast schriftelijke informatie wordt er ook mondelinge informatie gegeven en is er een Voorlichtingscentrum beschikbaar.

Klantpreferentievragen

Achtergrond

Deze vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom Blaascarcinoom. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een

zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten.

Vragen

Vragen	Antwoorden NKI-AVL
Hoeveel urologen zijn er werkzaam op uw ziekenhuislocatie?	4 urologen
Uroloog met kleinst aantal behandelingen van blaascarcinoom:	100 Patiënten
Uroloog met grootst aantal behandelingen van blaascarcinoom:	110 Patiënten
Hebben patiënten met blaascarcinoom op uw locatie één vaste uroloog?	Nee
Hoe worden blaascarcinoom patiënten op uw locatie over het algemeen toegewezen aan een uroloog?	Willekeurig
Wat is de maximale wachttijd voor:	
• Eerste consult hematurie:	Minder dan 2 weken
• TUR vanaf diagnose blaastumor:	3 Weken
• Cystectomie vanaf diagnose hoogrisico blaastumor:	3 tot 4 weken
• Poliklinische nabespreking TUR:	1 week
• Poliklinische nabespreking CT scan:	1 week
• Nabespreking uitslag cystectomie:	2 weken
Op welke wijze wordt op uw locatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met blaascarcinoom:	
• Diagnose:	mondeling/schriftelijk/beeld/digitaal
• Prognose:	mondeling/schriftelijk/beeld/digitaal
• Complicaties en bijwerkingen:	mondeling/schriftelijk/beeld/digitaal
• Zorgtraject:	mondeling/schriftelijk/beeld/digitaal
• Operatie:	mondeling/schriftelijk/beeld/digitaal
• Anders, namelijk:	Stomazorg: mondeling/schriftelijk/beeld/digitaal

Mammacarcinoom

1. Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling

Achtergrond

Het doel van borstsparende therapie is het verwijderen van de tumor waarbij nagestreefd moet worden dat de gehele tumor (ruim) wordt weggehaald (radicaliteit genaamd). Bij irradicaliteit is de tumor niet voldoende (ruim) weggesneden. Een patiënt moet dan wellicht nog een keer geopereerd worden of moet meer bestraling krijgen.

Indicator

De indicator vraagt naar het percentage patiënten met irradicaliteit na eerste (borstsparende) excisie van een primair mammacarcinoom (in gangbaar Nederlands: een eerste uitsnijding van een nieuwe borsttumor). In het NKI-AVL was dit percentage in 2009 10,95%. Anders gezegd: negen van de tien patiënten heeft een zodanige borstsparende operatie ondergaan dat verdere behandeling met bestraling een heel goede genezingskans geeft in de borst.

Het lukt niet altijd om de tumor in één keer weg te halen, omdat het niet altijd duidelijk in kaart te brengen is hoe groot de tumor is (de kanker is microscopisch uitgebreider dan de mammografie of MRI laat zien of te voelen is). Het kan ook zijn dat er ook een voorstadium van borstkanker aanwezig blijkt te zijn, waardoor de kanker niet helemaal weggehaald is. Deze patiënten worden uiteraard verder behandeld in het ziekenhuis.

2. Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap/vakgroep heilkunde

Achtergrond

Er zijn aanwijzingen dat een hoger volume aan mammaoperaties per chirurg gerelateerd is aan betere kwaliteit van zorg. Dit is echter nog niet vastgesteld.

Indicator

De indicator vraagt naar het percentage leden van de maatschap/vakgroep heekunde dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van het mammacarcinoom. In het NKI-AVL waren er in 2009 11 chirurgen waarvan er 3 borstkankeroperaties uitvoerden. Daarnaast was er nog een tijdelijke chirurg in 2009, waardoor het aantal chirurgen dat borstkankeroperaties uitvoerde in 2009 op 4 komt. Het percentage is dan 36,36%.

3. Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag geopereerd is (inclusief directe reconstructie)

Achtergrond

De PA-uitslag is de uitslag van het pathologisch onderzoek, onderdeel van de diagnosestelling. Zodra deze uitslag bekend is kan vastgesteld worden welke behandelmethoden mogelijk zijn. Nadat deze uitslag bekend is moeten er een aantal dingen gebeuren: De uitslag moet meegedeeld worden aan de patiënt, de patiënt moet besproken worden in het multidisciplinaire overleg en de patiënt moet in de gelegenheid worden gesteld om een gesprek te voeren met de mammacareverpleegkundige. Daarnaast is er voor patiënten tussen het ontvangen van de diagnose en de operatie enige bedenktijd nodig om de goede beslissing voor behandeling te nemen. De wachttijd tot operatie moet echter ook niet te lang duren. Er wordt gestreefd naar een maximale periode van 4 weken tussen de PA-uitslag en de operatie.

Indicator

De indicator vraagt om het percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag geopereerd is. In het NKI-AVL is dit percentage 30%. Dat komt omdat het niet altijd de beste manier is om de tumor te lijf te gaan om dit als eerste te doen. Soms is het beter om vooraf chemotherapie of hormonale therapie te geven en volgt de operatie later. Soms moet er ook nog aanvullend onderzoek gedaan worden. Een andere belangrijke factor die bij deze indicator meespeelt is de functie van het NKI-AVL als derdelijns zorgverlener. Dit betekent dat patiënten die in een algemeen ziekenhuis gediagnosticeerd worden, doorverwezen kunnen worden naar het NKI-AVL voor specialistische behandeling. Tussen de diagnose in het algemene ziekenhuis en de uiteindelijke operatie in het NKI-AVL kan dan meer dan 4 weken zitten. De artsen van het NKI-AVL willen namelijk eerst de diagnose bevestigen en moeten daarvoor soms eigen onderzoek verrichten. Omdat deze patiënten wel meegeteld worden in het aantal in het NKI-AVL geopereerde patiënten, valt de uitkomst van de indicator lager uit.

4. Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende en ablatieve therapie

Achtergrond

Sommige tumoren in de borst kunnen op twee manieren geopereerd worden: via een totale borstampuatie (dit wordt ablatieve therapie genoemd), waarbij zeker de hele tumor weggehaald zal worden, of een borstsparende operatie, waarbij de borst behouden blijft, maar er een kans bestaat dat de tumor niet geheel weggehaald wordt en dus weer terugkomt (recidief genoemd). De keus tussen deze twee soorten operaties hangt onder andere af van het verwachte cosmetische resultaat en de kans dat de tumor terugkomt. In principe moet in een ziekenhuis de overlevingskans na een borstsparende operatie net zo goed zijn als die na een borstampuatie.

Indicator

De indicator vraagt naar het percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na borstbesparende chirurgie (1) en het percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie (2). Het eerste percentage is in het NKI-AVL 3,25% en het tweede percentage is 5%.

Klantpreferentievragen

Achtergrond

Deze vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom Mammacarcinoom. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten.

Vragen

Vragen	Antwoord NKI-AVL
Hoeveel patiënten zijn er afgelopen verslagjaar gediagnosticeerd met mammacarcinoom in uw ziekenhuislocatie?	249
Gebruikt u het voor mammacarcinoom afwijkende verslagjaar	Nee
Hoeveel mammaoperaties in het kader van	Deze gegevens kunnen door het NKI-AVL niet

verdenking op) borstkanker zijn er in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie door de chirurgen uitgevoerd?	aangeleverd worden.
Welke voorzieningen zijn op uw ziekenhuislocatie voor mammacare aanwezig?	
• Mammografie	Aanwezig
• Echografie	Aanwezig
• Cito cytologie	Aanwezig
• Histologische biopsie (echogeleide)	Aanwezig
• Stereotactische biopsie	Aanwezig
• Mamma-MRI	Aanwezig
• Pathologie	Aanwezig
• Hormoonreceptortest als routine	Aanwezig
• HER2-neu test als routine	Aanwezig
• Sentinelnode procedure	Aanwezig
• Vriescoupe	Aanwezig
• Nucleaire geneeskunde	Aanwezig
• Radiotherapie	Aanwezig
Welke diagnostische onderzoeken vinden op de eerste dag plaats en worden de uitslagen van deze onderzoeken ook standaard op de eerste dag aan de patiënt meegedeeld?	
• Lichamelijk onderzoek <ul style="list-style-type: none"> ○ Uitvoering op de eerste dag ○ Altijd op dezelfde dag aan de patiënt meegedeeld 	Ja Ja
• Mammogram <ul style="list-style-type: none"> ○ Uitvoering op de eerste dag ○ Altijd op dezelfde dag aan de patiënt meegedeeld 	Ja Ja
• Echo <ul style="list-style-type: none"> ○ Uitvoering op de eerste dag ○ Altijd op dezelfde dag aan de patiënt meegedeeld 	Ja Ja
• Cytologische punctie <ul style="list-style-type: none"> ○ Uitvoering op de eerste dag ○ Altijd op dezelfde dag aan de patiënt meegedeeld 	Ja Ja
• Histologische punctie (echogeleide) <ul style="list-style-type: none"> ○ Uitvoering op de eerste dag ○ Altijd op dezelfde dag aan de patiënt meegedeeld ○ Binnen 5 werkdagen aan de patiënt meegedeeld 	Ja Nee Ja
• Stereotactische biopsie <ul style="list-style-type: none"> ○ Uitvoering op de eerste dag ○ Altijd op dezelfde dag aan de patiënt meegedeeld ○ Binnen 5 werkdagen aan de patiënt meegedeeld 	Ja Nee Ja
Is binnen uw ziekenhuislocatie de coördinatie en afstemming tussen verschillende behandelaars geregeld via een mammacareverpleegkundige?	Ja
Bestaat er op uw ziekenhuislocatie de mogelijkheid om aan klinische trials op het gebied van mammacarcinoom mee te doen?	Ja
In welke situaties worden patiënten op uw ziekenhuislocatie door een mammacare verpleegkundige begeleid?	Zowel preoperatief als postoperatief
Is er op uw ziekenhuislocatie voor patiënten altijd één duidelijk aanspreekpunt tijdens de	Ja, arts en/of nurse practitioner

behandeling?	
Zo ja, hoe is de bereikbaarheid van deze persoon voor patiënten geregeld?	Via telefonisch spreekuur en telefonische bereikbaarheid tijdens kantooruren.
Biedt uw ziekenhuislocatie hulpprogramma's aan die gericht zijn op de volgende klachten? Wilt u hierbij aangeven of deze hulpprogramma's op de ziekenhuislocatie zelf aanwezig zijn of dat u werkt met vaste verwijfsadressen en er sprake is van externe samenwerking?	
• Vermoeidheid	Aanwezig op ziekenhuislocatie
• Zenuwpijn	Aanwezig op ziekenhuislocatie
• Lymfoedeem	Aanwezig op ziekenhuislocatie
Heeft uw ziekenhuislocatie voorzieningen waar patiënten direct terecht kunnen voor onderstaande zaken? Wilt u hierbij aangeven of deze op de ziekenhuislocatie zelf aanwezig zijn of dat u werkt met vaste verwijfsadressen en er sprake is van externe samenwerking?	
• Uitwendige prothesen	Vaste verwijfsadressen / samenwerking
• Pruik	Vaste verwijfsadressen / samenwerking
• Behandeling van lymfoedeem	Aanwezig op ziekenhuislocatie
Biedt uw ziekenhuislocatie de mogelijkheid tot psychosociale ondersteuning?	Ja, aan iedere patient
Zo ja, krijgt de patiënt een doorverwijzing voor een intake bij één van onderstaande hulpverleners?	
• Maatschappelijk werker	Aanwezig op ziekenhuislocatie
• Psycholoog	Aanwezig op ziekenhuislocatie
• Psychiater	Aanwezig op ziekenhuislocatie
• Geestelijk verzorger	Aanwezig op ziekenhuislocatie
• Anders, namelijk	Seksuoloog, gespecialiseerd arbo-arts voor patiënten en creatieve therapeuten