

# Prestatie-Indicatoren

Een onderzoek naar de betekenis die een ziekenhuisorganisatie geeft aan externe prestatie-indicatoren



Masterscriptie	-	Master Zorgmanagement
Gineke Huisman	-	304991
Afstudeerbegeleiders	-	Roland Bal
		Sonja Jerak-Zuiderent
Rotterdam	-	September 2008



# Prestatie-Indicatoren

Een onderzoek naar de betekenis die een ziekenhuisorganisatie geeft aan externe prestatie-indicatoren

Masterscriptie

Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg

Master Zorgmanagement

13 augustus 2008

Gineke Huisman

van Diemenstraat 42

3531 GJ Utrecht

Studentnummer: 304991

Begeleiders: Roland Bal

Sonja Jerak Zuiderent

Meelezer: Karin Lemmens



# Inhoudsopgave

---

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>Summary</b>	<b>8</b>
<b>Inleiding</b>	
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Toezicht op de volksgezondheid	11
1.2 Prestatie-indicatoren	11
1.3 Een complexe opgave	13
1.4 Leeswijzer	14
<b>Theorie</b>	
<b>2 Prestatie-indicatoren</b>	<b>17</b>
2.1 Inleiding	17
2.2 Prestatie-indicatoren	17
2.3 Prestatie-indicatoren in relatie tot administratieve lastendruk	19
<b>3 Sensemaking</b>	<b>21</b>
3.1 Inleiding	21
3.2 Sensemaking	21
3.3 Sensemaking en prestatie-indicatoren	23
3.4 Sensemaking en kennismanagement	24
<b>4 Decubitus, ondervoeding, pijn en delier</b>	<b>25</b>
4.1 Inleiding	25
4.2 Decubitus	25
4.3 Ondervoeding	25
4.4 Pijn na een operatie	26
4.5 Delier	26
4.6 Samenhang tussen de indicatoren en overlap in onderzoekspopulatie	27
<b>Onderzoeksvragen en methodologie</b>	
<b>5 Onderzoeksvragen</b>	<b>31</b>
5.1 Doelstelling onderzoek	31
5.2 Onderzoeksvraag en deelvragen	31
5.3 Relevantie van het onderzoek	33
5.3.1 Praktische relevantie	33
5.3.2 Wetenschappelijke relevantie	33

<b>6</b>	<b>Methodologie</b>	<b>35</b>
6.1	Onderzoeksopzet	35
6.2	Casuselectie	35
6.3	Onderzoeksubject	36
6.4	Dataverzameling	36
6.5	Data-analyse	37
6.6	Betrouwbaarheid en validiteit	38
6.7	Morele overwegingen	38
<b>Resultaten</b>		
<b>7</b>	<b>Dataverzameling voor de prestatie-indicatoren</b>	<b>43</b>
7.1	Inleiding	43
7.2	Decubitus	43
7.2.1	Preventie van decubitus	43
7.2.2	Prevalentie van decubitus	44
7.2.3	Incidentie van decubitus	45
7.3	Ondervoeding	45
7.4	Pijn na een operatie	48
7.5	Delier	50
<b>8</b>	<b>Integratie in dataverzameling voor prestatie-indicatoren</b>	<b>51</b>
8.1	Inleiding	51
8.2	Dataverzameling voor de indicatoren	51
<b>9</b>	<b>Relatie tot kwaliteitssystemen en programma's</b>	<b>55</b>
<b>Conclusie en discussie</b>		
<b>10</b>	<b>Conclusie en discussie</b>	<b>61</b>
10.1	De betekenis die het Diaconessenhuis geeft aan prestatie-indicatoren	61
10.2	Prestatie-indicatoren in relatie tot het kwaliteitssysteem	63
10.3	Internalisatie en administratieve belasting	66
10.4	Beperkingen onderzoek	67
10.5	Aanbevelingen	67
<b>Literatuur</b>		
	Geraadpleegde literatuur	71
	Geraadpleegde literatuur documentanalyse	73
<b>Bijlagen</b>		
	Bijlage 1 - Prestatie-indicatoren	77
	Bijlage 2 - Topiclijst interviews	85
	Bijlage 3 - Definities, begrippen en afkortingen	86
	Bijlage 4 - ISAR, DOSS en CAM-ICU	88

# Voorwoord

---

Als student gezondheidswetenschappen en als medewerker van de Inspectie voor de Gezondheidszorg heb ik dagelijks te maken met prestatie-indicatoren. Vanuit verschillende visies wordt dit onderwerp belicht. Ik heb over prestatie-indicatoren geschreven, gesproken en gediscussieerd, met veel verschillende mensen en vanuit verschillende invalshoeken. Het is voor mij dan ook een enorme uitdaging geweest te mogen afstuderen midden in dit (wetenschappelijke) debat.

In mijn onderzoek heb ik een voor mij nieuwe kant van prestatie-indicatoren mogen ervaren, namelijk die van de dagelijkse werkpraktijk. Ik heb de gelegenheid gekregen om onderzoek te doen in het Diaconessenhuis Leiden. Ik zou daarvoor de volgende mensen hartelijk willen bedanken: Corry Knynenburg, Tony Lamping, Veronique Bekendam, Linda Mussert, Mieke van der Vlucht, Marieke van Piere, Jos Waardeburg, Sheila Oostveen, Giap Liem, Emilie Jonxis, en alle andere medewerkers die ik heb gesproken en die me behulpzaam zijn geweest bij het onderzoek. Ik heb het heel leuk gevonden om in jullie uitermate prettige ziekenhuis rond te lopen. Iedereen is heel vriendelijk, open en behulpzaam geweest. Heel erg bedankt!

Vanuit de inspectie wil ik Lya den Ouden hartelijk bedanken voor haar begeleiding. Verder wil ik mijn collega's bedanken voor het aanhoren van mijn 'scriptiestress' het sparren en de hulp vanuit jullie ervaring! Jeroen bedankt voor het meelesen met het onderzoeksvoorstel en bedankt voor je nuttige feedback.

Vanuit de universiteit ben ik begeleid door Roland Bal en Sonja Jerak. Wat zijn jullie een goede begeleiding geweest! Bedankt dat ik zoveel van jullie heb mogen leren. Karin bedankt dat je meezeiler wilt zijn bij deze scriptie.

Deze scriptie is mijn afsluitende scriptie voor mijn studie gezondheidswetenschappen. Het is niet alleen de afsluiting van mijn masterjaar, maar ook de afsluiting van twee jaar heel hard werken. Toen ik twee jaar geleden begon aan deze studie, had ik niet verwacht dat het zo zou uitpakken. Het was erg zwaar, maar ook vooral heel interessant en erg leuk. Studeren scherpt je geest en het leert je op een andere manier naar de wereld kijken. Ik ben heel blij dat ik met deze studie begonnen ben, maar ben ook heel blij dat ik er mee klaar ben! Vooral voor mijn lief Dirk was het af en toe afzien. Een werkende student is vaak niet de gezelligste vriendin. Maar bedankt voor je nooit aflatende steun en voor je erg gewenste hulp! Mijn lieve zus Heleen bedankt voor je hulp bij het uitwerken van de interviews. En nu rest mij mijn lieve familie en vrienden te bedanken. Ik heb jullie de afgelopen twee jaar toch best wel verwaarloosd, maar jullie hebben dat altijd geaccepteerd, vaak beter dan ik zelf! Dank daarvoor. Maar goed nieuws: ik ben klaar!





# Samenvatting

---

In de basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen zijn vier indicatoren opgenomen die betrekking hebben op algemene, verpleegkundige zorg: *pijn na een operatie*, *decubitus*, *delier* en *ondervoeding*. De onderzoeksvraag van deze scriptie is: welke betekenis geeft een ziekenhuisorganisatie geeft aan deze vier externe prestatie-indicatoren. De mate waarin een organisatie externe prestatie-indicatoren geïnternaliseerd heeft (zich eigen heeft gemaakt) is van belang voor de betekenis die een organisatie hieraan geeft.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij het Diaconessenhuis Leiden, een middelgroot algemeen ziekenhuis. Er is kwalitatief onderzoek gedaan middels interviews (n=11), observatie en documentanalyse. Er is gekeken naar de wijze waarop dataverzameling voor de prestatie-indicatoren plaatsvindt, naar de relatie tussen prestatie-indicatoren en de dagelijkse werkwijze en naar de wijze waarop prestatie-indicatoren zich verhouden tot het kwaliteitssysteem.

Elke prestatie-indicator is in het Diaconessenhuis op afzonderlijke maar vergelijkbare wijze vervlochten met de werkwijze. Elke prestatie-indicator ligt ten grondslag aan een zorgprobleem. Voor elk van de vier zorgproblemen geldt dat ze via een ziekenhuisbreed protocol, zorgprogramma of verbeterproces worden benaderd en aangepakt. Er is steeds een specialist (bijvoorbeeld een specialistisch verpleegkundige, een nurse practitioner, een diëtist etc.) verantwoordelijk (gesteld) voor de implementatie, begeleiding en bewaking van het protocol, zorgprogramma of verbeterproces. Voor elk zorgprobleem zijn er testen en scorelijsten geïmplementeerd, waarmee de verpleegkundigen op de werkvloer bepaalt of een patiënt (een risico op) een bepaalde aandoening heeft. De uitslag van deze test en de eventueel gevolgde actie wordt genoteerd in het dossier. De prestatie-indicatoren vragen naar het aantal uitgevoerde testen (scorelijsten) en het aantal patiënten positief gescoord met de test. Het verzamelen van de gegevens voor de prestatie-indicatoren uit het dossier, wordt gedaan door de specialist verantwoordelijk voor het zorgprobleem, los van de dagelijkse werkwijze. Hiermee worden de externe prestatie-indicatoren geïnternaliseerd en intern gebruikt om de implementatie van het protocol, zorgprogramma of verbeterproces te ondersteunen en in de loop van de tijd het proces te kunnen blijven bijsturen. Dit alles gebeurt op het niveau van de professional.

Het management geeft een andere betekenis aan de prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren worden voornamelijk gebruikt voor externe verantwoording, (nog) niet voor interne sturing.

# Summary

---

The Dutch Healthcare Inspectorate yearly asks the Dutch hospitals to give information about their (clinical) performance via performance-indicators. Four indicators specifically give information on the subject of hospital-nursing care. These indicators are: *decubitus*, *pain after surgery*, *delirium*, and *malnutrition*. This thesis is conducted to determine the sense given to these four external performance indicators by a hospital organisation. The internalisation of these performance indicators influences the sense given to the performance indicators.

For this thesis, research has been done in a generic hospital: the Diaconessenhuis Leiden. A qualitative study is conducted using interviews, observations and document analysis to explore how the hospital collect data for the performance indicators. Moreover, the relationship between the performance indicators and the daily practice is studied just as how performance indicators relate to the quality system of the Diaconessenhuis.

Each performance indicator in the Diaconessenhuis Leiden is uniquely but comparable integrated in the daily practice. Specific care problems are the foundation of these four performance indicators. All four care problems are approached and solved using a systematic approach like, for example, protocols or care programs. A specialist (i.e. a nurse practitioner, a nurse, a doctor, a dietician) is responsible for the implementation, coordination and monitoring of the care program.

Tests are used to determine whether a patient has a (risk of) a certain condition. Test results are noted into the patient record. The aim of the performance indicator is to determine the percentage of patients of whom a test is taken and the percentage of patients with positive results. The specialist responsible for the care problem collects the data used for the performance indicators from the patient record. This process is not integrated into the daily practice. The specialist responsible for the care problem uses the external performance indicators to guide and monitor the implementation of the care program or protocol. Meaning the external performance indicator is internalised. This whole process takes place on the level of the professional.

On the management-level a whole new sense is given to the performance indicators. Here, indicators are mainly used for external accountability and not for internal directions.

# Inleiding

---



*'Kunt ge iets fraais, iets aardigs, iets bekoorlijks presteren, wanneer ge niet met uzelf bent ingenomen?'*  
Erasmus in Lof der Zotheid (1511)



# Hoofdstuk 1

---

## Inleiding

### 1.1 Toezicht op de volksgezondheid

Al 200 jaar lang is er in Nederland een toezichthoudende instantie actief, belast met het toezicht op de volksgezondheid: de Inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>1</sup> (IGZ 2007 a). Deze instantie is uitgegroeid tot een rijksinspectie met een wettelijk geregelde bevoegdheid om onderzoek te verrichten naar de staat van de volksgezondheid en om middelen tot verbetering daarvan aan te geven en te bevorderen (GW Art. 36:1a). Dit betekent dat de IGZ activiteiten verricht op het gebied van handhaving van en advisering over de volksgezondheid. Het handhaven door de IGZ is onder te verdelen in opsporing en toezicht. Opsporing geschiedt alleen dan wanneer er sprake is van een overtreding van de wet. Binnen de toezichthoudende taak van de IGZ wordt toezicht gehouden op zorgverleners en zorgverlenende instanties (ziekenhuizen, verpleeghuizen etc.).

Eén van de methodieken die de inspectie gebruikt voor toezichthouden is Gefaseerd Toezicht (GT). Gefaseerd Toezicht bestaat uit vier fasen. In fase 0 worden de prestatie-indicatoren ontwikkeld in samenspraak met het veld. In de eerste fase worden gegevens verzameld van zorgverleners (ziekenhuizen, verpleeghuizen, privé klinieken, tandartsen huisartsen, apotheken etc.). Op basis van de verzamelde gegevens maakt de IGZ een risico-inschatting. De tweede fase van GT bestaat uit het gericht bezoeken van de zorgverleners daar waar op basis van de risico-inschatting een verhoogd risico bestaat op slechte of onveilige zorg. De derde fase van GT bestaat uit een zwaardere vorm van toezicht wanneer de aangetroffen situatie daar aanleiding toe geeft (IGZ 2007 a).

### 1.2 Prestatie-indicatoren

Om in de eerste fase van Gefaseerd Toezicht een risico-inschatting te kunnen maken van de kwaliteit van zorg geleverd door zorgverleners, dient de inspectie te beschikken over kwaliteitsgegevens van deze zorgverleners. Hiertoe heeft de inspectie zogenaamde prestatie-indicatoren ontwikkeld (Haeck 2004). Een indicator is een kwantitatieve maat die gebruikt kan worden om de uitkomst van een klinisch proces te meten. Het meten van de uitkomst van een proces kan verschillende doelen hebben: informatie verzamelen voor kwaliteitsverbetering, verkrijgen van managementinformatie, verkrijgen van

---

<sup>1</sup> De Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt in deze scriptie ook aangehaald als: IGZ en de inspectie.

consumenteninformatie en ook verkrijgen van toezichtinformatie (Mainz 2003). Om de toezichtinformatie te verkrijgen is een verzameling indicatoren ontwikkeld, de zogenaamde basisset prestatie-indicatoren (IGZ 2007 b). Er bestaan sectorspecifieke basissets, ofwel een basisset prestatie-indicatoren voor bijvoorbeeld GGZ-instellingen, voor de apotheken, voor privé klinieken etc. Dit onderzoek richt zich specifiek op de basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen.

De basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen is in te delen in drie categorieën: ziekenhuisbrede indicatoren betreffende de verpleegkundige zorg en algemene kwaliteitssystemen, indicatoren voor hoogrisico afdelingen en aandoeningspecifieke indicatoren. Een indicator bestaat altijd uit een vraag over een specifiek onderwerp. Vaak betreft dit een percentage patiënten dat lijdt aan een specifieke aandoening zoals het percentage patiënten dat decubitus heeft of het percentage patiënten dat een goede behandeling bij ondervoeding heeft gehad.

Dit onderzoek betreft vier indicatoren die specifiek betrekking hebben op de algemene verpleegkundige zorg:

1. Ondervoeding
2. Decubitus
3. Pijn na een operatie<sup>2</sup>
4. Delier

Deze vier indicatoren zijn ziekenhuisbreed. Dat wil zeggen dat de patiënten waarop deze indicatoren betrekking hebben, op veel (zo niet alle) afdelingen van het ziekenhuis liggen. Het kan zijn dat één patiënt in de inclusiecriteria van al deze indicatoren valt.

De indicatoren *decubitus* en *pijn na een operatie* zijn al een aantal jaren in de basisset opgenomen. De indicator *ondervoeding* is in de basisset voor 2007 voor het eerst opgenomen en is voor 2008 uitgebreid met vragen naar de behandeling van ondervoeding. De indicator *delier* zal in de basisset van 2010 worden opgenomen en is op het moment van schrijven nog in ontwikkeling. Toch voeren een aantal ziekenhuizen al gerichte metingen naar de prevalentie van delier uit.

In tabel 1.1 staat kort de inhoud van de indicatoren weergegeven zoals opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren voor 2008. In bijlage 1 is de volledige tekst van de indicatoren opgenomen.

---

<sup>2</sup> Pijn na een operatie wordt ook wel postoperatieve pijn of POP genoemd.

Tabel 1.1: Vier prestatie-indicatoren voor algemene verpleegkundige zorg (IGZ 2007 b)

Onderwerp	Indicator
<b>Decubitus</b>	Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed
	Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie
<b>Ondervoeding</b>	Screening op ondervoeding in de kliniek
	Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede volwassen patiënten met een totale heupvervangings (continue meting)
	Behandeling van ondervoeding bij volwassenen (puntmeting)
<b>Pijn na een operatie</b>	Behandeling van ondervoeding bij kinderen (puntmeting)
	Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten
<b>Delier</b>	Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie
	In ontwikkeling voor basisset 2010

### 1.3 Een complexe opgave

Het verzamelen van alle benodigde gegevens voor de indicatoren vraagt om een zekere mate van structuur binnen het ziekenhuis. Er dient veel informatie verzameld te worden en regelmatig onderzoek uitgevoerd te worden. Het is aannemelijk dat ziekenhuizen hier een systematiek voor hebben opgezet. Er valt te denken aan protocollen, software, onderlinge afspraken etc. In dit onderzoek wordt gekeken of er systematiek is ontwikkeld en de mate waarin deze systematiek aansluit bij de prestatie-indicatoren.

Ziekenhuizen dienen veel en regelmatig aan verschillende instanties en partijen gegevens aan te leveren. Naast het verplicht invullen van de basisset prestatie-indicatoren voor de inspectie, vragen ook andere partijen als consumenten en zorgverzekeraars naar prestatiegegevens. Dit veroorzaakt een aanzienlijke administratieve last die de laatste jaren alleen maar groter is geworden<sup>3</sup>.

De gegevens die verzameld moeten worden voor de vier hiervoor beschreven prestatie-indicatoren betreffen voor een deel dezelfde populatie en dezelfde verzamelmethode. Integratie van de gegevensverzameling zou een verlichting in de administratieve last kunnen betekenen. Ook integratie in de vraagstelling zou hieraan kunnen bijdragen. Te denken valt aan het samenvoegen van de onderzoekspopulaties, eisen aan de wijze van gegevensverzameling en de frequentie van onderzoek. De

<sup>3</sup> Vanuit formele toezichthouders is hiervoor de afgelopen jaren veel aandacht hetgeen ondermeer heeft geleid tot de ontwikkeling van het 'Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording' waarin de timing, definitie en overlap van verantwoordingsinformatie wordt gecoördineerd.

inspectie kan door het aanpassen van de formulering van de prestatie-indicatoren een betere aansluiting zoeken bij de werkpraktijk van een ziekenhuis.

In dit onderzoek is gekeken naar de dataverzameling voor de genoemde prestatie-indicatoren. Hierbij is de wijze van dataverzameling onderzocht, er is gekeken of er sprake is van integratie in de dataverzameling en er is onderzocht wat de relatie is tot het dagelijks werk en het algemene kwaliteitsbeleid van ziekenhuis. Het onderzoek is uitgevoerd bij het Diaconessenhuis in Leiden.

#### **1.4 Leeswijzer**

Deze scriptie is opgedeeld in een aantal secties. In de sectie **Theorie** wordt in de hoofdstukken 2 en 3 een theoretisch kader geformuleerd waarbinnen dit onderzoek heeft plaatsgevonden. In hoofdstuk 4 wordt achtergrondinformatie gegeven over de prestatie-indicatoren waarop dit onderzoek betrekking heeft. Tevens wordt de samenhang tussen de indicatoren beschreven.

Vanuit de theorie wordt in de sectie **Onderzoeksvragen en methodologie** de probleemstelling en vraagstelling van het onderzoek beschreven (hoofdstuk 5) en de methode volgens welke het onderzoek is uitgevoerd (hoofdstuk 6).

Vervolgens worden in de sectie **Resultaten** in drie hoofdstukken (hoofdstuk 7, 8 en 9) de resultaten van het onderzoek beschreven.

In de sectie **Conclusie en discussie** (hoofdstuk 10) wordt een verdieping op de onderzoeksresultaten gegeven gevolgd door een kritische reflectie op het uitgevoerde onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek en voor de praktijk.

In de laatste secties zijn de literatuurlijst en bijlagen opgenomen.



# Theorie

---



*'Not everything that counts can be measured. Not everything that can be measured counts.'*  
A. Einstein (1879 - 1955)



## Hoofdstuk 2

---

### Prestatie-indicatoren

#### 2.1 Inleiding

Kwaliteit van zorg is de laatste jaren een veel besproken onderwerp door de zorgsector, de politiek en de consument. In het rapport 'Crossing the Quality Chasm' (Committee on Quality of Health Care in America 2001) wordt gesproken over de dramatische problemen in de Amerikaanse gezondheidszorg. De gezondheidszorg faalt in het leveren van zorg op een niveau zoals mogelijk moet zijn en de geleverde zorg is soms simpelweg schadelijk. De kloof waarover gesproken wordt, ligt tussen de zorg die geleverd wordt en de zorg die geleverd zou kunnen worden. Eén van de adviezen uit het rapport betreft de ontwikkeling van methoden om de kwaliteit van zorg te kunnen meten. Wanneer bekend is wat de kwaliteit is, kan immers de zorgprofessional of de manager aan de slag om de kwaliteit te verbeteren (ibid). Dit advies is (ook in Nederland) het startpunt geweest voor het ontwikkelen van prestatie-indicatoren.

#### 2.2 Prestatie-indicatoren

Een prestatie-indicator is een meetbaar aspect van geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts aannemelijk is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg (Gezondheidsraad 2006). Er wordt onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren. Een *structuurindicator* beschrijft het type en de hoeveelheid middelen die binnen een zorginstantie gebruikt worden. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een bepaalde functionaris, het budget, de hoeveelheid bedden, het percentage artsassistenten in verhouding tot medisch specialisten etc. Een *procesindicator* betreft het handelen van zorgverleners. Een voorbeeld is het percentage ondervoede patiënten dat een adequate behandeling heeft ontvangen. Een *uitkomstindicator* betreft het effect van het zorgproces op de gezondheidstoestand van de patiënt. Een sterftecijfer is een typische uitkomstindicator. Maar ook de kwaliteit van leven, de gemiddelde bloeddruk van patiënten met een verhoogde bloeddruk of de morbiditeit zijn voorbeelden van uitkomstindicatoren (Mainz 2003).

Een indicator kan verschillende doelen dienen. Hij kan informatie geven aan interne professionals (interne prestatie-indicatoren) en een indicator kan informatie geven aan

derden (externe prestatie-indicatoren). Het doel van deze indicatoren is verschillend en daarmee ook de vraagstelling, het gebruik en de eisen die aan een indicator worden gesteld (Berg and Schellekens 2002). Afhankelijk van de aard van de benodigde informatie wordt gekozen voor een interne- of een externe indicator en vervolgens voor een structuur-, een proces-, of een uitkomstindicator.

Externe (prestatie-)indicatoren worden gebruikt voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg geleverd door zorginstellingen. Deze beoordeling gebeurt door patiënten, het publiek, de verzekeraar, de inspectie of de overheid. Bijvoorbeeld patiënten en verwijzers gebruiken prestatie-informatie als keuze-informatie voor een bepaalde zorgverlener, de inspectie vraagt prestatie-informatie zodat een beeld wordt verkregen over de kwaliteit van zorg en de noodzaak tot al dan niet ingrijpen en de verzekeraars gebruiken prestatie-informatie om zorg te contracteren (Gezondheidsraad 2006).

Er is een aantal kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Een eerste kanttekening betreft de validiteit van indicatoren, men zou voor veel factoren moeten corrigeren om een reële vergelijking te kunnen maken (Gezondheidsraad 2006; Leenen 2004). Daarnaast zou externe evaluatie kunnen leiden tot strategisch gedrag, men zou zijn activiteiten kunnen richten op slechts die onderwerpen die bevraagd worden. Vooral sterk bestraffende maatregelen zouden tot fraude en manipulatie van de gegevens kunnen leiden (Gezondheidsraad 2006; Giard 2005; Bevan and Hood 2006). Ten derde zouden de prestatie-indicatoren ervoor kunnen zorgen dat de administratieve belasting omhoog gaat, er wordt minder tijd besteed aan het primaire zorgproces en meer aan de bureaucratie om het zorgproces heen (Gezondheidsraad 2006). Ondanks deze bezwaren zijn zorginstellingen verplicht jaarlijks prestatie-indicatoren aan de inspectie aan te leveren en te publiceren op internet. Dit is deels gelegen in het feit dat de roep om publieke verantwoording over de geleverde prestaties niet is terug te draaien. Indicatoren zijn hiervoor juist ontwikkeld, maar men dient wel de beperktheid van indicatoren te beseffen. Schellekens, Berg en Klazinga schrijven hierover: "elke indicator is slechts een indicatie van hetgeen het beoogt te representeren" (Schellekens, Berg, and Klazinga 2003). Een indicator geeft een signaal dat er iets aan de hand kan zijn, dit signaal moet geïnterpreteerd en geanalyseerd worden en er moet actie worden ondernomen. De actie kan zijn dat een zorgprofessional het zorgproces verbeterd, het management van een instelling kan de prestatie-informatie gebruiken als sturingsinformatie en de inspectie kan bepalen waar de aandacht van de inspecteur naar uit gaat. Hierbij blijft de vraag of de doelstellingen van de verschillende gebruikers van de prestatie-informatie verenigbaar zijn. Er wordt internalisatie van de externe prestatie-indicatoren verondersteld. De Dikke van Dale omschrijft internalisatie als: 'tot onderdeel van het innerlijk maken'. Wanneer de informatiebehoefte van de

organisatie overeenkomt met de externe prestatie-indicatoren en een organisatie slaagt erin zich de externe prestatie-indicatoren eigen te maken, dan worden de mogelijkheden van de prestatie-indicatoren optimaal benut.

### **2.3 Prestatie-indicatoren in relatie tot administratieve lastendruk**

Reeds sinds 1994 voeren verschillende kabinetten het terugdringen van de administratieve lasten hoog in het vaandel (Voermans 2001). Administratieve lasten worden gedefinieerd als: "de kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat dan om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie" (Commissie de Beer 2002). Het jaarlijks verzamelen van de gegevens voor de inspectie valt onder deze noemer. Uit het onderzoek uitgevoerd door de commissie De Beer blijkt dat vooral de door de zorgverlener ervaren relevantie van de data maakt of de administratie als last wordt ervaren. Soortgelijk onderzoek in andere beleidsterreinen als Landbouw, Visserij en Natuur levert dezelfde conclusies op. Administratie uitgevoerd voor de interne bedrijfsvoering wordt niet als last ervaren, maar extern verplichte administraties wel (Holster and Vermeij 2003). Hierbij is het perspectief van belang. Bezien vanuit het primaire proces kan managementinformatie voor de directie ook extern worden gezien. Uit een interview met brancheorganisaties blijkt dat administratie als een last wordt ervaren wanneer het doel onduidelijk is, het tijdsfad te ambitieus, de wijze van aanlevering omslachtig en tijdrovend en de feedback te laat (Prismant 2005). Het is voor een overheidsorganisatie de kunst om het verzamelen van gegevens voor prestatie-indicatoren niet als administratieve last te laten ervaren. Het kan voor een organisatie efficiënt zijn om het verzamelen van gegevens op te nemen in de interne bedrijfsvoering en hiermee de ervaren administratieve last te verminderen. Ook dit is een vorm van internalisatie van extern opgelegde administratieve verplichtingen. Daarbij is het belangrijk te realiseren dat iedere betrokken partij een vanuit diens positie relevante betekenis kan geven aan de prestatie-indicator en dat deze betekenissen kunnen verschillen.



# Hoofdstuk 3

---

## Sensemaking

### 3.1 Inleiding

Binnen de organisatiesociologie bestaat een concept dat een verklaring tracht te geven over de wijze waarop een organisatie, een team of een individu betekenis geeft aan informatie. Dit concept heet 'sensemaking' en is ontwikkeld door Karl Weick (1979). Het concept sensemaking kan bijdragen aan het begrip van het proces dat een organisatie of een individu doormaakt wanneer hij moet werken met of aan prestatie-indicatoren.

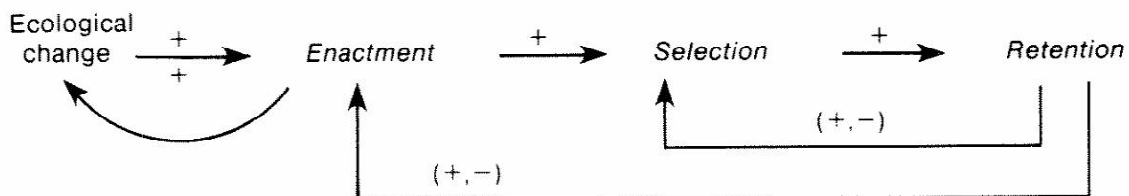
### 3.2 Sensemaking

De belangrijkste premisse binnen sensemaking is dat een betekenis niet simpelweg ontdekt wordt, maar geconstrueerd wordt door een actor (persoon, maar ook een organisatie of een team) (Christiansen 2006). De persoonlijke kenmerken, de aanwezige kennis en ervaringen van de actor zijn van groot belang voor de betekenis die een actor aan ontvangen informatie geeft. Een andere actor, een andere omgeving of een andere historie maakt dat een heel andere betekenis gegeven wordt aan wellicht dezelfde informatie.

Neem bijvoorbeeld het monitoren van een patiënt door een verpleegkundige. Een verpleegkundige onderzoekt een patiënt, verkrijgt veel informatie, selecteert hieruit de voor haar belangrijke informatie en legt deze vast (bijvoorbeeld in een status of in haar geheugen). Door het vastleggen wordt betekenis aan deze informatie gegeven. Een actie die uit deze informatie voortvloeit, kan zijn dat geconcludeerd wordt dat de patiënt stabiel is. De volgende keer dat ze naar de patiënt kijkt ontvangt ze andere informatie. Bijvoorbeeld de temperatuur van de patiënt is gestegen. Wanneer de informatie in volgorde gezet wordt, verschilt het tweede cijfer ten opzichte van het eerste cijfer. Op basis van kennis uit het verleden (de eerste keer temperatuur meten) interpreteert ze de informatie en kan haar selectie van belangrijke informatie verschillen (temperatuur is ineens heel belangrijk geworden, andere kenmerken worden wellicht niet geselecteerd). De betekenis is nu veranderd door de cijferreeks die is ontstaan. De conclusie is: de patiënt gaat achteruit. Een gevaar hierbij is dat de tweede keer dat informatie geselecteerd wordt, dit selectieproces gekleurd wordt door de eerdere selectie en niet alle relevante informatie opgemerkt wordt, wellicht vergeet de verpleegkundige nu

bijvoorbeeld om naar de bloeddruk te kijken. De relevantie voor gegevens wordt door de context bepaald.

Het proces dat de verpleegkundige ondergaat bij het betekenis geven aan de informatie die ze ontvangt, heeft Weick beschreven in zijn conceptueel model voor sensemaking (zie figuur 3.1). Hierbij ondergaat de actor de stappen beschreven in het model.



Figuur 3.1: Conceptueel model voor sensemaking (Weick 1979)

Een actor (persoon, maar ook een organisatie of een team) bevindt zich in een omgeving. Het proces van sensemaking start met het veranderen van deze omgeving, de zogenaamde ecological change. Er vindt wederzijdse interactie plaats tussen de actor en de veranderde omgeving. Hierbij komt een stroom aan informatie vanuit de omgeving richting de actor (enactment). De actor selecteert hieruit de voor hem belangrijke gegevens (selection) en slaat deze op binnen zijn systeem (retention). Tijdens het proces van enactment worden gegevens in een persoonlijk kader geplaatst. Het aantal mogelijke betekenissen wordt verminderd door het selectieproces. Vervolgens vindt de verankering binnen de organisatie plaats. Wanneer een verklaring meer plausibel is, zal deze verankering meer substantieel zijn. Na het proces van sensemaking vindt al dan niet een actie plaats. Er bestaat dus een link met resultaten of ervaringen uit het verleden. Doordat de informatie geloofd wordt of juist in twijfel wordt getrokken (positief resp. negatief causaal verband) heeft dit invloed op toekomstig enactment en selection. Hierdoor is het mogelijk om van lessen uit het verleden te leren en de betekenissen en daaraan gekoppelde acties bij te stellen door de veranderde omgeving (Weick, Sutcliffe, and Obstfeld 2005).

Toegepast op het beschreven voorbeeld: de *enactment* vindt plaats tijdens het onderzoek door de verpleegkundige. De *selection* bepaalt wat de verpleegkundige belangrijke informatie vindt (de temperatuur) en de *retention* is het vastleggen van deze informatie in een status maar ook in haar geheugen. De conclusie is dat de patiënt stabiel is. Wanneer de omgeving verandert (de temperatuur wordt hoger) vindt opnieuw *enactment* plaats. Deze *enactment* maar ook de *selection* wordt nu beïnvloed door de eerdere *retention*. De verpleegkundige besteedt nu meer aandacht aan de temperatuur en verbindt hieraan een andere conclusie: de patiënt gaat achteruit.



### 3.3 Sensemaking en prestatie-indicatoren

Dit model van sensemaking kan toegepast worden op de actoren in het proces rond prestatie-indicatoren. De omgeving, persoonlijke kenmerken en historie van de actoren bepalen de betekenis die aan informatie gegeven wordt. Neem bijvoorbeeld een verpleegkundige en een kwaliteitsfunctionaris. Zij bevinden zich in een andere omgeving, hebben andere persoonlijke kenmerken en beschikken over een andere historie. De basisset prestatie-indicatoren krijgt hiermee voor deze twee functionarissen een verschillende betekenis. Ook de gegevens die verzameld worden voor deze prestatie-indicatoren, hebben voor de beide functionarissen een andere betekenis.

Wanneer dit breder getrokken wordt geldt dit ook voor verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis, voor verschillende ziekenhuizen en voor de inspectie. Elk team en elke organisatie heeft specifieke kenmerken en een eigen geschiedenis. Afhankelijk van deze kenmerken en geschiedenis wordt een eigen betekenis aan (dezelfde) informatie gegeven. Het is hierbij de vraag of de prestatie-indicatoren geschikt zijn te schipperen tussen de verschillende actoren. Passen de beschrijving en definities bij de betekenis die alle actoren aan prestatie-indicatoren geven? Of passen de actoren de beschrijving en definities aan, aan hun eigen werkelijkheid?

Ook de wijze waarop administratieve lastendruk wordt ervaren is te beschrijven met het model van sensemaking. De ervaringen uit het verleden en de kenmerken van een actor (individu, team of organisatie) bepaalt de wijze waarop informatie betekenis krijgt. Het is van de kenmerken van de actor afhankelijk of iets ervaren wordt als een last of juist niet.

Er is sprake van continue feedback tussen verkregen informatie en de betekenis die eraan gegeven wordt (zie figuur 3.1). Deze relatie kan positief zowel als negatief zijn. Gebrek aan feedback kan een negatieve invloed hebben op de toekomstige betekenis die aan informatie gegeven wordt. Binnen het systeem van prestatie-indicatoren kan dit betekenen dat wanneer er geen feedback gegeven wordt op de prestatie-indicatoren, deze prestatie-indicatoren minder of een beperkte betekenis krijgen voor een organisatie. Het wél geven van feedback kan een positieve invloed hebben op de betekenis die aan informatie gegeven wordt. Een organisatie kan feedback gebruiken om de betekenis te sturen in een gewenste richting. Bijvoorbeeld de wijze waarop feedback gegeven wordt kan invloed hebben op de ervaren last van de dataverzameling.

De feedback kan afkomstig zijn van de inspectie maar ook van de organisatie zelf. Internalisatie van externe prestatie-indicatoren door een organisatie maakt bijvoorbeeld dat continue feedback gemakkelijker is en bepaalt daarmee welke betekenis gegeven wordt aan en de acties die volgen op meetgegevens uit prestatie-indicatoren.

### 3.4 Sensemaking en kennismanagement

Binnen kennismanagement wordt onderscheid gemaakt in codified knowledge (expliciete kennis) en tacit knowledge (ervaring, vaardigheden, interpretaties). Codified knowledge is kennis die bestaat uit data, bijvoorbeeld patiëntendata, een lezing of een boek. Deze kennis is makkelijk over te dragen en op te slaan. Wanneer bij het overdragen van kennis ook ervaringen, interpretaties, vaardigheden, attitude etc. gebruikt worden door de individu die op de ander iets probeert over te dragen, wordt de codified knowledge uitgebreid tot tacit knowledge. Deze overdracht is moeilijker maar wel meer effectief (Weggeman 2001). Deze tacit knowledge ontstaat dus door codified knowledge met elkaar uit te wisselen en daar persoonlijke waarde (ervaringen) aan toe te voegen. Het gaat dan niet meer alleen om het weten van de data, maar ook om het verwerken van of het werken met deze data, kortom de betekenis die aan de verkregen informatie wordt gegeven.

De wijze waarop de codified knowledge wordt vastgelegd in een organisatie wordt binnen dit onderzoek de informatie-infrastructuur genoemd. Volgens de theorie van sensemaking heeft de gecodificeerde kennis voor verschillende actoren een verschillende betekenis. De wijze waarop dit codificeren plaatsvindt is ook van belang. Immers wanneer informatie vastgelegd wordt in een patiëntenstatus, kan dit een andere betekenis geven dan wanneer de informatie wordt vastgelegd op bijvoorbeeld een briefje gericht aan de kwaliteitsfunctionaris.

Daarnaast speelt de tacit knowledge een belangrijke rol, bijvoorbeeld tijdens het registreren van data, maar ook bij het interpreteren van de data ('deze cijfers kunnen niet kloppen' of 'deze patiënt moet misgeclassificeerd zijn, want dit kán gewoon niet' etc). De wijze waarop een organisatie de data-informatiestructuur voor prestatie-indicatoren heeft georganiseerd en de medewerkers met de voor hen specifieke tacit knowledge die met de data werken, kunnen invloed hebben op de betekenis die aan de prestatie-indicatoren gegeven wordt.

## Hoofdstuk 4

---

# **Decubitus, ondervoeding, pijn en delier**

### **4.1 Inleiding**

Dit onderzoek richt zich specifiek op vier prestatie-indicatoren over vier ziekenhuisbrede zorgproblemen: decubitus, ondervoeding, pijn en delier. In dit hoofdstuk worden de vier zorgproblemen met bijbehorende indicatoren besproken, de onderlinge relatie wordt beschreven en er wordt aangegeven waar sprake is van een overlap in de populatiedefinities waarop de indicatoren betrekking hebben. De volledige tekst van de indicatoren is opgenomen in bijlage 1.

### **4.2 Decubitus**

Decubitus wordt gedefinieerd als doorliggen of "het degenereren van weefsels ten gevolge van een slechte plaatselijke bloeding veroorzaakt door druk en/of schuifkrachten, optredend bij te lang op bed liggen" (Jonchems and Joosten 2003). Decubitus is vaak te voorkomen door goede preventieve maatregelen en het tijdig opsporen van patiënten die een verhoogd risico lopen op decubitus. Decubitus geldt algemeen als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg (IGZ 2007 b).

De decubitusincidentie wordt gemeten door bij een homogene patiëntenpopulatie een incidentie onderzoek uit te voeren. Het betreft de populatie van patiënten die operatief een totale heupvervangning hebben ondergaan. De decubitusprevalentie wordt bepaald door eenmaal per jaar bij alle opgenomen patiënten een puntprevalentiemeting uit te voeren en te berekenen welk percentage van deze patiënten decubitus hebben.

### **4.3 Ondervoeding**

Ziektegerelateerde ondervoeding is een veelvoorkomend probleem binnen ziekenhuizen. Er is sprake van een hoge prevalentie (25 – 40%) en de gevolgen van ondervoeding zijn veelvuldig. Bijvoorbeeld vertraagde wondgenezing, apathie, depressie, verlengde ligduur, verhoogde postoperatieve morbiditeit en zelfs vroegtijdig overlijden (IGZ 2007 b; Kruijenga 2005).

De indicator voor ondervoeding bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt gekeken naar het aantal patiënten dat bij opname gescreend wordt op ondervoeding en

het percentage daarvan dat geclassificeerd is als ondervoed. In het tweede deel wordt gekeken naar de behandeling van ondervoeding. Bij een homogene patiëntenpopulatie wordt in een continue meting bepaald welk percentage van de ondervoede patiënten een adequate behandeling heeft gehad. De patiëntenpopulatie betreft ook hier patiënten met een totale heupvervangings. Tevens wordt gevraagd om vier maal per jaar een puntmeting uit te voeren om te bepalen welk percentage van het totaal aantal opgenomen ondervoede volwassenen en kinderen een adequate behandeling heeft gehad.

#### **4.4 Pijn na een operatie**

Pijnbestrijding is belangrijk, zowel voor het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het systematisch meten van de pijnbeleving van patiënten levert inzicht in de pijnervaring en draagt daardoor bij aan een effectievere pijnbestrijding. Zonder systematische pijnmeting wordt pijn vaak onderschat. Voor het systematisch meten van pijnintensiteit (pijnscore) zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar. Er wordt op een schaal van 1 tot 10 gevraagd naar het niveau van de pijn, waarbij 10 het hoogste pijnniveau aangeeft (NVA 2003).

Gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding is nog relatief nieuw. Er kunnen daardoor binnen ziekenhuizen grote verschillen zijn in het beleid op de verkoever afdeling (direct na de operatie) en op verpleegafdelingen. De indicator vraagt naar het percentage patiënten op de verkoever afdeling en op de verpleegafdeling waarbij een gestructureerde pijnmeting plaatsvindt. Tevens wordt gevraagd naar het percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de zeven.

#### **4.5 Delier**

Een delirium<sup>1</sup> is een acute verwardheid waarbij de aandacht is afgenomen en stoornissen in cognitieve functies optreden. Het is de frequentst optredende organisch-psychiatrische stoornis in het ziekenhuis (Osse and Tulen 2007). Het delier wordt per definitie veroorzaakt door een lichamelijke aandoening of gebruik van (genees)middelen (Mast, Eijk, and Slooter). Het is een ziektebeeld dat gepaard gaat met toegenomen morbiditeit en oversterfte (NVvP 2004). Na een heupfractuur is delier een frequente complicatie, de frequentie varieert van 16-62% met een gemiddelde van 35% (Wensen et al. 2007). Ondanks de klinische importantie wordt een delier vaak niet herkend of verkeerd gediagnosticeerd als dementie of een andere psychiatrische stoornis (Cole 2004).

---

<sup>1</sup> Delier en delirium zijn begrippen die beide gebruikt kunnen worden

Omdat tijdige onderkenning en behandeling van belang is voor de uitkomst, vooral bij oudere patiënten, ontwikkelt de inspectie een indicator waarbij wordt gevraagd naar de structuur (protocol en basisvoorziening) en screening van delirium.

#### **4.6 Samenhang tussen de indicatoren en overlap in onderzoekspopulatie**

Er is sprake van een onderlinge relatie tussen die vier zorgproblemen. Aangetoond is dat decubitus, delier en ondervoeding in hoge mate de prognose van de (oudere) patiënt bepalen (Rooij 2006). Ook medisch inhoudelijk is een relatie aangetoond: een operatie bijvoorbeeld kan aanleiding zijn voor een delier terwijl evaluatie van pijn, voedingstoestand en mobiliteit manieren zijn om een delier te voorkómen.

De vier indicatoren (decubitus, ondervoeding, pijn na operatie en delier) geven de inspectie informatie over ziekenhuisbreed geleverde zorg. Er wordt immers niet uitsluitend naar één afdeling of discipline gevraagd, maar naar de multidisciplinaire aanpak van complicaties die (verpleegkundige) zorg behoeven. De patiëntenpopulaties die geïnccludeerd zijn in de indicatoren zijn verspreid door het gehele ziekenhuis. Al deze factoren (klinische relatie, verspreiding van patiënten en multidisciplinaire zorg) maken dat de vier prestatie-indicatoren beschouwd kunnen worden als een integrale maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

De inspectie gaat bij het ontwikkelen van de prestatie-indicatoren uit van het basisprincipe dat de registratielast beperkt blijft en alleen verzwaard mag worden als dit tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leidt (IGZ 2007 b). Bij de ontwikkeling van de nieuwe prestatie-indicatoren delier en ondervoeding is hiermee expliciet rekening gehouden bij de het definiëren van de onderzoekspopulaties. Er is sprake van een overlap in onderzoekspopulaties zodat er integratie van dataverzameling plaats kan vinden. De aanname die de inspectie hiermee doet is echter gestoeld op eigen interpretatie. Immers de betekenis die aan informatie gegeven wordt, is afhankelijk van de kenmerken en ervaringen van een organisatie of persoon. De begrippen 'integratie van dataverzameling' en 'overlap in populatiedefinities' kunnen voor de inspectie een heel andere betekenis hebben dan voor de ziekenhuisorganisaties.

In tabel 4.1 is weergegeven welke onderzoekspopulaties de prestatie-indicatoren decubitus, ondervoeding pijn en delier omvatten. Zo is zichtbaar welke overlap er bestaat tussen de populaties.

Tabel 4.1: Onderzoekspopulaties

Onderwerp	Prevalentie	Incidentie
<b>Decubitus</b>	hele klinische ziekenhuispopulatie 1 maal per jaar	continue meting patiënten met totale heupvervangning
<b>Ondervoeding</b>	continu hele klinische ziekenhuispopulatie  4 maal per jaar <i>ondervoede</i> patiënten	continue meting <i>ondervoede</i> patiënten met totale heupvervangning
<b>Pijn na een operatie</b>	alle postoperatieve patiënten	
<b>Delier</b>	1 maal per jaar alle klinische patiënten > 70 jaar <sup>2</sup>	

De prevalentie van decubitus en ondervoeding wordt bij de hele ziekenhuispopulatie gevraagd, de incidentie van decubitus en de behandeling van ondervoeding wordt bij dezelfde patiëntenpopulatie gemeten (patiënten met een totale heupvervangning). Pijn na een operatie wordt bij alle postoperatieve patiënten gemeten, dus ook bij patiënten met een totale heupvervangning (IGZ 2007 b). In het Diaconessenhuis wordt jaarlijks een meting uitgevoerd naar de prevalentie van delier bij alle klinische patiënten ouder dan 70 jaar.

---

<sup>2</sup> Prestatie-indicator zoals gedefinieerd door het Diaconessenhuis Leiden

# Onderzoeksvragen en methodologie

---



*'Kennis, zelfs zuivere, welgegronde, welgeordende kennis (kunde) is intusschen nog geene wetenschap.  
Om tot wetenschap te komen moet men generaliseeren, zich boven de op zich zelf staande feiten  
verheffen ten einde de wetten te ontdekken, welke die feiten beheerschen' (Handwoordenboek van  
Nederlandsche Synoniemen 1908)*





## Hoofdstuk 5

---

# Onderzoeksvragen

### 5.1 Doelstelling onderzoek

Het primaire doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de wijze waarop het Diaconessenhuis Leiden de gegevens verzamelt voor de prestatie-indicatoren decubitus, delier, ondervoeding en pijn na een operatie. Met dit onderzoek wordt meer specifiek het volgende beoogd:

- verkrijgen van inzicht in de wijze waarop het Diaconessenhuis Leiden data verzamelt voor de vier genoemde prestatie-indicatoren;
- vaststellen of er binnen het ziekenhuis sprake is van samenhang in de dataverzameling;
- belichten van de factoren die de integratie van dataverzameling beïnvloeden en bevorderen;
- verkrijgen van inzicht in de wijze waarop professionals binnen het ziekenhuis betekenis geven aan de prestatie-indicatoren;
- verkrijgen van inzicht in de invloed van internalisatie van de externe prestatie-indicatoren op de betekenis die aan de indicatoren gegeven wordt.

### 5.2 Onderzoeksvraag en deelvragen

De onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen vormen het hart van dit onderzoek. De deelvragen zijn een concrete vertaalslag van de onderzoeksvraag. Antwoorden op de deelvragen resulteren in een antwoord op de onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag is ontstaan uit de situatie zoals geschetst in de inleiding en de doelstellingen van dit onderzoek.

**Welke betekenis geeft het Diaconessenhuis Leiden aan de externe prestatie-indicatoren delier, ondervoeding, decubitus en pijn na operatie?**

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. *Hoe is de dataverzameling voor de prestatie-indicatoren binnen het ziekenhuis georganiseerd?*

De eerste deelvraag geeft een praktisch inzicht in de wijze waarop het ziekenhuis de dataverzameling uitvoert. Centraal staat de werkwijze in de dagelijkse praktijk. Onderzocht wordt welke functionarissen betrokken zijn bij de dataverzameling, hoe de dataverzameling is georganiseerd binnen de informatie-infrastructuur, welke onderzoekspopulaties door het ziekenhuis zijn gedefinieerd en hoe de dataverzameling geïntegreerd is in de dagelijkse werkpraktijk. Bekeken wordt welke praktische hulpmiddelen zoals lijstjes, protocollen of software hiervoor worden gebruikt.

2. *Is er sprake van integratie in de dataverzameling en zo ja, welke factoren zijn hierop van invloed?*

Gegeven de overlap in de populatiedefinities van de prestatie-indicatoren decubitus, pijn, ondervoeding en delier, onderzoekt deze deelvraag specifiek of er bij de dataverzameling voor deze prestatie-indicatoren sprake is van integratie en hoe deze geïntegreerde dataverzameling wordt uitgevoerd. Tevens wordt onderzocht welke factoren van invloed zijn op een geïntegreerde dataverzameling.

3. *Hoe verhouden de prestatie-indicatoren zich tot andere kwaliteitssystemen of programma's binnen het ziekenhuis?*

Het verzamelen van de gegevens voor externe prestatie-indicatoren is verplicht. Deze verplichting geeft een andere dimensie aan de ervaren administratieve lastendruk. Wanneer de indicatoren gebruikt worden voor interne kwaliteitsverbeteringprojecten, zou de ervaren lastendruk lager en de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens veel hoger kunnen zijn (Commissie de Beer 2002). Deze deelvraag onderzoekt of de prestatie-indicatoren voor interne kwaliteitssystemen of programma's gebruikt worden en of dit effect heeft op de dataverzameling. Hierbij wordt dus de internalisatie van de prestatie-indicatoren onderzocht wat in relatie staat tot de betekenis die het ziekenhuis geeft aan de prestatie-indicatoren.

### 5.3 Relevantie van het onderzoek

#### 5.3.1 *Praktische relevantie*

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het beoogt inzicht te geven in de wijze waarop ziekenhuizen jaarlijks de gegevens verzamelen voor de prestatie-indicatoren, op welke wijze zij de dataverzameling in de dagelijkse werkprijkt integreren en welke factoren hierop van invloed zijn. Dit inzicht kan een handvat zijn voor de inspectie om de populatiebeschrijving van de indicatoren aan te passen om de registratielast beperkt te houden. Ook biedt dit onderzoek handvatten voor een ieder die te maken heeft met de dataverzameling voor indicatoren. Ziekenhuizen zouden kunnen leren van elkaars oplossingen en ideeën die naar aanleiding van dit onderzoek zijn verzameld.

#### 5.3.2 *Wetenschappelijke relevantie*

Dit onderzoek beoogt inzicht te bieden in de betekenis die van de prestatie-indicatoren vanuit het concept van *sensemaking* in relatie tot *internalisatie* van prestatie-indicatoren. Daarmee wordt een aanvulling gegeven aan de reeds bestaande literatuur over prestatie-indicatoren vanuit een nieuwe invalshoek.



# Hoofdstuk 6

---

## Methodologie

### 6.1 Onderzoeksopzet

Dit kwalitatieve onderzoek heeft plaatsgevonden tussen april en juli 2008. De onderzoeksvragen zijn het beste te beantwoorden met beschrijvend, interpreterend, praktijkgericht en explorerend onderzoek. Creswell beveelt een gevalstudie (casestudy) aan wanneer de onderzoeker diepgaand inzicht wil verkrijgen in de omstandigheden, dynamiek, en complexiteit van een case. Dit kan zijn een programma, een gebeurtenis, een activiteit, een proces, een persoon. In dit onderzoek is de case het Diaconessenhuis Leiden. Er is gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethodieken om data te verzamelen zodat de validiteit vergroot wordt (Creswell 2003; Bowling 2002).

### 6.2 Casuselectie

Er is gezocht naar een ziekenhuis dat voor elk van de vier prestatie-indicatoren (decubitus, ondervoeding, pijn na operatie en delier) een dataverzameling uitvoert. Daartoe is er een overzicht gemaakt van alle in Nederland aanwezige ziekenhuizen. In dit overzicht zijn de resultaten van 2006 van de prestatie-indicatoren pijn na een operatie en decubitus opgenomen. Deze resultaten zijn openbaar en zijn gepubliceerd op de internetpagina [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl). De aanname was dat een ziekenhuis dat data aanlevert voor de prestatie-indicatoren decubitus en pijn, ook beschikt over een systeem om deze data te verzamelen. Vervolgens is het overzicht aangevuld met gegevens over participatie aan het Sneller Beter programma 'ondervoeding'. Ook deze gegevens zijn openbaar en staan vermeld op de internetpagina [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl). De aanname hierbij was dat een ziekenhuis dat deelneemt aan het Sneller Beter programma ondervoeding, ook een systematische dataverzameling heeft opgezet voor de prestatie-indicator ondervoeding aangezien deze dataverzameling deel uitmaakt van het verbeterprogramma. De onderzoeker neemt deel aan de werkgroep die bezig is met het ontwikkelen van de prestatie-indicator delier. Aan de leden van de werkgroep is gevraagd of zij een ziekenhuis kennen of werken in een ziekenhuis dat een systematische screening naar en een behandeling van delier uitvoert en dat hier middels prestatie-indicatoren onderzoek naar doet. Ook de resultaten hiervan zijn aan het overzicht toegevoegd. Uit het overzicht bleek dat er één ziekenhuis was dat voor elk van de vier prestatie-indicatoren een dataverzameling uitvoert. Dit is het Diaconessenhuis Leiden.

### **6.3 Onderzoeksubject**

Het Diaconessenhuis Leiden is een algemeen ziekenhuis met ruim 1200 medewerkers, 70 medisch specialisten en 300 bedden. Vrijwel alle specialismen zijn in het ziekenhuis vertegenwoordigd. Het Diaconessenhuis heeft geparticipeerd in een aantal kwaliteitverbeteringsprogramma's. Er zijn verbeteringsprojecten uitgevoerd in het kader van het landelijke programma Sneller Beter en het ziekenhuis heeft zich aangesloten bij het Belgisch Nederlands Netwerk Klinische Paden. Hierdoor worden op verschillende terreinen projectmatig kwaliteitsverbeteringsprojecten uitgevoerd.

### **6.4 Dataverzameling**

Er wordt methodetriangulatie gebruikt om de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Bij methodetriangulatie worden meerdere methodieken om gegevens te verzamelen door elkaar heen gebruikt. Binnen dit onderzoek is van observaties, interviews en documentanalyse gebruik gemaakt.

#### **Observaties**

De onderzoeksvorm voor de observaties is participerende observatie. Hierbij is de onderzoeker in het veld aanwezig en ervaart en ondergaat de gebeurtenissen. Deze gebeurtenissen worden verklaard, uitgelegd en toegelicht door de participanten (Bowling 2002; Hart et al. 1996). Er is onderzoek gedaan tijdens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) op 1 april, op de verpleegafdeling 2A (neurologie en longziekten) en op de afdeling Intensive Care. Er is daarbij steeds uitgelegd waar de onderzoeker voor komt, waar het onderzoek over gaat en waar de onderzoeker werkzaam is.

Tijdens de LPZ meting op 1 april is de onderzoeker bij het startgesprek aanwezig geweest en heeft de onderzoeker meegelopen met de specialistisch verpleegkundige decubitus en wondzorg. Er is gesproken met de deelnemende verpleegkundigen. Op de afdeling 2A is in een gesprek met een verpleegkundige het proces rond het invullen van de verpleegkundige anamnese gereconstrueerd aan de hand van een aantal statussen van patiënten opgenomen op de afdeling. Op de intensive care is geobserveerd hoe de nurse practitioner psychiatrie de screening naar delier uitvoert en hoe hiermee in de statussen van de patiënten wordt omgegaan.

#### **Interviews**

Er zijn 11 interviews afgenomen met verschillende functionarissen. De interviews hebben face to face plaatsgevonden. Het gesprek duurde gemiddeld ongeveer een uur, de interviews zijn opgenomen op tape en er is een transcriptie gemaakt welke ter verificatie

aan de geïnterviewde is toegestuurd. Daarnaast is in één interview in een telefoongesprek afgenomen. De belangrijkste conclusies hiervan zijn genoteerd. Er is na de interviews nog aantal vragen aan een aantal geïnterviewden per email gesteld en beantwoord. De interviews zijn semi-gestructureerd en afgenomen aan de hand van een topiclijst. Deze topiclijst (bijlage 2) bevat alle belangrijke onderwerpen die in het interview behandeld zijn. De wijze waarop en de volgorde waarin de onderwerpen aan bod zijn gekomen, is afhankelijk geweest van de omstandigheden (Hart et al. 1996). De volgende functionarissen zijn geïnterviewd:

- Algemeen directeur
- Hoofd Zorg
- Specialistisch verpleegkundige geriatric
- Medewerker medische registratie
- Kwaliteitsfunctionaris
- Anesthesioloog
- Pijnconsulent
- Verpleegkundige
- Nurse practitioner psychiatrie
- Hoofd diëtetiek
- Nurse practitioner orthopedie
- Specialistisch verpleegkundige decubitus en wondzorg

### **Documentanalyse**

Er is documentanalyse uitgevoerd om de formele afspraken en structuren te analyseren. Documentanalyse levert snel en veel informatie op (Creswell 2003). Er is gebruik gemaakt van de informatie te vinden op de internetpagina van het Diaconessenhuis Leiden. Daarnaast zijn een aantal protocollen, zorgpaden en notities geanalyseerd. De lijst met geanalyseerde documenten is opgenomen in het literatuuroverzicht.

### **6.5 Data-analyse**

Alle onderzoeksdata zijn cyclisch doorgewerkt. Er is gebruikt gemaakt van de methodiek beschreven door Creswell. Hierbij wordt in zes stappen structuur gegeven aan het proces van data-analyse (Creswell 2003). In de eerste stap van organisatie en voorbereiding zijn alle interviews uitgewerkt en de overige data georganiseerd en gesorteerd naar thema. In de tweede stap zijn alle data doorgenomen om een algemene indruk van de data te verkrijgen. Vervolgens zijn in een aantal stappen van doornemen en coderen, verschillende onderwerpen benoemd. Deze onderwerpen zijn in de vierde stap ondergebracht naar de thema's uit de afzonderlijke deelvragen. In stap vijf is per onderzoeksvraag een antwoord geformuleerd (zie hoofdstuk 7, 8 en 9). Als laatste stap zijn deze gegevens geïnterpreteerd en in relatie tot het theoretisch kader geplaatst (zie hoofdstuk 10).

## 6.6 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid betreft de navolgbaarheid en de controleerbaarheid van het onderzoek (Creswell 2003). Om de betrouwbaarheid te waarborgen, zijn een aantal acties ondernomen.

Alle dataverzameling en data-analyse zijn systematisch uitgevoerd en vastgelegd. Interviews zijn door dezelfde onderzoeker afgenomen, vastgelegd met opnameapparatuur en er is een transcriptie van geschreven. Deze transcripties zijn ter verificatie en aanvulling aan de geïnterviewde toegezonden.

De validiteit van een onderzoek bepaalt of er verband gelegd kan worden tussen de theorie en de waargenomen verschijnselen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit. Indien bij onderzoek slechts één soort onderzoeksmethode wordt toegepast kan een eenzijdig beeld verkregen worden. Vandaar dat bij dit onderzoek meerdere onderzoeksmethoden naast elkaar zijn toegepast om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Op deze manier is van triangulatie gebruik gemaakt zodat de interne validiteit en de betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens zijn vergroot (Hart et al. 1996).

De externe validiteit van een onderzoek betreft de generaliseerbaarheid van de conclusies. Aangezien er onderzoek gedaan is bij één onderzoekslocatie, kan er niet gebruik worden gemaakt van statistiek om de externe validiteit aan te tonen. Het streven is dan ook naar een inhoudelijke generalisatie. Hierbij gaat het om de vergelijkbaarheid op hoofdlijnen. De onderzoeksresultaten kunnen dan generaliseerbaar zijn naar andere locaties die (nagenoeg) gelijk zijn aan de onderzoekslocatie (Hart et al. 1996).

## 6.7 Morele overwegingen

Ik ben werkzaam als stafmedewerker bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hier ben ik o.a. betrokken bij het formuleren van prestatie-indicatoren en de analyse van data verkregen uit prestatie-indicatoren. Deze positie heeft voor dit onderzoek zowel positieve als negatieve aspecten. Enerzijds heeft mijn functie juist als een soort drang naar openheid een aantal deuren geopend. Anderzijds ben ik nooit slechts een student met een onderzoek geweest, dit maakt dat de toegang tot verpleegafdelingen lastiger was. Wel heb ik in alle gesprekken vermeld dat ik weliswaar werkzaam ben bij de IGZ, maar dat het onderzoek geldt als afstudeeronderzoek en niet als inspectiebezoek. Ik ben geen inspecteur en gebruik de gevonden resultaten niet als toets op de geleverde kwaliteit van zorg.



Ook is het belangrijk de wetenschappelijke onafhankelijkheid te waarborgen. Het feit blijft dat ik een onderzoek uitvoer in opdracht van mijn werkgever. Door steeds in nauw overleg met de afstudeerbegeleiders van de universiteit en van de inspectie te blijven, heb ik ervoor gezorgd een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek uit te voeren.

De resultaten die worden verkregen uit het onderzoek zullen vertrouwelijk worden behandeld. De respondenten kunnen te allen tijde inzicht krijgen in de verzamelde onderzoeksresultaten. De onderzoeksresultaten blijven in mijn bezit.



# Resultaten

---



*Het is kwaliteit eerder dan kwantiteit die telt'  
(Lucius Annaeus Seneca 5vC-65AD, Romeins filosoof en raadgever aan Nero)*



## Hoofdstuk 7

---

# Dataverzameling voor de prestatie-indicatoren

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het Diaconessenhuis Leiden de dataverzameling voor de prestatie-indicatoren decubitus, ondervoeding, delier en pijn na een operatie heeft georganiseerd en hoe en door wie deze dataverzameling wordt uitgevoerd.

Het Diaconessenhuis Leiden heeft een commissie ingesteld die de dataverzameling van alle prestatie-indicatoren uit de basisset begeleidt, coördineert en incidenteel zelf uitvoert. Deze commissie bestaat uit een kwaliteitsfunctionaris, een medisch specialist, twee medewerkers van de afdeling planning en control en een lid van de directie (op afroep). De commissie heeft tot taak de logistiek rond het verzamelen van de data te bewaken. De kwaliteitsfunctionaris regelt de verspreiding van de vragen over de ziekenhuismedewerkers die de gegevens kunnen aanleveren. Bijvoorbeeld voor decubitus, stuurt de kwaliteitsfunctionaris de vragen (per email) naar de verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg met het verzoek de antwoorden op de vragen aan te leveren. De kwaliteitsfunctionaris ontvangt en controleert alle antwoorden voordat ze definitief op de website worden gepubliceerd.

### 7.2 Decubitus

#### 7.2.1 Preventie van decubitus

Decubitus is een zorgprobleem dat al een aantal jaren in de belangstelling staat van het Diaconessenhuis Leiden. Daarom is er een verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg aangesteld die verantwoordelijk is voor het decubitus- en wondbeleid van het ziekenhuis.

Wanneer een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis, voert een verpleegkundige een zogenaamd anamnesegebesprek met de patiënt en/of zijn familie. Tijdens dit gesprek stelt de verpleegkundige vragen over de ziekte, thuissituatie, levensgewoonten en algemene lichamelijke toestand van de patiënt. Ook worden tijdens dit gesprek een aantal screenings uitgevoerd, zoals het invullen van een Bradenschaal. Met een Bradenschaal wordt het risico op het verkrijgen van decubitus bepaald. Als een patiënt een hoog risico heeft, worden er preventieve maatregelen genomen zoals wisselgigging. Deze acties worden genoteerd in het verpleegplan.

### 7.2.2 *Prevalentie van decubitus*

De prestatie-indicator decubitus vraagt naar de prevalentie van decubitus ziekenhuisbreed en de incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervanging. Het Diaconessenhuis participeert in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Dit is een jaarlijkse meting gehouden door de afdeling Verpleegwetenschappen van de Universiteit van Maastricht. Tijdens de meting wordt het vóórkomen, de preventie en de behandeling van de zorgproblemen decubitus, incontinentie, ondervoeding, smetplekken, vallen en fixeren gemeten (LPZ 2007). De metingen sluiten aan bij de prestatie-indicatoren van de IGZ (LPZ 2008). Het beantwoorden van het deel van de prestatie-indicator over de prevalentie van decubitus kan hiermee geïncorporeerd worden in de reeds sinds 1998 bestaande landelijke meting. In het Diaconessenhuis is de verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg de coördinator van de LPZ-meting. Jaarlijks regelt zij dat in 1 dag op elke verpleegafdeling alle patiënten gescreend worden op aanwezigheid van zorgproblemen. De screening gebeurt door de afdelingsverpleegkundigen op hun eigen afdeling. Deze meting is uitgevoerd op 1 april 2008 en door de onderzoeker geobserveerd.

Het Diaconessenhuis heeft besloten aantal patiëntencategorieën te excluderen van het onderzoek. Dit zijn de patiënten in dagbehandeling, kinderen, kraamvrouwen en patiënten op een short stay afdeling. Dit zijn allemaal redelijk mobiele patiënten met een laag risico op het verkrijgen van decubitus. Wanneer het ziekenhuis deze patiënten zou includeren, dan zou de prevalentie lager worden. Tijdens de meting zijn nog twee patiënten geëxcludeerd, één patiënt omdat deze terminaal was en de verpleegkundige de patiënt niet wilde belasten met het lichamelijk onderzoek, en één patiënt die de Nederlandse taal niet beheerste. Het was moeilijk om deze patiënt uit te leggen dat er een meting gaande was en wat dat voor hem voor consequenties zou hebben.

Voor elke patiënt wordt een formulier ingevuld. Hierop worden een aantal algemene gegevens ingevuld waaronder persoonlijke kenmerken (geboortedatum, geslacht) en ziektegerelateerde kenmerken (ziektebeeld, zorgvraag, operatie). Daarnaast worden per zorgprobleem een aantal vragen beantwoord. Wat betreft decubitus zijn dit (onder andere) vragen over de risicoscore (Braden), de uitgevoerde preventieve handelingen, de locatie en ernst van de decubitus, de behandeling van decubitus etc. De coördinator (de verpleegkundig specialist decubitus en wondzorg) brengt de resultaten over aan de LPZ via internet. Via de LPZ-meting wordt veel meer gemeten dan waar de inspectie om vraagt. Daarom wordt door de LPZ uit alle resultaten, die gegevens gehaald, die nodig zijn om het antwoord te geven op de prestatie-indicator over de prevalentie van decubitus.

Deze jaarlijkse meting is voor de verpleegkundigen een activiteit die naast het dagelijks werk wordt uitgevoerd. Ze worden speciaal ingezet om deze meting uit te

voeren. Tijdens de observatie van de meting is gebleken dat de verpleegkundigen goed zijn voorbereid. Ze hebben vaak al voorbereidende werkzaamheden uitgevoerd zoals het meten en wegen van de patiënten. De meeste verpleegkundigen vinden het leuk om jaarlijks mee te doen en vragen er zelfs speciaal naar. Dat het een speciale activiteit is, blijkt ook uit de manier waarop de coördinator over de meting spreekt:

*"Er wordt nog steeds niet veel gemeten [in de dagelijkse werkpraktijk], dus dit is wel spannend en leuk. Ik probeer er wel altijd een feestje van te maken. Het moet wel iets bijzonders zijn. Als ze klaar zijn (...) krijgen ze een cadeautje. Ik heb ook wel eens een jaar gehad dat we hele goede uitslagen hadden, toen heb ik de bakker hier taarten laten maken met het percentage erop. Ik heb altijd wel geprobeerd er iets bijzonders van te maken en dat heeft mensen denk ik ook wel enthousiast voor de metingen gemaakt."*

### 7.2.3 Incidentie van decubitus

Naast de prevalentie van decubitus, wordt door de inspectie ook de incidentie gevraagd. Dit betreft het totaal aantal nieuwe gevallen van decubitus bij een homogene patiëntenpopulatie, namelijk de patiënten die zijn opgenomen voor een totale heupvervanging (IGZ 2008). De nurse practitioner orthopedie loopt dagelijks visite op de verpleegafdeling waar deze patiënten zijn opgenomen. Wanneer de afdelingsverpleegkundigen hebben geconstateerd dat een patiënt decubitus heeft, noteren ze dat in de status van de patiënt. De nurse practitioner neemt deze gegevens over in een overzicht zodat ze bij kan houden hoeveel patiënten decubitus hebben gekregen gedurende een heel kalenderjaar.

## 7.3 Ondervoeding

Op 1 januari 2006 is het Sneller Beter project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen' van start gegaan. In 2007 hebben de diëtisten van het Diaconessenhuis Leiden zich hierbij aangesloten en zijn ze gestart met de implementatie van dit landelijke verbeterproject rondom ondervoeding. Hierbij is eerst op een pilotafdeling gestart met de implementatie van het screeningsinstrument op ondervoeding: de SNAQ. De SNAQ is de Short Nutritional Assessment Questionnaire, ontwikkeld door Kruizenga et al., zie afbeelding 7.1 (Kruizenga 2005). De SNAQ bestaat uit een aantal eenvoudige vragen. Het antwoord op de vragen levert een score op van een aantal stippen. Bij één stip is de patiënt niet ondervoed, bij twee stippen is de patiënt matig ondervoed en bij drie stippen is de patiënt ernstig ondervoed. Afhankelijk van de uitslag worden eventueel acties ondernomen zoals het geven van speciale maaltijden, het aanbieden van tussendoortjes of het inschakelen diëtist.

<h1 style="margin: 0;">SNAO</h1> <h2 style="margin: 0;">Short Nutritional Assessment Questionnaire</h2>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bent u onbedoeld afgevallen? Meer dan 6 kg in de laatste 6 maanden Meer dan 3 kg in de afgelopen maand</li> <li>• Had u de afgelopen maand een verminderde eetlust?</li> <li>• Heeft u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt?</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <span>●●●</span>  <span>●●</span>  <span>●</span>  <span>●</span> </div>
<div style="font-size: small;"> <p>● geen actie</p> <p>●● 2 x per dag een tussenmaaltijd</p> <p>●●● 2 x per dag een tussenmaaltijd en behandeling van een diëtist</p> </div>	

*Afbeelding 7.1: Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)*

De prestatie-indicator ondervoeding is in 2008 erg veranderd ten opzichte van 2007. In 2007 is gevraagd naar de wijze van screenen, het aantal volwassen patiënten dat is gescreend op ondervoeding en het aantal daarvan dat ondervoed was. In 2008 bestaat de indicator uit twee delen. In het eerste deel wordt gevraagd naar het totaal aantal klinische patiënten opgenomen in het verslagjaar (uitgesplitst in volwassenen en kinderen) waarbij een screening op ondervoeding is uitgevoerd. Vervolgens wordt gevraagd naar het aantal van de gescreende patiënten dat geclassificeerd is als matig en als ernstig ondervoed. In het tweede deel wordt gevraagd naar de behandeling van ondervoeding bij die patiënten die geclassificeerd zijn als ernstig ondervoed.

Het Diaconessenhuis heeft het screenen op ondervoeding nog niet geïmplementeerd op de kinderafdeling en kan voor het eerste deel van de indicator deze gegevens dus niet aanleveren. Op de klinische afdelingen voor volwassenen wordt wel een screening uitgevoerd. Aan elke patiëntenstatus wordt bij een nieuwe opname door de secretaresse van de afdeling een SNAQ formulier toegevoegd. In het anamnesegegesprek vult de verpleegkundige het scoreformulier in. Afhankelijk van de uitslag volgt eventueel een actie. Na ontslag worden de SNAQ scorelijsten uit de status gehaald en bewaard in een postvakje totdat de diëtiste de lijsten ophaalt. Vervolgens is het de bedoeling dat de diëtisten de gegevens overnemen in een overzicht. Dit is echter tot op heden nog niet gelukt, wegens tijdgebrek van de diëtisten zijn de lijsten alleen verzameld.

Het tweede deel van de indicator betreft de behandeling van ondervoeding bij de ernstig ondervoede patiënten. Deze indicator bestaat ook weer uit drie subdelen, deel A,



B en C. Voor elk subdeel wordt gevraagd naar het percentage ernstig ondervoede patiënten dat een adequate eiwit- of energie-inname heeft gehad op de vierde opnamedag. Om dit te kunnen bepalen, dient op de vijfde opnamedag de eiwit- of energie-inname berekend te worden van de dag daarvoor. Bij een voldoende eiwit- of energie-inname is de patiënt adequaat gevoed. De criteria voor een adequate voeding zijn bij de diëtist bekend en zijn vermeld bij de tekst van de prestatie-indicator.

Subdeel A vraagt naar de behandeling van ondervoeding bij volwassenen met een totale heupvervangingsoperatie. Het betreft een incidentiemeting. Dit betekent dat gedurende het hele jaar bijgehouden moet worden of de ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie een adequate voeding hebben gehad. Subdeel B en C betreffen vier prevalentiemetingen van de behandeling van ondervoeding bij respectievelijk volwassenen en kinderen. Dit betekent dat in ieder kwartaal één meting uitgevoerd moet worden. Hierbij moet bij alle in het ziekenhuis opgenomen ernstig ondervoede volwassenen en kinderen op de vijfde opnamedag bepaald worden of ze de dag daarvoor een adequate voeding hebben gekregen. De incidentiemeting bij volwassenen met een totale heupvervangingsoperatie (subdeel A) en de meting bij kinderen (subdeel C) worden door het Diaconessenhuis nog niet uitgevoerd.

De eerste prevalentiemeting voor de behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede volwassenen (subdeel B) is in het eerste kwartaal van 2008 niet uitgevoerd. De diëtisten hebben pas in maart inzicht gekregen in de inhoud en omvang van de prestatie-indicator en de mate waarin deze veranderd is ten opzichte van het jaar daarvoor. Er was toen te weinig tijd om deze eerste prevalentiemeting uit te voeren.

De LPZ meting op 1 april 2008 viel in het tweede kwartaal van 2008. Tijdens deze meting, waarbij onder andere de gegevens zijn verzameld voor de indicator decubitus, is per patiënt ook bijgehouden óf er een SNAQ formulier is ingevuld en welke score de patiënt had. De verpleegkundigen die de LPZ meting hebben uitgevoerd, hebben de opdracht gekregen om van ernstig ondervoede patiënten het patiëntnummer op te schrijven, zodat later in het verpleegkundig dossier opgezocht kan worden of de eiwitinname op de vierde opnamedag adequaat is geweest. Echter de verpleegkundigen hebben alleen het kamernummer en het bednummer genoteerd. Na ontslag of verplaatsing bleek niet meer te achterhalen welke patiënt op welk bed lag. Daarom was het tijdens deze meting niet mogelijk om te bepalen of de patiënt genoeg eiwit binnen heeft gekregen op de vierde opnamedag. Hiermee is ook de tweede prevalentiemeting niet gelukt. De diëtisten hebben ook gedurende de rest van het tweede kwartaal niet genoeg tijd gehad om de prevalentiemeting uit te voeren.

## 7.4 Pijn na een operatie

In het Diaconessenhuis is de anesthesioloog in 2005 gestart met de implementatie van de richtlijn 'postoperatieve pijnbestrijding op de verkoever/verpleegafdeling'. Tevens zijn er twee verkoeververpleegkundigen elk voor 10 uur aangesteld als pijnconsulent. Op elke verpleegafdeling zijn twee aandachtsvelders POP<sup>1</sup> aangesteld (verpleegkundigen met een extra aandachtsgebied), gesuperviseerd door de pijnconsulenten. De anesthesioloog is medisch inhoudelijk verantwoordelijk voor de pijnconsulenten.

Het Diaconessenhuis meet van alle postoperatieve patiënten op de verkoever en op de verpleegafdelingen een pijnscore. Aan de hand van deze POP-score wordt het pijnmedicatiebeleid bepaald. In het Diaconessenhuis wordt de pijnmeting wordt verricht aan de hand van een meetlat, de patiënt geeft via een aantal smiley's aan hoe de pijn wordt ervaren (zie afbeelding 7.2). De verpleegkundige zet dit met de meetlat om in een getal op een schaal van 0 tot 10. Hierbij betekent 0: 'pijnvrij' en 10: 'ondraaglijke pijn'. Op achterkant van de meetlat staan ook sedatiescores vermeld. Dit is naast de pijnscore een belangrijke maat om het pijnmedicatiebeleid te bepalen.



Afbeelding 7.2: meetlat voor pijnscore, links de voorkant, rechts de achterkant

De prestatie-indicator 'pijn na een operatie' bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt gevraagd naar het percentage patiënten waarbij zowel op de verkoeverafdeling als op de verpleegafdeling een gestandaardiseerde pijnmeting is afgenomen. In het tweede deel wordt gevraagd naar het aantal patiënten dat op enig moment een pijnscore heeft van boven de zeven.

Het Diaconessenhuis werkt volgens de richtlijn 'postoperatieve pijnbestrijding op de verkoever/verpleegafdeling'. In de richtlijn voor de verkoever is opgenomen dat er een pijnscore moet worden bepaald direct na aankomst op de verkoever. Afhankelijk van de score wordt er al dan niet medicatie toegediend. Wanneer de patiënt een pijnscore heeft van  $\leq 4$  (en voldoet aan een aantal andere ontslagcriteria) wordt de patiënt ontslagen naar de verpleegafdeling. De verpleegkundigen op de verkoever nemen de pijnscore en de andere klinische gegevens over op een lijst, de anesthesioloog tekent op

<sup>1</sup> Postoperatieve pijn wordt ook wel POP genoemd

deze lijst voor ontslag. De verkoever is alleen geopend tijdens werkdagen van 08:00 uur tot 18:00 uur. Buiten kantooruren verkoeveren de geopereerde patiënten op de verpleegafdeling of op de intensive care.

De verpleegafdelingen werken volgens de richtlijn 'postoperatieve pijnbestrijding op de verpleegafdeling'. In deze richtlijn is ook opgenomen dat de verpleegkundige de pijnscore meet (en andere klinische parameters zoals de sedatiescore bepaalt) en op basis hiervan beslist of er pijnmedicatie toegediend mag worden. Wanneer iedereen volgens protocol werkt, zou theoretisch van alle patiënten een pijnscore bekend moeten zijn. Het Diaconessenhuis gaat hier ook van uit en vult 100% bij de vraag over het percentage patiënten waarbij op de verkoever en de verpleegafdeling een pijnscore gemeten wordt. Incidenteel wordt deze werkpraktijk getoetst door de afdelingsverpleegkundigen met POP als aandachtsgebied. Zij controleren steekproefsgewijs de pijn- en sedatiescorelijsten. Deze steekproeven worden niet structureel uitgevoerd en de resultaten hiervan worden niet structureel terug gecommuniceerd. De anesthesioloog geeft aan dat hiervoor in de huidige bezetting geen tijd beschikbaar is.

Het tweede deel van de prestatie-indicator wordt bepaald door jaarlijks twee steekproeven uit te voeren. Twee maal per jaar wordt gedurende 14 dagen aan de status van alle postoperatieve patiënten een extra formulier toegevoegd. De verpleegkundigen op de verkoever en op de verpleegafdelingen, vullen dit formulier in, naast de reeds bestaande registratie. Op dit extra formulier worden de minimale en maximale pijnscore gemeten op de verkoever ingevuld. Daarnaast moet op de verpleegafdeling vanaf het moment van aankomst tot 72 uur daarna, elke 8 uur een pijnscore van de patiënt worden bepaald. Dit gebeurt naast de reguliere metingen. Er moeten daarom dus gegevens dubbel genoteerd worden. Dit geeft een extra belasting voor de verpleegkundigen op de verkoever en verpleegafdeling. Om die reden is het volgens de anesthesioloog en de pijnconsulent nodig om er veel aandacht aan te besteden:

*"[het meten gebeurt] als je er maar fiks achteraan blijft zitten (...) controle, controle, controle."*

Tijdens de steekproef halen de afdelingssecretaresses de extra formulieren uit de status en leggen deze apart. Als dat niet is gedaan, gaan de pijnconsulenten naar het archief om daar de meetbriefjes te verzamelen uit de patiëntenstatus. De patiënten die zijn geopereerd in dagbehandeling worden ook (regulier) gescoord op de pijnbeleving. Er wordt één maal gebeld door de dagverpleging, vervolgens nog twee maal door de pijnconsulent. Er wordt dan via de telefoon naar de pijnbeleving gevraagd. Uit al deze metingen wordt geturfd hoeveel patiënten een pijnscore hebben gehad van 7 of hoger. Deze gegevens worden doorgegeven aan de inspectie.

## 7.5 Delier

Het Diaconessenhuis heeft twee zorgprogramma's voor delirium. Eén in de kliniek en één op de intensive care unit (ICU). Er bestaat nog geen externe prestatie-indicator voor delier. Verwacht wordt dat de prestatie-indicator opgenomen zal worden in de basisset prestatie-indicatoren van 2010.

In het zorgprogramma delier in de kliniek wordt als eerste stap bij elke patiënt ouder dan 70 jaar een risico-inschatting gedaan op het krijgen van een delier. Dit gebeurt doordat de verpleegkundige tijdens de verpleegkundige anamnese een zogenaamde ISAR afneemt. Dit is een scorelijst waarmee wordt vastgesteld of een patiënt een verhoogd risico heeft op het krijgen van een delier (zie bijlage 4). Wanneer de ISAR positief is, wordt 3 maal per dag gedurende 5 dagen een Delirium Observatie Screening Schaal (DOSS) ingevuld (zie bijlage 4). Hiermee wordt door de verpleegkundige bijgehouden of de patiënt een delier heeft. Wanneer de DOSS positief is wordt de arts ingeschakeld die een diagnose stelt en een medisch behandelplan opstelt.

Op de ICU worden alle patiënten beschouwd als een hoog risicopatiënt voor het krijgen van een delier, ongeacht de leeftijd. Om die reden wordt er geen ISAR score bepaald. Wel dient bij alle patiënten twee maal per dag de CAM-ICU afgenomen te worden (zie bijlage 4). Dit is een vragenlijst speciaal ontwikkeld voor de IC, om te diagnosticeren of de patiënt een delier heeft of niet. De IC-verpleegkundigen doen dit om 8 uur en 22 uur bij alle patiënten. De uitslag wordt als positief (CAM +) of negatief (CAM -) in de status van de patiënt genoteerd.

Om te meten hoe het zorgprogramma delier wordt uitgevoerd, is door de verpleegkundig specialisten geriatrie en psychiatrie in april een prevalentie-meting gedaan. Hierin zijn een aantal prestatie-indicatoren gescoord. Ten eerste zijn bij afdelingen waar het zorgprogramma delirium is geïmplementeerd, procesindicatoren gemeten. Het percentage patiënten (> 70 jaar) waarbij de ISAR is afgenomen en het percentage patiënten waarbij bij positieve ISAR de DOSS is afgenomen zijn bepaald. Daarnaast is op alle verpleegafdelingen (ongeacht of het zorgprogramma delirium is geïmplementeerd) bij alle patiënten > 70 jaar de aanwezigheid van een delirium gediagnosticeerd door de verpleegkundig specialisten. Vervolgens is gescoord of de medische en verpleegkundige behandeling is ingezet. Op de ICU is tijdens de prevalentie-meting vastgesteld hoeveel patiënten een delier hadden, of dit in de status is vermeld en of de CAM-ICU is afgenomen.

## Hoofdstuk 8

---

# Integratie in dataverzameling voor prestatie-indicatoren

### 8.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de dataverzameling per indicator plaatsvindt. Om te analyseren of er sprake is van integratie in de dataverzameling wordt in dit hoofdstuk het overkoepelend systeem bekeken.

### 8.2 Dataverzameling voor de indicatoren

De vier prestatie-indicatoren hebben alle betrekking op zorgproblemen die patiënten kunnen hebben of krijgen tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Het zijn alle vier zorgproblemen die in het Diaconessenhuis in de loop der jaren aandacht hebben gekregen en waar een bepaalde functionaris voor is aangetrokken of waaraan een afdeling extra aandacht heeft besteed, zie tabel 8.1.

Tabel 8.1: Zorgproblemen

Aandoening	Specialist <sup>1</sup>	Actie	Sinds
<b>Delier</b>	Specialistisch verpleegkundige geriatrie	Zorgprogramma delirium in de kliniek	2004
	NP-psichiatrie <sup>2</sup>	Zorgprogramma delirium op de ICU	2007
<b>Decubitus</b>	Specialistisch verpleegkundige decubitus en wondzorg	Introductie decubituszorg en coördinatie LPZ meting	1998 (LPZ sinds 2000)
<b>Ondervoeding</b>	Afdeling diëtetiek	Protocol en behandelplan SNAQ	2007
<b>Pijn na operatie</b>	Pijnconsulent / anesthesist	Pijnprotocol	2005

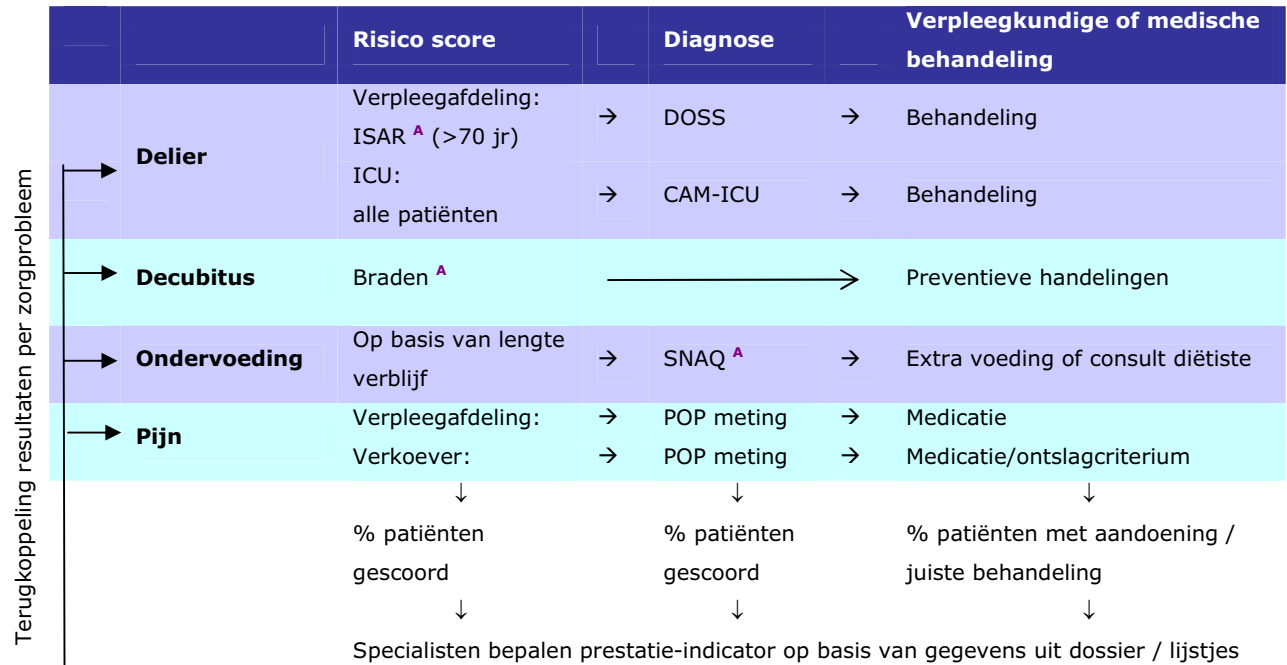
---

<sup>1</sup> Met specialist worden die zorgverleners bedoeld die hoofdzakelijk betrokken zijn bij het betreffende zorgprobleem.

<sup>2</sup> NP=Nurse Practitioner

Elk indicator is op een vergelijkbare wijze vervlochten met de werkwijze. In figuur 8.2 wordt dit schematisch weergegeven.

Figuur 8.2: Indicatoren in de werkwijze



De verpleegkundigen bepalen met behulp van een gestandaardiseerde scorelijst (ISAR, Braden) of een patiënt een risico heeft op een bepaalde aandoening, of ze stellen een diagnose (DOSS, CAM-ICU, SNAQ, POP). Afhankelijk van de uitslag vindt een actie plaats door artsen en/of verpleegkundigen. Deze acties worden genoteerd in het dossier, bijvoorbeeld in het verpleegplan, maar ook op andere lijstjes, zoals bij ondervoeding op de voedingslijsten van de patiënt.

De items met een <sup>A</sup> worden afgenomen tijdens de verpleegkundige anamnese. Tijdens de anamnese stelt de verpleegkundige aan de patiënt en/of zijn familie vragen over de ziekte, de persoonlijke situatie en de gezondheidstoestand van de patiënt. Als uit het gesprek de gegevens voor de scorelijsten al naar voren komen, vult de verpleegkundige de lijsten uit het hoofd in. De acties die ondernomen moeten worden, bijvoorbeeld de volgende vijf dagen een DOSS screening uitvoeren, worden opgeschreven in het verpleegplan.

Om de gegevens voor de prestatie-indicatoren te verkrijgen, voeren de specialisten verschillende soorten onderzoek uit, zie tabel 8.2.

Tabel 8.2: Verkrijgen van gegevens voor de prestatie-indicatoren

Aandoening	Specialist	Indicator <sup>3</sup>	Actie
<b>Delier</b>	Specialistisch verpleegkundige geriatrie / NP psychiatrie	% ISAR afgenomen	Jaarlijkse meting in hele kliniek, door specialist uitvoeren van statusonderzoek en delier diagnosticeren
		% DOSS afgenomen	
		% CAM-ICU afgenomen	
		Prevalentie delirium	
		% behandelingen ingezet	
<b>Decubitus</b>	Specialistisch verpleegkundige decubitus & wondzorg	Prevalentie decubitus	Jaarlijkse LPZ meting, meting uitgevoerd door verpleegkundigen.
		NP orthopedie	Incidentie decubitus (heup pat) Incidentie door NP orthopedie.
<b>Ondervoeding</b>	Afdeling diëtetiek	% SNAQ afgenomen	SNAQ scorelijsten verzamelen door afdelingssecretaresses, door diëtisten overnemen in systeem, vier maal per jaar prevalentiemeting op behandeling door diëtisten
		% Volw. ondervoed	
		Prevalentie (4x) % juiste behandeling	
<b>Pijn na operatie</b>	Pijnconsulent / anesthesist	% Pijnmetingen	2 x per jaar onderzoek in hele kliniek, extra scorelijst invullen, lijsten verzamelen door pijnconsulent
		% Patiënten met pijnscore > 7	

Voor al deze indicatoren geldt dat ze betrekking hebben op een zorgproces dat onderdeel is van de dagelijkse werkpraktijk. Het verzamelen van de gegevens voor de prestatie-indicatoren wordt gedaan door de specialist verantwoordelijk voor het zorgprobleem. Dit vindt buiten de dagelijkse werkpraktijk van de verpleegkundigen plaats. Voor decubitus voeren de afdelingsverpleegkundigen 1 maal per jaar de prevalentiemeting uit. De Nurse Practitioner orthopedie houdt gedurende het hele jaar de incidentie van decubitus bij. Bij pijn na operatie wordt twee maal per jaar een onderzoek uitgevoerd, gedurende twee weken vullen de verpleegkundigen een extra scorelijst in. Bij delier voeren de specialistisch verpleegkundigen zelf jaarlijks een onderzoek uit. Bij ondervoeding is tot op heden nog geen onderzoek uitgevoerd. Elke specialist schrijft een rapportage over de gevonden resultaten en koppelt deze terug naar de afdelingen en management van het ziekenhuis (zie figuur 8.2).

<sup>3</sup> De prestatie-indicator voor delier is de interne indicator van het Diaconessenhuis Leiden, de overige prestatie-indicatoren zijn de IGZ indicatoren

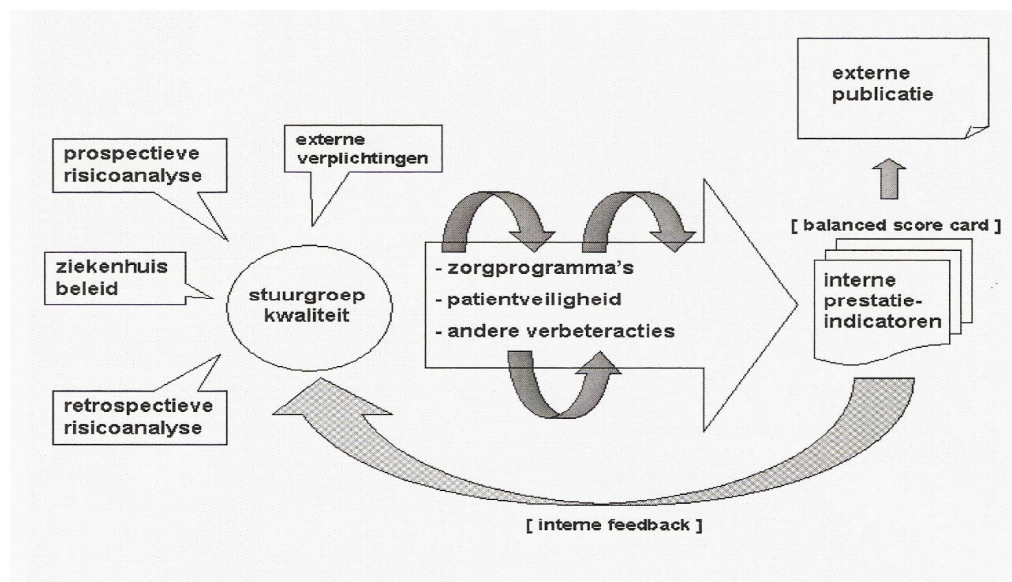




## Hoofdstuk 9

### Prestatie-indicatoren in relatie tot kwaliteitssystemen en programma's

Het Diaconessenhuis is sinds 2004 aangesloten bij het Belgisch-Nederlands Netwerk Klinische Paden (NKP). Het NKP heeft tot doel klinische paden in het ziekenhuis te ontwikkelen. Daarnaast doet het Diaconessenhuis sinds 2005 mee aan het landelijk verbeterprogramma Sneller Beter. In totaal liepen er tussen 2005 en 2007 in het Diaconessenhuis 25 Sneller Beter projecten. Postoperatieve pijnbestrijding, ondervoeding en decubitus waren hierin opgenomen. Op dit moment worden er geen nieuwe trajecten voor NKP en Sneller Beter in het Diaconessenhuis gestart. De verbeterprojecten en de klinische paden die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld, zijn gecontinueerd. Het Diaconessenhuis heeft als doel om de opgedane kennis en ervaring met deze projecten in te zetten om zorgprogramma's te ontwikkelen en om een NIAZ accreditatie<sup>1</sup> te verkrijgen. In figuur 9.1 wordt de visie van het Diaconessenhuis op de werkwijze rond het kwaliteitsbeleid weergegeven.



Figuur 9.1: visie van Diaconessenhuis op kwaliteitsbeleid.

<sup>1</sup> Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) toetst of zorginstellingen hun organisatie zó hebben ingericht, dat ze op reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg voortbrengen. Door middel van accreditatie stimuleert het NIAZ instellingen om de kwaliteit van de organisatie van de zorg te borgen en te blijven verbeteren ([www.niaz.nl](http://www.niaz.nl)).

Uit het schema blijkt dat een centrale positie wordt ingenomen door de stuurgroep kwaliteit. Deze stuurgroep staat onder voorzitterschap van het hoofd sector zorg. De stuurgroep gebruikt de prospectieve en retrospectieve risicoanalyse, het ziekenhuisbeleid en de externe verplichten als input voor de ontwikkeling en verbeteringen van zorgprogramma's, thema's rond patiëntveiligheid en andere verbeteracties. De prestatie-indicatoren worden door het Diaconessenhuis gezien als middel voor interne feedback en input voor de stuurgroep kwaliteit.

De prestatie-indicatoren zijn zo mogelijk opgenomen in de zorgprogramma's. Er zijn zorgprogramma's ontwikkeld voor postoperatieve pijn, delier, decubitus en een protocol voor ondervoeding. Het screenen en vastleggen van gegevens is onderdeel van deze zorgprogramma's. De zorgprogramma's of zorgprotocollen worden per afdeling geïmplementeerd. Het voornemen tot implementatie wordt opgenomen in de activiteitenplannen van de afdelingen. De implementatie loopt niet overal even gemakkelijk. Een voorbeeld hiervan is de implementatie van het protocol 'screening en behandeling van ondervoeding' op de afdeling neurologie. Een verpleegkundige geeft aan dat verwacht was dat met de implementatie van het protocol, het voedingsassortiment op de afdeling aangepakt zou worden. Op de afdeling neurologie liggen patiënten met slikproblemen na een beroerte. Deze patiënten kunnen soms wekenlang alleen pap, appelmoes of vla eten, eventueel aangevuld met een speciale bijvoeding; geen heel afwisselend menu. Met de implementatie van het protocol is het assortiment 'normale' voeding niet uitgebreid, er is alleen een assortiment van calorierijke en eiwitrijke tussendoortjes geïntroduceerd die helpen om ondervoeding tegen te gaan, deze zijn echter vaak ongeschikt voor patiënten met slikproblemen. De afdeling is hierover best teleurgesteld. Deze teleurstelling draagt bij aan de gebrekkige acceptatie van het protocol op de afdeling.

In het Diaconessenhuis Leiden zijn meerdere commissies en stuurgroepen geïnstalleerd rond het thema kwaliteit. Er is een ziekenhuisbrede stuurgroep onder voorzitterschap van het hoofd sector zorg, er is een kwaliteitscommissie van de medische staf en er is een commissie prestatie-indicatoren. Deze commissies lijken los van elkaar te werken. Dit wordt niet altijd als de meest handige structuur ervaren.

*geïnterviewde 1: "de ene vergadering [van de stuurgroep kwaliteit] ging dan over zorgprogramma's en ik heb niet één keer het woord prestatie-indicator horen noemen"*

*geïnterviewde 2: "ik heb dat altijd een beetje raar gevonden, maar het is nu zo geregeld"*

Al eerder is genoemd dat de verpleegkundigen tijdens de anamnese en gedurende het verpleegkundig werk veel gegevens bijhouden in de status van de patiënt, maar ook veel gegevens over aandoeningen en complicaties op aparte formulieren noteren. Vrijwel elke

geïnterviewde geeft aan dat er veel lijstjes bijgehouden moet worden. Een geïnterviewde over de vraag hoe verpleegkundigen ervaren dat ze deze lijsten moeten invullen:

*"Vreselijk! Weet je hoeveel lijstjes er in de status zitten? Pijnlijstje, voedingslijstje, lijstje fysio, lijstje dit, lijstje, dat, lijstje zus, lijstje zo, ontslaglijstje, lijstje, lijstje, lijstje, lijstje."*

Een verpleegkundige op de afdeling over dezelfde vraag:

*"Het zijn wel veel lijstjes, maar door te scoren krijg je een getal. Als je niet scoort moet je het op je gevoel doen. Voor de overdracht is het ook zeer makkelijk."*

Tijdens de verpleegkundige anamnese worden een aantal scorelijsten ingevuld zoals de SNAQ, de ISAR en de Braden (zie ook figuur 8.2). Het Diaconessenhuis heeft besloten om de verpleegkundige anamnese aan te passen zodat deze scorelijsten geïntegreerd worden en er niet voor elke vraag een apart lijstje in de status zit. Er is daartoe een werkgroep geïnstalleerd die deze opdracht uit gaat voeren. Het is nog onduidelijk wat voor effect dit heeft op het meten van de prestatie-indicatoren. Immers, veel indicatoren vragen naar het percentage patiënten waarbij een bepaalde score is afgenomen, bijvoorbeeld het percentage patiënten gescreend op delier of op ondervoeding. Wanneer alle vragen geïntegreerd zijn, kan het lastig worden om per zorgprobleem te bepalen bij welk percentage van de patiënten een bepaalde vragenset is afgenomen. Er kan immers niet, zoals nu bij bijvoorbeeld ondervoeding, een briefje in een apart bakje gelegd worden.

Elke specialist schrijft per zorgprobleem een eigen rapportage naar aanleiding van de prestatie-indicatoren. Deze rapporten gaan naar het management en de verpleegafdelingen van het ziekenhuis. Er verschijnen dus een aantal malen per jaar rapporten over één bepaald aspect van verpleegkundige zorg. Uit de interviews blijkt dat het management en de afdelingshoofden eventueel te ondernemen acties vooral overlaten aan de specialisten, tenzij de resultaten heel slecht zijn. De specialisten zorgen voor acties, lessen, aandacht voor het protocol etc. Het ziekenhuismanagement bespreekt niet standaard de uitkomsten van de rapportages:

*"ik denk dat het [rapport] ook wel onder de dokters wordt verspreid en onder het management. Maar het is niet iets voor op [de agenda van] het Management Team (...) het gebeurt volgens mij relatief allemaal best wel goed en we doen er best wel veel aan, alleen wij geven nog te veel registratielast aan de werkvloer en wij kunnen nog onvoldoende inzichtelijk maken".*

Volgens de visie van het Diaconessenhuis op het kwaliteitsbeleid (zie figuur 9.1) dienen de uitkomsten van de prestatie-indicatoren besproken te worden in de stuurgroep kwaliteit. In hoeverre dit gebeurt is onduidelijk, de stuurgroep is geïnstalleerd in het voorjaar van 2008.



## Conclusie en discussie

---



*'Common sense is the best sense I know of'*  
*Lord Chesterfield (1694 - 1773)*



# Hoofdstuk 10

---

## Conclusie en discussie

### 10.1 De betekenis die het Diaconessenhuis geeft aan de prestatie-indicatoren

Het Diaconessenhuis Leiden gebruikt de externe prestatie-indicatoren delier, pijn, decubitus en ondervoeding voornamelijk om op het niveau van de zorgverlening te sturen. Voor elk van de vier zorgproblemen die ten grondslag liggen aan de vier prestatie-indicatoren, geldt dat er een specialist is (nurse practitioner, verpleegkundig specialist, diëtist, pijnconsulent, anesthesist) die het onderwerp als aandachtsgebied heeft binnen het ziekenhuis. Voor elk van de vier zorgproblemen geldt tevens dat ze via een ziekenhuisbreed protocol, zorgprogramma of verbeterproces worden benaderd en aangepakt. De specialist gebruikt de prestatie-indicatoren om de implementatie van het protocol, zorgprogramma of verbeterproces te ondersteunen en in de loop van de tijd het proces te kunnen blijven bijsturen.

Volgens het concept van sense-making zijn de omgeving, historie en persoonlijke kenmerken van belang voor de betekenis die een actor geeft aan de prestatie-indicatoren. Verschillende mensen op verschillende niveaus in een organisatie kunnen een verschillende betekenis geven aan prestatie-indicatoren. In het Diaconessenhuis is dat goed te zien. Op het niveau van het management wordt een heel andere betekenis gegeven aan de prestatie-indicatoren dan op het hiervoor beschreven niveau van de zorgverlening. Dit blijkt uit het feit dat het management de prestatie-indicatoren voornamelijk gebruikt voor externe verantwoording en niet voor interne sturing. Bijvoorbeeld de commissie prestatie-indicatoren richt zich op het verzamelen van de gegevens, maar gebruikt de uitkomsten niet om te sturen in het zorgproces. Het management geeft aan wel weet te hebben van de metingen die de specialisten uitvoeren binnen het zorgprogramma, protocol of verbeterproces, maar gebruikt de uitkomsten niet als sturingsmechanisme. Dat laat ze over aan de specialist tenzij er echt grote problemen of zeer slechte uitkomsten zijn.

De verpleegkundige zelf gebruikt niet zozeer de informatie uit de prestatie-indicatoren, maar gebruikt de systematiek die ten grondslag ligt aan de dataverzameling voor de prestatie-indicatoren. Namelijk het werken met lijstjes als de DOSS, SNAQ, Braden, POP, CAM-ICU etc. De verpleegkundigen gebruiken de lijstjes om systematischer te kunnen werken, bijvoorbeeld bij de overdracht van het werk aan collega's en als communicatiemiddel naar de artsen, bijvoorbeeld om aan te tonen dat een patiënt een delier heeft en dat er actie ondernomen moet worden in de vorm van een medische

(be)handeling. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de verpleegkundigen met veel verschillende lijstjes werken.

Bij de introductie van een nieuw zorgprogramma, protocol of verbeterproces komt er een nieuw lijstje bij zonder dat goed gekeken wordt naar de wijze waarop dit geïntegreerd kan worden in het dagelijks werk. Ook vindt de dataverzameling voor de prestatie-indicatoren niet geïntegreerd plaats. Elke specialist verantwoordelijk voor een zorgprobleem onderneemt zelf actie, voert zelf metingen uit (of laat deze uitvoeren) en schrijft zijn eigen rapport. Het Diaconessenhuis ziet deze prestatie-indicatoren niet als een integrale maat voor de kwaliteit van verpleegkundige zorg. Dit zou wel denkbaar zijn, gezien de klinische relatie tussen de zorgproblemen en de gelijke wijze waarop de zorgproblemen worden aangepakt. Wellicht is een bevorderende factor voor integratie in dataverzameling en rapportage het stimuleren door het management.

Het geven van feedback (of het juist niet geven van feedback) op informatie is in het concept van sensemaking een belangrijke factor. Het bepaalt de toekomstige betekenis die actoren geven aan informatie. In het Diaconessenhuis wordt de feedback op de resultaten uit de prestatie-indicatoren decubitus, ondervoeding, pijn na operatie en delier voornamelijk door de specialisten verantwoordelijk voor de zorgproblemen gegeven. Vaak in de vorm van een rapportage aan het management en vervolgens in de vorm van gerichte acties zoals scholing, extra aandacht voor het protocol of het zorgprogramma of aanpassing van het protocol. Er vindt niet veel feedback plaats vanuit het hoger management. Dit bepaalt in belangrijke mate de betekenis die aan de prestatie-indicatoren gegeven wordt. Veel nadruk op prestatie-indicatoren van het hoger management, levert uiteraard ook veel aandacht op van het midden en lager management.

Feedback kan ook van de inspectie of een andere externe instantie komen. De LPZ geeft landelijke spiegelinformatie. Dit is een zeer praktische vorm van feedback. De geïnterviewde zorgprofessionals hebben aangegeven geen feedback van de inspectie te ontvangen. Het is hen onbekend wat precies de consequenties zijn van de aangeleverde resultaten. Waar wel veel belang aan wordt gehecht is de positie op de door het Algemeen Dagblad jaarlijks uitgebrachte ranglijst van de Nederlandse ziekenhuizen.

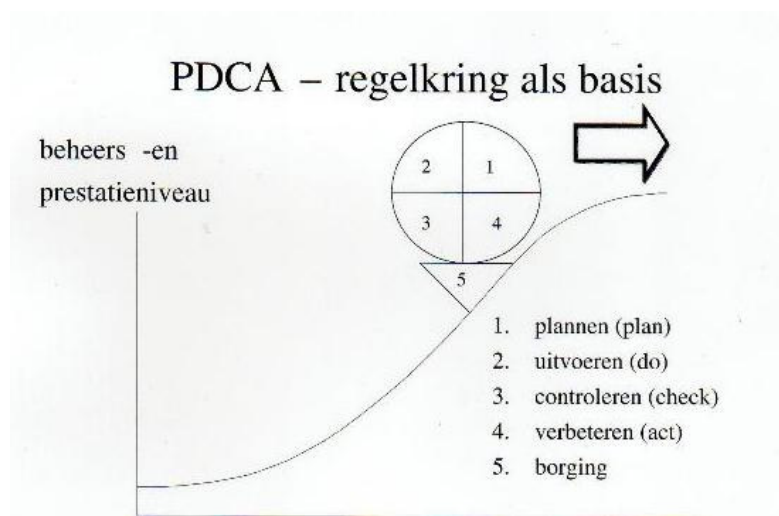
Het verzamelen van gegevens voor de prestatie-indicatoren decubitus, ondervoeding, pijn na operatie en delier, vindt plaats binnen de huidige informatie-infrastructuur van het Diaconessenhuis. Deze is eenvoudig en zonder elektronische (patiënten)dossiers. Veel gegevens worden op papier vastgelegd waarna de papieren worden verzameld en de gegevens handmatig worden overgenomen in afzonderlijke elektronische systemen. Op dit moment wordt er overwogen een computerprogramma aan te schaffen dat in staat is sturingsinformatie uit het ziekenhuissysteem te genereren en overzichtelijk te presenteren. Ook de gegevens voor de vier prestatie-indicatoren



zouden in dit programma opgenomen gaan worden. Dit maakt dat de informatie op een heel andere en veel directere wijze bij de werkvloer en het midden en lager management terecht komt. Door het op deze manier aanpassen van de informatie-infrastructuur laat het hoger management zien dat er veel belang aan de prestatie-informatie gehecht wordt. De betekenis van de prestatie-indicatoren zal hiermee veranderen ten opzichte van de huidige situatie.

## 10.2 Prestatie-indicatoren in relatie tot het kwaliteitssysteem

In de werkwijze van het Diaconessenhuis is duidelijk de verbetercyclus van Deming te herkennen. Deming heeft de Plan Do Check Act (PDCA) cyclus ontworpen (zie figuur 10.1). De cyclus bestaat uit een opeenvolging van stappen: in de Plan fase wordt vastgesteld welke doelen gehaald moeten worden, in de Do fase worden acties uitgevoerd die in de Plan fase zijn bedacht, in de Check fase wordt getoetst in hoeverre de uitvoering volgens Plan verloopt en uiteindelijk wordt in de Act fase gereageerd op eventueel geconstateerde afwijkingen waarna het hele proces weer opnieuw start (Colsen). Door cyclisch te werk te gaan wordt de kwaliteit van het proces steeds verhoogd. Door te zorgen dat het proces geborgd wordt in de organisatie (zie stap 5 in figuur 10.1) blijft de kwaliteit gegarandeerd. Dezelfde methodiek ligt ten grondslag aan de verbeterprocessen van Sneller Beter en aan de wijze van opstellen en introduceren van protocollen van het Netwerk Klinische Paden. Het Diaconessenhuis heeft in beide programma's meegedraaid. Het lijkt erop dat het ziekenhuis zich mede daardoor deze systematiek eigen heeft gemaakt.



Figuur 10.1: PDCA cyclus (aangehaald op [www.vanitterzon.nl/html/pdca\\_cyclus.html](http://www.vanitterzon.nl/html/pdca_cyclus.html))

Wanneer naar de activiteiten van het Diaconessenhuis rondom de vier zorgproblemen gekeken wordt, blijkt het Diaconessenhuis deze zorgproblemen aan te pakken volgens de PDCA-systematiek. Er wordt geconstateerd dat er een zorgprobleem is, er wordt een oplossing voor ontworpen in de vorm van een zorgprogramma, protocol of verbeteractie en er worden doelen gesteld die behaald moeten worden zoals bijvoorbeeld het verlagen van het aantal patiënten met een bepaalde pijnscore tot een bepaald niveau (Plan). Vervolgens wordt het zorgprogramma, protocol of verbeteractie geïntroduceerd, vaak eerst op een pilotafdeling (Do). Daarna wordt met behulp van prestatie-indicatoren bepaald of de gestelde doelen gehaald worden (Check). Eventueel worden aanpassingen gedaan (Act) bijvoorbeeld in de vorm van extra scholing of een aanpassing in het protocol. Na een pilot wordt tijdens de uitrol over het hele ziekenhuis weer een PDCA cyclus doorlopen. De borging vindt plaats middels het protocol, het zorgprogramma, het introduceren van scorelijsten en het meten van prestatie-indicatoren.

Prestatie-indicatoren dienen verschillende doelen binnen de PDCA cyclus en binnen de werkwijze van het Diaconessenhuis. Dit is goed te zien wanneer per zorgprobleem naar de indicatoren gekeken wordt. Bij delier worden prestatie-indicatoren op dit moment gebruikt om de uitrol van het zorgprogramma ziekenhuisbreed te begeleiden. Bij de implementatie van een zorgprogramma is het nuttig om procesindicatoren als 'aantal patiënten gescoord' te meten. Het maakt direct inzichtelijk waar er in het proces nog verbeteringen mogelijk zijn.

Voor decubitus daarentegen is al een geruime tijd aandacht. Het risico op verkrijgen van decubitus wordt door de verpleegkundige vastgesteld met behulp van de Bradenschaal. Het is onbekend bij hoeveel patiënten de Braden ook daadwerkelijk wordt afgenomen. De prevalentie van decubitus is echter zo laag (3.1% ten opzichte van een gemiddelde landelijk van 5,3%; (IGZ 2006; NVZ 2008)) dat het niet noodzakelijk geacht wordt. Het zorgproces verloopt immers goed. De jaarlijkse metingen van de LPZ zijn hét moment om te bepalen hoe hoog de prevalentie van decubitus is. Deze metingen staan los van de dagelijkse praktijk. Men zou hieruit kunnen concluderen dat de indicator decubitus niet geïnternaliseerd is in het Diaconessenhuis. De vraag is echter of dit een probleem is. Er is expliciet voor gekozen om één maal per jaar een meting te doen om te kijken of het nog steeds goed gaat. Het lijkt vanuit het oogpunt van efficiëntie en lastenverlichting juist zeer verstandig om dit op deze manier aan te pakken.

De indicator postoperatieve pijn bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft de vraag naar het aantal patiënten waarbij na operatie de postoperatieve pijn wordt bepaald. Deze wordt door het Diaconessenhuis beantwoord met 100%. Dit omdat het Diaconessenhuis een pijnprotocol heeft geïntroduceerd waarin standaard de postoperatieve pijn wordt bepaald om pijnmedicatie te kunnen en mogen toedienen. Het

Diaconessenhuis gaat er dus vanuit dat dit bij alle patiënten gebeurt. De vraag is of deze aannahme correct is. De introductie van het protocol is zeer strak geleid. Op een afdeling waar het protocol niet goed werd nageleefd, is het protocol teruggedraaid, is opnieuw met scholing gestart en daarna is de introductie van het protocol hervat. Dit is de basis voor het vertrouwen dat het protocol goed is geïntroduceerd, goed wordt nageleefd. Daarom vult het Diaconessenhuis 100% in op de vraag bij hoeveel patiënten een postoperatieve pijnscore bepaald wordt.

Het tweede deel van de indicator vraagt naar het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore van meer dan 7. Hiervoor worden twee maal per jaar intensieve metingen uitgevoerd. De inspectie vraagt de gegevens van het hele jaar (IGZ 2007 b), maar het Diaconessenhuis beschikt niet over een geautomatiseerd systeem waaruit deze gegevens met 'een druk op de knop' te genereren zijn. De verpleging wordt gevraagd om gedurende twee week de pijnscores te noteren op een extra formulier naast de reguliere verslaglegging in het patiëntendossier. Het kan zijn dat deze extra nadruk op het zorgprogramma postoperatieve pijn, leidt tot betere naleving van dit zorgprogramma en dat de prestatie-indicatoren dan geen correct beeld geven van de werkelijkheid. Het zou goed zijn om structurele, onaangekondigde steekproeven uit te voeren om de naleving van het protocol te toetsen. Desondanks worden de gemiddelde pijnscore, de mediaan en de maximaal gemeten pijnscore elk jaar lager.

Bij ondervoeding is te weinig tijd beschikbaar gesteld voor het meten en berekenen van de prestatie-indicatoren. Hierdoor kon de Check-fase uit de PDCA cyclus niet plaatsvinden. Wellicht zou bij de implementatie van het protocol ondervoeding geleerd kunnen worden van de implementatie van het zorgprogramma postoperatieve pijn. Ook bij ondervoeding vraagt de inspectie een continue meting gedurende het hele jaar. Wanneer er tijdens de implementatie zekerheid verkregen kan worden over een goede introductie van het protocol en een veilige manier van werken met het protocol, is het wellicht ook hier mogelijk een aantal maal per jaar gedurende een bepaalde periode een meting uit te voeren. De administratieve belasting is erg hoog wanneer voor elke klinische patiënt een formulier moet worden verzameld, en waarvan de gegevens moeten worden overgenomen in een overzicht. De inspectie heeft zelf immers ook gesteld:

*Een verzwaring van de registratiedruk is alleen acceptabel als dat ook tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leidt (IGZ 2007 b).*

In de visie van het Diaconessenhuis op het kwaliteitsbeleid worden prestatie-indicatoren gezien als middel voor interne feedback voor de stuurgroep kwaliteit en als input voor de Balanced Scorecard (figuur 9.1). De Balanced Scorecard is een methodiek om de prestaties van het ziekenhuis overzichtelijk te presenteren zodat ze gebruikt kunnen worden voor het management. Uit de interviews blijkt dat de Balanced Scorecard

voornamelijk gebruikt wordt voor financiële en logistieke informatie. Onduidelijk is nog hoe de prestatie-informatie voor kwaliteit in dit overzicht wordt opgenomen, wie hierop gaat sturen en welke mogelijkheden de stuurgroep kwaliteit hierin heeft.

### **10.3 Internalisatie en administratieve belasting**

Internalisatie van externe prestatie-indicatoren veronderstelt dat een organisatie zich de indicatoren eigen maakt. Wanneer dit optimaal gebeurt, is het rendement uit de prestatie-indicatoren het grootst. Ook worden prestatie-indicatoren minder als een administratieve belasting ervaren wanneer deze optimaal geïnternaliseerd zijn. Het is de vraag of in het Diaconessenhuis de externe prestatie-indicatoren decubitus, ondervoeding, pijn na operatie en delier wel optimaal geïnternaliseerd zijn. Zoals eerder geschreven, heeft de commissie prestatie-indicatoren tot taak de logistiek te organiseren rondom het verzamelen van de gegevens voor de prestatie-indicatoren. De uitkomsten van de prestatie-indicatoren worden niet in deze commissie besproken, hiervoor is de stuurgroep kwaliteit opgericht waarin deels dezelfde functionarissen zitten. De vraag is of de ervaren belasting niet hoger wordt nu één onderwerp in twee commissies besproken wordt. Gezien het feit dat de wijze van dataverzameling mede de uitkomst van een prestatie-indicator bepaald, is het de vraag of de prestatie-indicator optimaal gebruikt en benut worden wanneer er door twee commissies mee gewerkt wordt.

Optimale internalisatie veronderstelt ook dat de indicatoren in staat zijn te schipperen tussen de doelstellingen voor extern gebruik (toezicht houden en keuze-informatie) en voor intern gebruik (sturingsinformatie voor kwaliteitszorg). Bij de prestatie-indicator decubitus wordt onderzoek gedaan naar de incidentie van decubitus bij patiënten met een totale heupvervangings. Deze incidentie is in het Diaconessenhuis al een aantal jaren nul geweest. Er zijn niet veel patiënten met een heupvervangings en er treedt niet vaak decubitus op. Het is noodzakelijk om voor de prestatie-indicator een systematiek te behouden om te kunnen scoren of een patiënt decubitus krijgt. Maar intern wordt er niets met de gegevens gedaan. Deze indicator zorgt alleen voor een administratieve belasting en heeft geen nut voor de organisatie. Bij de indicatoren pijn en ondervoeding treedt een zelfde soort proces op. De indicator pijn vraagt naar het aantal patiënten waarbij een pijnmeting is verricht. Het Diaconessenhuis vult 100% in omdat ervan uitgegaan wordt dat er volgens protocol wordt gewerkt. Er worden geen metingen naar verricht en er wordt dus niet gestuurd op deze indicator. Bij de prestatie-indicator ondervoeding loopt de afdeling diëtetiek eigenlijk steeds achter de feiten aan. Het is moeilijk gebleken een meetsysteem op te zetten. De prestatie-indicator heeft hier vooralsnog geen inzicht gegeven in het beleid rondom ondervoeding, maar in het

implementatieproces en de problemen die hierbij ontstaan. De prestatie-indicator delier is door het Diaconessenhuis zelf geformuleerd en is daardoor uiteraard geïnternaliseerd.

#### **10.4 Beperkingen onderzoek**

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in één ziekenhuis. Dit is de onderzoeksopzet geweest, maar is tegelijk een beperking aan het onderzoek. Door bij één instelling onderzoek te doen, is het mogelijk de diepte in te gaan maar de resultaten zijn hierdoor minder generaliseerbaar. Er is immers niet één organisatie exact gelijk aan het Diaconessenhuis Leiden.

Er is getracht zoveel mogelijk verschillende functionarissen te spreken in de breedte (onderwerp) en in de diepte (managementlagen) van de organisatie. Binnen het tijdsbestek van dit onderzoek is het niet mogelijk geweest iedereen te spreken. Tijdens het opzetten van het onderzoek is gedacht aan een aantal mogelijke gesprekspartners en afdelingen voor observatie. Gaandeweg bleken meer of andere onderzoeksobjecten ook interessant en zijn deze ook geïnterviewd. Achteraf zijn er nog functionarissen of afdelingen te bedenken die extra informatie zouden opleveren voor het onderzoek. Door de tijdsbeperkingen is het echter niet mogelijk geweest om hen te benaderen voor het onderzoek en te interviewen of te observeren.

Het feit dat de onderzoeker een werknemer is van de inspectie, heeft mogelijk geresulteerd in een vertekening van de werkelijkheid. Het is denkbaar dat in de interviews sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden. Binnen het tijdsbestek van dit onderzoek is het niet mogelijk gebleken veel observaties uit te voeren. Dit beperkt de mogelijkheid tot triangulatie en verlaagt de validiteit van het onderzoek.

#### **10.5 Aanbevelingen**

Het Diaconessenhuis Leiden besteedt veel aandacht aan elk van de vier onderzochte zorgproblemen (decubitus, ondervoeding, pijn en delier). Het zijn voornamelijk de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen die het werk uitvoeren dat met deze zorgproblemen te maken heeft. Er is inmiddels een commissie opgericht in het Diaconessenhuis die zich bezig gaat houden met het aanpassen van de verpleegkundige anamnese naar aanleiding van het feit dat er zoveel verschillende lijstjes door de verpleegkundigen moeten worden ingevuld. De verschillende score-instrumenten worden geïntegreerd in de verpleegkundige anamnese zodat deze gestructureerder verloopt en de verpleegkundige niet allerlei verschillende lijstjes hoeft in te vullen. Het is hierbij wel zaak na te denken over de mogelijkheid om uit de anamnese de gegevens te filtreren, die de specialist nodig heeft om de prestatie-indicatoren in te vullen. Het is wellicht ook handig om actiemomenten te incorporeren in de anamnese. Bijvoorbeeld wanneer uit de

vragen over ondervoeding blijkt dat een patiënt ondervoed is, dient de verpleegkundige een diëtist in te schakelen. De te ondernemen actie kan dan direct onder de vragen die te maken hebben met (onder)voeding geplaatst worden.

Het is niet gebruikelijk op de verpleegafdelingen om vooruit de verpleegplannen in te vullen. Wanneer bijvoorbeeld volgens de ISAR (risico op delier) de komende vijf dagen een DOSS (scorelijst delier) afgenomen moet worden, is het handig dit bij de komende vijf dagen alvast te noteren. Dan is de kans op naleving groter. Hetzelfde geldt voor de CAM-ICU op de IC. Deze moet volgens de richtlijn per definitie worden afgenomen, maar dit is niet standaard opgenomen in de lijst met 'dagelijkse dingen'. Wanneer een zorgprogramma wordt opgesteld wat zeker een aantal jaren gaat draaien, kan het in het kader van implementatie en naleving verstandig zijn hiervoor vooraf de standaard lijsten aan te passen.

In het Diaconessenhuis zijn meerdere commissies bezig met zaken die met kwaliteitsmanagement te maken hebben. Om de integratie van deze zaken te stimuleren, is het wellicht verstandig de commissies te integreren. Immers, de zaken staan niet los van elkaar. Wanneer in één commissie de dataverzameling voor de prestatie-indicatoren wordt besproken en in een andere de resultaten ervan, wordt voorbijgegaan aan het feit dat de wijze van dataverzameling een invloed kan hebben op de uitkomst van de indicator.

De vier prestatie-indicatoren kunnen worden gezien als een integrale maat voor de verpleegkundige kwaliteit. De werkwijze in de praktijk lijken immers op elkaar en er is sprake van een onderlinge klinische samenhang. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zou hierbij kunnen aansluiten door de eisen aan de meetfrequentie en de populatiedefinities aan te laten sluiten op de werkpraktijk van ziekenhuizen. Er zal in dat geval bij meer ziekenhuizen onderzoek gedaan moeten worden naar de wijze waarop de metingen uitgevoerd worden en welke onderzoekspopulaties gedefinieerd zijn. Wellicht kan dit in overleg met de LPZ zodat de aansluiting bij de praktijk vergroot wordt.

# Literatuur

---



*'In literature as in love, we are astonished at which is chosen by others'*

*Andre Mauron (1885-1967)*





# Geraadpleegde literatuur

---

- Berg, Marc, and Wim Schellekens. 2002. Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. *Medisch Contact* 57 (34):1203-1205.
- Bevan, G., and C. Hood. 2006. What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system *Public Administration* 84 (3):517-538.
- Bowling, A. 2002. *Research Methods in Health. Investigating health and health services*. 2 ed. Maidenhead: Open University Press.
- Christiansen, C.R. 2006. Sense-making and entrepreneurial coalition building: a case of competing interests, cultural barriers, and interorganizational relations in a nonprofit health plan. *Intl Journal of Public Administration* 29:501-515.
- Cole, M.G. 2004. Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 12 (1):7-21.
- Colsen, P.J.A. De Kwaliteitscyclus. In P.J.A. Colsen et al. (red.) *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Commissie de Beer, commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector. 2002. Minder regels, meer zorg. Den Haag.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 2001. Crossing the Quality Chasm: A new Healthcare system for the 21<sup>st</sup> century: National Academy Press. Executive summary.
- Creswell, John W. 2003. *Research Design. Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. London: Sage.
- Gezondheidsraad, /Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 2006. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Vol. 2006/1, *Signalering ethiek en gezondheid*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Art. 36:1a. *Gezondheidswet*.
- Giard, R.W.M. 2005. Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van medische zorg: retoriek en realiteit. *Nederland Tijdschrift voor de Geneeskunde* 149 (49):2715-2719.
- Haeck, Jan. 2004. Langs de meetlat. *Medisch Contact* 32/33:1254-1257.
- Hart, H. 't, J. van Dijk, M. de Goede, W. Jansen, and J. Teunissen. 1996. Hoofdstuk 9: Veldonderzoek. In *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.
- Holster, H., and I. Vermeij. 2003. Administratie een last? Als ik het nut er maar van zie. *PraktijkKompas Varkens*, april 2003, 8-9.
- IGZ. 2006. Het resultaat telt; prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag.
- . 2007 a. *Inspectie voor de Gezondheidszorg* 2007 a [cited 31-12- 2007 a]. Available from <http://www.igz.nl>.
- . 2007 b. *Prestatie-indicatoren ziekenhuizen, basisset 2008*. Utrecht.
- Jonchems, A.A.F., and F.W.M.G. Joosten. 2003. *Zakwoordenboek der geneeskunde*. 27 ed. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg

- Kruizenga, H. 2005. Screening and treatment of malnourished hospital patients, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Leenen, L.P.H. 2004. Statische norm is een slechte maat. *Medisch Contact* (36):1405-1408.
- LPZ. 2008. *Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen*. Department of Health Care and Nursing Sciences Universiteit Maastricht 2007 [cited 5 juli 2008]. Available from <http://www.lpz-um.nl/>.
- . 2008. *Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen*. Department of Health Care and Nursing Sciences Universiteit Maastricht 2008 [cited 5 juli 2008]. Available from <http://www.lpz-um.nl/>.
- Mainz, Jan. 2003. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (6):523-530.
- Mast, R.C. van der, M.M.J. van Eijk, and A.J.C. Slooter. De medicamenteuze behandeling van het delier. *Psyfar* 4 december 2007:21-25.
- NVA. 2003. Richtlijn Postoperatieve pijnbehandeling., edited by N. V. v. Anesthesiologie. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications BV.
- NVvP. 2004. Richtlijn Delirium, edited by N. v. v. Psychiatrie. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- NVZ. 2008. *Ziekenhuizen transparant* 2008 [cited 9 juli 2008]. Available from [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl).
- Osse, R.J., and J.H.M. Tulen. 2007. Delier in het algemeen ziekenhuis. *Psyfar* 4 december 2007:28-30.
- Prismant. 2005. Instellingen hebben buik vol van informatiedwang. Verantwoordingscontract moet overvraag tegengaan. *Prismant Magazine*, oktober 2005, 6-9.
- Rooij, S.E.J.A. de. 2006. Aspects of acute hospital admission in the elderly, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Schellekens, W., M. Berg, and N. Klazinga. 2003. Vliegen en gevolgen worden, mythen en mogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieders. *Medisch Contact*. 58 (08).
- Voermans, W. 2001. Object trouvés, Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal). *RegelMaat* 6:224-228.
- Weggeman, M. 2001. Kennismanagement. In *Kennismanagement. Inrichting van kennisintensieve organisaties*: Lannoo.
- Weick, K.E. 1979. Natural selection and organizing. In *The social psychology of organizing*, edited by C. A. Kiesler. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Weick, K.E., K.M. Sutcliffe, and D. Obstfeld. 2005. Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science* 16 (4):409-451.
- Wensen, R.J.A. van, P.L.J. Dautzenberg, H.L. Koek, J.G. Olsman, and K. Bosscha. 2007. Delier na een heupfractuur bij ruim een derde van de patiënten. *Ned Tijdschrift voor Geneeskunde* 151:1681-1685.

# Geraadpleegde literatuur documentanalyse

---

Diaconessenhuis Leiden. Activiteitenplan afdeling neurologie. 2008

Diaconessenhuis Leiden. Beleidsplan 2006-2010. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/nieuws/beleidsplan](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/nieuws/beleidsplan). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. (Bijna) nooit meer doorliggen. Tijdschrift voor Verpleegkundigen. 2008. Nr. 2. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Deliriummeting (1) 2008. 25 april 2008.

Diaconessenhuis Leiden. Jaarkrant 2006. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Jaarverslag 2006. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/jaarverslag](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/jaarverslag). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Klinische paden. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Kwaliteit na Sneller Beter; conceptnotitie. Maart 2008.

Diaconessenhuis Leiden. Organisatieschema, april 2006. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/organogram](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/organogram). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Postoperatieve pijn hoeft niet; interview met projectleider. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Richtlijn Behandeling Postoperatieve Pijn. Versie 06/2006.

Diaconessenhuis Leiden. Stroomschema postoperatieve pijnbestrijding. Uit: Richtlijn postoperatieve pijnbestrijding op de verpleegafdeling. APS/04 2007.

Diaconessenhuis Leiden. Stroomschema postoperatieve pijnbestrijding. Uit: Richtlijn postoperatieve pijnbestrijding op de verpleegafdeling. APS/04 2007.

Diaconessenhuis Leiden. Sneller Beter. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Sneller Beter krant nr. 2 2007. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/kwaliteit). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. SNAQ-en naar een snack. Protocol en behandelplan SNAQ. Afdeling Diëtetiek. Versie mei 2008.

Diaconessenhuis Leiden. Visie en strategie. Beschikbaar op [www.diaconessenhuis.nl/organisatie/visie](http://www.diaconessenhuis.nl/organisatie/visie). Aangehaald op 21-05-2008.

Diaconessenhuis Leiden. Zorgprogramma delirium kliniek. 2008.

Diaconessenhuis Leiden. Zorgprogramma delirium op de IC. 2008.

LPZ Landelijke Prevalentie Zorgproblemen. Scoreformulier LPZ meting. Universiteit Maastricht. 2008.



## Bijlagen

---



*'Het echte geluk is het onbeperkte gebruik van het verstand'*  
*Aristoteles (384 v.C. - 322 v.C.)*



# Bijlage 1

---

## Prestatie-indicatoren

In deze bijlage zijn de pagina's gekopieerd uit de basisset prestatie-indicatoren van 2007 (IGZ 2007 b). Steeds wordt een toelichting gegeven gevolgd door de vraagstelling van de indicator. Ook de specificaties voor de onderzoekspopulaties zijn vermeld. De indicator *delier* is op het moment van schrijven nog in ontwikkeling.

### 1 Decubitus

(ICD-9 code 707.0 en ICD-10 code L89)

Decubitus veroorzaakt veel pijn en ongemak en kan soms levensbedreigend zijn. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) blijkt dat decubitus frequent voorkomt in ziekenhuizen (de prevalentie in de onderzochte populatie was in 2006 gemiddeld 5,3 procent). Uit nationale en internationale literatuur blijkt dat een significante kwaliteitsverbetering haalbaar is, omdat decubitus vaak te voorkomen is door goede preventieve maatregelen en het tijdig opsporen van patiënten die een verhoogd risico lopen op decubitus. Decubitus wordt gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. De aanwezigheid van een registratie van de prevalentie en ernst van decubitus, uitgedrukt in een decubituscore, is een indicator voor de kwaliteit van het decubituspreventiebeleid. Deze score wordt door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) gedefinieerd, landelijk verzameld en van spiegelgegevens voorzien. Bij het beperken van de kans op decubitus is een decubitusregistratiesysteem van belang. Als structuurindicator wordt daarom gevraagd aan te geven of in uw ziekenhuis met een systematische decubitusregistratie wordt gewerkt. Kenmerken van een systematische decubitusregistratie zijn opgenomen in onderstaand schema. Met behulp hiervan kunt u een aantal kenmerken van een systematische decubitusregistratie zoals die in uw ziekenhuis aanwezig zijn, in kaart brengen. Indien gewenst kunt u het schema in de toelichting bij uw antwoord gebruiken.

#### Kenmerken van een systematische decubitusregistratie

- Aanwezigheid van één of meer decubitusconsulenten.
- Het houden van regelmatige puntprevalentiemetingen bij alle opgenomen patiënten in het gehele ziekenhuis.
- Het bijhouden van een incidentieregistratie bij één of meer specifieke patiëntengroepen.
- De aanwezigheid van een commissie of werkgroep die het decubitusbeleid op basis van deze registraties waar nodig bijstelt.

#### 1.1 Toelichting: Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

*Als uitkomstindicator is gekozen voor het registreren van een puntprevalentiemeting om inzicht te krijgen in de omvang van de decubitusproblematiek. Bij een puntprevalentiemeting wordt op een bepaald tijdstip (één dag) bij alle patiënten van het ziekenhuis onderzocht of zij decubitus hebben. Om de betrouwbaarheid te bevorderen, wordt decubitus graad 1 niet in de indicator opgenomen. Dit is in overeenstemming met de registratie van de LPZ<sup>1</sup>. Omdat het gaat om decubitus die in het ziekenhuis ontstaan is, worden patiënten bij wie bij opname al decubitus aanwezig was, uitgesloten. Indien de puntprevalentiemeting niet het gehele ziekenhuis betreft maar één of meer afdelingen of een (random) steekproef van patiënten, is het van belang ook aan te geven welk deel van het totale aantal opgenomen patiënten werd onderzocht en hoe en/of waarom deze populatie is geselecteerd.*

#### Inclusiecriteria:

- *Patiënten waarbij vochtletsel is geconstateerd.*

---

<sup>1</sup> Het nieuwste protocol is te vinden op <http://www.lpz-um.nl>

- *Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al decubitus hadden en die er tijdens verblijf in het ziekenhuis decubitus bij kregen.*

*Exclusiecriteria:*

- *Patiënten die bij opname in het ziekenhuis al verschijnselen van decubitus hadden.*
- *Patiënten in dagbehandeling.*
- *Patiënten opgenomen op de kinderafdeling en op short stay afdelingen.*

### **1.1 Indicator: Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed**

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie? Ja/Nee  
 Is de decubitusprevalentie in het verslagjaar bekend? Ja/Nee/n.v.t.  
 Teller: aantal patiënten met decubitus graad 2 tot en met 4, aanwezig in het ziekenhuis op een vast tijdstip in het verslagjaar.  
 Noemer: aantal op decubitus onderzochte (klinische) patiënten in het ziekenhuis op het genoemde tijdstip.  
 Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde tijdstip:  
 Puntprevalentie:  
 Datum en tijdstip van de meting:  
 Patiënten worden onderzocht door:  
 Decubitusconsulent/Afdelingsverpleegkundige/Anders, namelijk:  
 Onderzoek volgens: LPZ-protocol/Eigen protocol/Geen vast protocol

Beschikt u over een registratiesysteem? Ja/Nee  
 Registreert u volgens het LPZ-systeem? Ja/Nee  
 Zo nee, volgens welk ander systeem registreert u decubitus?  
 Heeft u een steekproef genomen? Ja/Nee  
 Populatie (beschrijving):  
 Steekproefgrootte:  
 Selectiecriteria:

Toelichting:

### **1.2 Toelichting: Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie**

*De incidentie bij een homogene patiëntengroep met een laag decubitusrisico geeft inzicht in de zorg die aan die specifieke groep gegeven wordt. Daarmee wordt duidelijk welke verschillen op dat gebied tussen ziekenhuizen bestaan. Daarom is bij patiënten met een totale heupvervangings gekozen voor de incidentie van decubitus. Bij patiënten waarbij een heupoperatie wordt verricht in verband met een heupfractuur, kan de incidentie (veel) hoger zijn; daarom kan het verstandig zijn dit feit te vermelden als relatief veel patiënten met fracturen in de populatie zijn opgenomen. Dit is een betere indicator dan ziekenhuisbrede prevalentie van decubitus, omdat de verschillen in de patiëntenpopulatie minder groot zijn.*

*Inclusie criterium:*

- *Patiënten waarbij vochtletsel is geconstateerd.*

### **1.2 Indicator: Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie**

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie? Ja/Nee  
 Is de decubitusincidentie bij patiënten met een totale heupvervangings (CTG-code 038567) in het verslagjaar bekend? Ja/Nee/n.v.t.

Beschikt u over een registratiesysteem? Ja/Nee  
 Heeft u een steekproef genomen? Ja/Nee  
 Populatie (beschrijving):  
 Steekproefgrootte:  
 Selectiecriteria:

Teller: aantal nieuwe gevallen van decubitus graad 2 tot en met 4 bij patiënten, opgenomen voor een totale heupvervangings (CTG-code 038567).  
 Noemer: alle voor een totale heupvervangings opgenomen patiënten.  
 Incidentie:  
 Welke databron(nen) heeft u gebruikt?  
 LPZ/ZIS/Complicatieregistratiesysteem, namelijk:/Anders, namelijk:

Toelichting:



## 2 Ondervoeding

Het probleem van ziektegerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen is al jaren bekend. De prevalentie is hoog (20-40 procent bij volwassenen en kinderen) en zonder systematische screening wordt slechts de helft van de ondervoede patiënten als zodanig herkend en hiervoor behandeld. De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan onder meer leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Deze factoren leiden tot een toename van de kosten van gezondheidszorg.

Het energiemetabolisme verandert ten gevolge van ziekte, waardoor het lichaam inefficiënt gebruikmaakt van energiebronnen. Ook breekt het lichaam bij ziekte in verhouding meer spiermassa af, waardoor de eiwitbehoefte toeneemt. Om ervoor te zorgen dat er geen lichaamsmassa wordt afgebroken, is het belangrijk om patiënten die in een slechte voedingstoestand verkeren voldoende energie en eiwit te geven. Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht, eventueel gewichtstoename, een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. Bij kinderen kan ondervoeding leiden tot een vermindering van het IQ en een kortere definitieve lichaamslengte.

Om tijdig te kunnen behandelen, is herkenning van de ondervoede patiënt bij opname een eerste voorwaarde. Systematisch gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument voor ondervoeding kan het percentage terecht herkende ondervoede patiënten vergroten van 50 naar 80 procent. Een adequate voedingsbehandeling houdt in dat de patiënt bij opname in het ziekenhuis wordt gescreend op ondervoeding, dat er indien nodig binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan ingezet wordt en dat binnen vier dagen de doelstelling wat betreft eiwitinname en energie-inname gehaald wordt.

Deze prestatie-indicator meet de mate waarin patiënten systematisch bij opname worden gescreend op ondervoeding en ondervoede patiënten tijdig en op adequate wijze worden behandeld. Gegevens voor deze indicator worden ziekenhuisbreed verzameld. Hiervoor is gekozen omdat de hoge prevalentie van ondervoeding bij alle patiëntengroepen maakt dat screenen hoort bij de basiszorg. Bovendien zijn er gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar voor alle klinische patiënten. Behalve patiënten in dagbehandeling zijn er geen patiëntengroepen geëxcludeerd. Aangezien er op de kinderafdeling op een andere manier gescreend wordt en de criteria voor een optimale voedingsbehandeling ook anders zijn dan voor de volwassen patiëntengroep, dienen de gegevens van kinderen van 0-18 jaar apart gerapporteerd te worden.

### Definities

#### Ondervoede patiënten:

- *Volwassen patiënten (>18 jaar) met een screeningsuitslag bij opname van SNAQ  $\geq 3$  punten of MUST  $\geq 2$  punten.*
- *Kinderen (0-1 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij -2 SD op de groeicurve gewicht naar leeftijd.*
- *Kinderen (1-18 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij -2 SD op de groeicurve gewicht naar lengte<sup>2,3</sup>.*

### 2.1 Toelichting: Screening op ondervoeding in de kliniek

Een eerste stap om ondervoeding aan te pakken, is iedere patiënt bij opname in de kliniek te screenen (op het risico) op ondervoeding en zo nodig een behandelplan op te stellen. Een voorbeeld van een gevalideerd screeningsinstrument is de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire<sup>4</sup>). Met behulp hiervan stelt de verpleegkundige bij opname met drie vragen vast of er sprake is van ondervoeding (zie kader). Bij een uitgebreider onderzoek, met behulp van de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool<sup>4</sup>), berekent de verpleegkundige bij elke patiënt ook de BMI (Body Mass Index) en het percentage gewichtsverlies en kent de patiënt een ziektefactor toe. Kinderen worden gescreend door middel van het meten van gewicht en lengte of, bij baby's tot 1 jaar, van het gewicht naar leeftijd.

De primaire uitkomst van deze kwaliteitsindicator is het percentage patiënten dat gescreend wordt op ondervoeding. De uitsplitsing in de rapportage naar matige en ernstige ondervoeding is van

<sup>2</sup> Zie voor groeicurves [www.growthanalyser.org](http://www.growthanalyser.org)

<sup>3</sup> Frederiks AM, van Buuren S, Burgmeijer RJ et al., Continuing positive growth in the Netherlands 1955-1997, *Pediatr Res* 2000; 47:316-323.

<sup>4</sup> Zie voor meer informatie [www.snellerbeter.nl/ondervoeding](http://www.snellerbeter.nl/ondervoeding)

*belang voor het opstellen van een behandelplan en geeft een indicatie van de mate waarin ziekenhuizen met dit probleem worden geconfronteerd.*

### **2.1 Indicator: Screening op ondervoeding in de kliniek**

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie? Ja/Nee

#### **A Volwassenen**

Is het percentage volwassen patiënten dat bij opname in het verslagjaar wordt gescreend op ondervoeding bekend? Ja/Nee

Welk screeningsinstrument voor de screening bij volwassenen wordt gebruikt?  
SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire)/MUST  
(Malnutrition Universal Screening Tool)/Anders, namelijk:

Beschikt u over een registratiesysteem? Ja/Nee

Heeft u een steekproef genomen? Ja/Nee

Populatie (beschrijving):

Steekproefgrootte:

Selectiecriteria:

A Aantal klinisch opgenomen volwassen patiënten in 2008.

B Aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding.

C Aantal patiënten dat is geclassificeerd als 'matig ondervoed'.

D Aantal patiënten dat is geclassificeerd als 'ernstig ondervoed'.

Percentage 1 (B/A): percentage volwassen patiënten dat gescreend is op ondervoeding (wordt automatisch berekend).

Percentage 2 (C/B): percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als matig ondervoed (wordt automatisch berekend).

Percentage 3 (D/B): percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als ernstig ondervoed (wordt automatisch berekend).

Toelichting:

*Exclusie criterium:*

- *Patiënten in dagopname.*

#### **B Kinderen**

Is het percentage kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend? Ja/Nee

Beschikt u over een registratiesysteem? Ja/Nee

Heeft u een steekproef genomen? Ja/Nee

Populatie (beschrijving):

Steekproefgrootte:

Selectiecriteria:

A Aantal klinisch opgenomen kinderen in 2008.

B Aantal kinderen, bij opname gescreend op ondervoeding.

C Aantal patiënten dat is geclassificeerd als ondervoed.

Percentage 1 (B/A): percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding (wordt automatisch berekend).

Percentage 2 (C/B): percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed (wordt automatisch berekend).

Toelichting:

*Exclusie criterium:*

- *Patiënten in dagopname.*

### **2.2 Toelichting: Behandeling van ondervoeding**

*Het vervolg van deze indicator inventariseert bij de ondervoede patiënten welk percentage van de vastgestelde eiwitbehoefte op de vierde opnamedag wordt gehaald. [5] Gekozen is voor de vierde opnamedag omdat het van belang is dat de patiënt zo snel mogelijk adequaat wordt gevoed nadat ondervoeding is geconstateerd. Voor volwassenen en kinderen is de norm voor eiwitname hieronder weergegeven. Voor kinderen is ook een norm voor energie-inname weergegeven. Het blijkt dat de energiebehoefte bij de meeste ondervoede volwassen patiënten gedekt is, wanneer aan de aanbevelingen voor de voedingsinname van eiwit wordt voldaan. Bij kinderen zijn de fysiologische reserves geringer. Extra energie en voedingsstoffen zijn nodig. Daarom is voor*

kinderen, naast een norm voor de eiwitinname, tevens een norm voor de energieinname opgenomen.

Deze indicator bestaat uit drie onderdelen. De gegevens voor deel A worden verzameld middels een continue meting. Voor deel B en C wordt van u verwacht dat u een puntmeting uitvoert.

### **Continue meting**

Om een beeld te krijgen van het behandelingsbeleid wordt u gevraagd om bij een homogene patiëntenpopulatie een continue meting uit te voeren naar de behandeling van ondervoeding. Het betreft de ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie. Er is gekozen voor deze populatie omdat deze reeds gedefinieerd is voor andere prestatie-indicatoren. Bovendien is er sprake van een hoge prevalentie van ondervoeding en een bewezen effectiviteit van voedingsinterventie.

### **Puntmeting**

Verwacht wordt dat u bij alle ondervoede patiënten (ernstig ondervoede volwassenen en ondervoede kinderen) vier maal per jaar (ieder kwartaal één maal) een puntmeting uitvoert. U bepaalt op de vijfde opnamedag de eiwitinname van de vierde opnamedag (en bij kinderen ook de energie-inname). Met deze informatie wordt inzichtelijk of de voedingsbehandeling van ondervoede patiënten tijdig en adequaat wordt uitgevoerd.

### **Definities**

- Eiwitbehoefte voor volwassenen en kinderen: 1,2 tot 1,5 gram per kg lichaamsgewicht [6]
- Minimale energiebehoefte voor kinderen: Schofield [7] + 30% toeslag

## **2.2 Indicator: Behandeling van ondervoeding**

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie? Ja/Nee

### **A Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede volwassen patiënten met een totale heupvervangingsoperatie**

Is het percentage volwassen patiënten dat bij opname in het verslagjaar wordt gescreend op ondervoeding bekend? Ja/Nee/n.v.t.

Beschikt u over een registratiesysteem? Ja/Nee

Heeft u een steekproef genomen? Ja/Nee

Populatie (beschrijving):

Steekproefgrootte:

Selectiecriteria:

A Aantal voor een totale heupvervangingsoperatie opgenomen volwassen patiënten.

B Aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten met een totale heupvervangingsoperatie.

C Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een totale heupvervangingsoperatie met een adequate eiwitinname op de 4e opnamedag.

Percentage 1 (B/A): aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten met een totale heupvervangingsoperatie (wordt automatisch berekend).

Percentage 2 (C/B): aantal ernstig ondervoede patiënten met een heupfractuur dat een adequate eiwitinname heeft op de 4e opnamedag (wordt automatisch berekend).

Toelichting:

#### *Inclusiecriteria:*

- *Volwassen patiënten > 18 jaar met een totale heupvervangingsoperatie, geclassificeerd als ernstig ondervoed en met een opnameduur van 5 dagen of langer.*

### **B Behandeling van ondervoeding bij volwassenen**

Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4e opnamedag bekend? Ja/Nee/n.v.t.

#### *Meetdag 1 (jan-mrt) dd-mm-jjjj*

Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Noemer: Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.

Percentage (wordt automatisch berekend).

*Meetdag 2 (apr-jun) dd-mm-jjjj*

Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Noemer: Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.

Percentage (wordt automatisch berekend).

*Meetdag 3 (jul-sep) dd-mm-jjjj*

Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Noemer: Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.

Percentage (wordt automatisch berekend).

*Meetdag 4 (okt-dec) dd-mm-jjjj*

Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Noemer: Aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.

Percentage (wordt automatisch berekend).

Toelichting:

*Inclusie criterium:*

- *Volwassen patiënten >18 jaar met een opnameduur van vijf dagen of langer geclassificeerd als ernstig ondervoed.*

### **C Behandeling van ondervoeding bij kinderen**

Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de 4e opnamedag bekend?

Ja/Nee/n.v.t.

*Meetdag 1 (jan-mrt) dd-mm-jjjj*

Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.

Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend).

Percentage 2 (wordt automatisch berekend).

*Meetdag 2 (apr-jun) dd-mm-jjjj*

Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.

Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend).

Percentage 2 (wordt automatisch berekend).

*Meetdag 3 (jul-sep) dd-mm-jjjj*

Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.

Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend).

Percentage 2 (wordt automatisch berekend).

*Meetdag 4 (okt-dec) dd-mm-jjjj*

Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.

Noemer: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend).

Percentage 2 (wordt automatisch berekend).

Toelichting:

*Inclusie criterium:*

- *Ondervoede kinderen van 0 t/m 18 jaar met een opnameduur van vijf dagen of langer.*

[5] Dag van opname is dag één. De intake op de vierde opnamedag wordt op de vijfde opnamedag geïnventariseerd door de diëtist ter evaluatie van de voedingsbehandeling. Als patiënten ten gevolge van bijvoorbeeld onderzoek of behandeling (deels) nuchter moeten blijven op de vierde opnamedag, wordt de gemiste maaltijd van de vorige of de volgende dag meegenomen bij de evaluatie van de intake.

[6] Bij volwassenen met een BMI > 27 dient het lichaamsgewicht bij BMI 27 gehanteerd te worden in deze formule.

[7] De Schofield formule is een bekende maat om de energiebehoefte voor kinderen te berekenen.

## 7 Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is van belang zowel voor het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Omdat gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding nog relatief nieuw is, is dit niet altijd op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke mate aanwezig. Zo kan er een verschil zijn in het beleid direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer is opgenomen, en de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling is.

### 7.1 Toelichting: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnbestrijding, waarin naast medicatieadviezen ook pijnmeting aan de orde komt. Op basis hiervan kunnen de ziekenhuizen eigen beleid ontwikkelen met betrekking tot het te gebruiken meetinstrument en de tijdstippen en condities van de patiënt waarbij pijnmetingen gedaan worden. Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen is postoperatieve pijn ongewenst, pijn belemmert ook een spoedig herstel. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat ernstige postoperatieve pijn in relatie staat tot het ontwikkelen van chronische pijn na een operatie. Het structureel meten van pijnintensiteit (pijnscore) met een Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS) draagt bij aan de effectiviteit van de pijnbehandeling. Een pijnscore van minder dan 4 (op een schaal van 10) geeft acceptabele pijn aan, een pijnscore van 4 tot en met 7 matig ernstige pijn en een pijnscore van boven de 7 ernstige pijn.

### 7.1 Indicator: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Ja/Nee
Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend?	Ja/Nee/n.v.t.
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja/Nee
Heeft u een steekproef genomen?	Ja/Nee
Populatie (beschrijving):	
Steekproefgrootte:	
Selectiecriteria:	

Teller 1:	aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd.
Noemer 1:	totaal aantal klinische operatiepatiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever.
Percentage 1 (wordt automatisch berekend):	
Teller 2:	aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd.
Noemer 2:	totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.
Percentage 2 (wordt automatisch berekend):	
Toelichting:	

#### Exclusiecriteria:

- Kinderen jonger dan 7 jaar.
- Patiënten in dagopname.

#### Inclusie criterium:

- Postoperatieve patiënten.

### 7.2 Toelichting: Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

Het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een ernstige pijnscore aangeeft, is een indicator voor de postoperatieve pijnbestrijding. Patiënten die behandeld zijn in dagbehandeling, worden geëxcludeerd omdat follow-up moeilijk uitvoerbaar is. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen het beleid in de periode direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer verblijft en de latere post-operatieve periode als de patiënt weer op de verpleegafdeling is opgenomen. Kinderen jonger dan 7 jaar vallen niet onder deze indicator.

*Pijnmeting dient echter wel uitgevoerd te worden. Hiervoor zijn aangepaste instrumenten beschikbaar.*

### **7.2 Indicator: Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie**

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Ja/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/Nee/n.v.t.
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja/Nee
Heeft u een steekproef genomen?	Ja/Nee
Populatie (beschrijving):	
Steekproefgrootte:	
Selectiecriteria:	

Teller: aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (ten minste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie).

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

*Inclusie criterium:*

- *Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten.*

*Exclusie criteria:*

- *Kinderen jonger dan 7 jaar.*
- *Patiënten in dagopname.*

## Bijlage 2

---

### Topic lijst interviews

1. Hoe vindt verzameling van data voor de vier prestatie-indicatoren plaats?

Doorvragen naar:

Wie verzamelt de data? Mee met landelijke meetsystemen? Hoe gaat dat? Integratie in de werkpraktijk? Welke functionarissen betrokken? Hoe is de samenwerking tussen deze functionarissen? Hoe is de communicatie?

2. Hoe worden de data vastgelegd?

Doorvragen naar:

Werksystemen en praktische oplossingen. Overschrijven in andere systemen. Koppeling naar werkpraktijk. Verantwoordelijkheid

3. Worden er keuzes gemaakt in de definitie van de te onderzoeken populaties?

Doorvragen naar:

Afwijkingen t.o.v. de basisset? Bewuste afwijkingen om de onderzoekspopulaties meer samen te brengen? Wie maakt keuzes? Wanneer? Waarom?

4. Wordt er gecombineerd gemeten?

Doorvragen naar:

Wie beslist of dit gebeurt? Welke ontwikkelingen/aanpassingen zijn hiervoor nodig? Hoe gaat dat in z'n werk? Koppeling naar werkpraktijk. Betrokken professionals.

5. Hoe worden de data gebruikt binnen het kwaliteitsmanagementsysteem van het ziekenhuis?

Doorvragen naar:

Sturing, beleid, beslissingen. Andere kwaliteitsprojecten. Interne feedback. Externe feedback. Interne verantwoording. Administratieve last

6. Hoe vond de dataregistratie in het verleden plaats?

Doorvragen naar:

Veranderingen. Informatie-infrastructuur. Ontwikkelingen. Samenwerking. Nieuwe functies.

## Bijlage 3

---

# Definities, begrippen en afkortingen

### Afkortingen

GT	Gefaseerd Toezicht
iBMG	instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Volksgezondheid
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
NIAZ	Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen
NP	Nurse Practitioner
PI	Prestatie-indicator
POP	Postoperatieve Pijn

### Definities en begrippen

#### Codified knowledge:

Expliciete kennis, kennis die bestaat uit data, makkelijk over te dragen en op te slaan (Weggeman 2001).

#### Decubitus:

Doorliggen, ook wel het degenereren van weefsels ten gevolge van een slechte plaatselijke bloeding veroorzaakt door druk en/of schuifkrachten, optredend bij te lang op bed liggen (Jonchems and Joosten 2003).

#### Delier:

Een acute verwardheid waarbij de aandacht is afgenomen en stoornissen in cognitieve functies optreden. Het is de frequentst optredende organisch-psychiatrische stoornis in het ziekenhuis (Osse and Tulen 2007).

#### Exclusiecriteria:

Criteria voor het uitsluiten van bepaalde patiënten in een onderzoek.

#### Inclusiecriteria:

Criteria voor het insluiten van bepaalde patiënten in een onderzoek.



Incidentie:

Het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte of aandoening in een populatie in een bepaald tijdsvak (Bowling 2002).

Internalisatie:

Tot onderdeel van het innerlijk maken (Van Dale Groot Woordenboek Hedendaags Nederlands). De wijze waarop en de mate waarin een organisatie zich een externe verplichting eigen maakt.

Ondervoeding:

Toestand waarin het lichaam verkeert bij onvoldoende voeding (Van Dale Groot Woordenboek Hedendaags Nederlands).

Postoperatieve pijn:

Pijn na een operatie

Prevalentie:

Het totaal aantal gevallen van een bepaalde ziekte of aandoening op een bepaald moment in een populatie (Bowling 2002).

Puntprevalentie:

Het totaal aantal gevallen van een bepaalde ziekte of aandoening op een zeer kort moment in een populatie (Bowling 2002).

Sensemaking:

Wetenschappelijk concept dat een verklaring tracht te geven over de wijze waarop een organisatie, een team of een individu betekenis geeft aan informatie (Weick 1979).

Tacit knowledge:

Ervaringen, interpretaties, vaardigheden, attitude etc. toegevoegd aan codified knowledge. Tacit knowledge ontstaat door codified knowledge met elkaar uit te wisselen en daar persoonlijke waarde (ervaringen) aan toe te voegen (Weggeman 2001).


Verkoeverafdeling:

Afdeling in het ziekenhuis waar patiënten onder voortdurende observatie kunnen bijkomen van de narcose na een operatie (Van Dale Groot Woordenboek Hedendaags Nederlands).

# Bijlage 4

## ISAR, DOSS en CAM-ICU

Zorgprogramma delirium kliniek



Stel de patiënt eerst vraag 0, alvorens de lijst te laten invullen

0. Bent u tijdens ziekte of een eerdere opname acuut verward (delirant) geweest?	Ja	2
	Nee	0

**ISAR VRAGENLIJST**

Wilt u de vragen alleen met ja of nee beantwoorden, en omcirkelen, dank u

1. Had u voordat u opgenomen werd in het ziekenhuis regelmatig hulp nodig van iemand? (hulp in huis, bereiden maaltijden)	Ja	1
	Nee	0
2. Hebt u in de laatste tijd regelmatig hulp nodig bij uw dagelijkse verzorging? (wassen, aankleden, toilet)	Ja	1
	Nee	0
3. Bent u in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis?	Ja	1
	Nee	0
4. Kunt u goed zien?	Ja	0
	Nee	1
5. Hebt u regelmatig problemen met uw geheugen?	Ja	1
	Nee	0
6. Gebruikt u meer dan drie verschillende soorten medicijnen?	Ja	1
	Nee	0
Score totaal		

**1. INFORMATIE BRON**

Patiënt is geïdentificeerd in tijd en plaats	Patiënt vult zelf ISAR in
Patiënt is geïdentificeerd in tijd en plaats, maar kan om directe redenen niet zelfstandig de ISAR invullen (schamelijk probleem, kan niet lezen, schrijven etc. ...)	Patiënt vult met hulp partner/ contactpersoon de ISAR in
Patiënt is geïdentificeerd in tijd en plaats, partner of contactpersoon is aanwezig	Contactpersoon vult ISAR in
Patiënt is geïdentificeerd in tijd en plaats, partner of contactpersoon is niet aanwezig	Positieve ISAR
Patiënt is ernstig ziek	ISAR niet mogelijk, uitsluiten

*Ingevuld door:* \_\_\_\_\_ *Datum:* \_\_\_\_\_

**2. SCORE: De ISAR-score is positief bij een score van 2 of meer punten**

totalscore: / 8 punten

positief \_\_\_\_\_ negatief \_\_\_\_\_

**3. ACTIES**

ingeschakeld \_\_\_\_\_ Patient is opgenomen op afd. \_\_\_\_\_

Mw/ transfer	JA / NEE
Gestatie team / 8093 of 21146	JA / NEE
Psychiatrie team 21331 of via 9	JA / NEE

Identification serious at risk ISAR McCusker 2004

© Diaconessenhuis Leiden 2008 7

### ISAR vragenlijst

Zorgprogramma delirium kliniek

**DELIRIUM OBSERVATIE SCREENING (DOS) SCHAAL (versie 0 - 1)**

datum: \_\_\_\_\_

naam patiënt: \_\_\_\_\_

OBSERVATIES De patiënt:	dag dienst			late dienst			nacht dienst			TOTAAL SCORE DEZE DAG (0 - 39)
	nooit	soms	weet niet	nooit	soms	weet niet	nooit	soms	weet niet	
1. zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2. is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3. heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4. maakt vraag of antwoord niet af	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5. geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6. reageert traag op opdrachten	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7. denkt ergens anders te zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8. beseft welk dagdeel het is	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9. herinnert zich recente gebeurtenis	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10. is plukkerig, rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11. trekt aan infuus, sonde, catheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12. is snel of plotseling geëmotioneerd	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13. ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	

**TOTAAL SCORE PER DIENST (0 - 13)**

**DOS SCHAAL EINDSCORE = TOTAAL SCORE DEZE DAG / 3**

DOS SCHAAL eindscore	< 3	geen delier
	≥ 3	waarschijnlijk delier

© Diaconessenhuis Leiden 2008 13

### DOSS vragenlijst

## CAM-ICU vragenlijst

### De Richmond Agitatie en Sedatie schaal: de RASS\*

Soort	Begrip	Omschrijving
+4	Strijdlustig	oppositieel/vijandig, gewelddadig, direct gevaar voor personeel
+3	Erg geagiteerd	trekt aan of verwijderd katheter(s) of tube(s); agressief
+2	Geagiteerd	regelmatig niet doelgerichte bewegingen, afwerende reacties
+1	Onrustig	angstig maar bewegelijkheid is niet agressief krachtig
0	Alert en kalm	
-1	Slaperig	niet volledig alert maar is in staat wakker te blijven (≥ 10 seconde) (ogen open/oogcontact) bij stemgeluid
-2	Lichte sedatie	kort wakker (< 10 seconde met oogcontact bij stemgeluid)
-3	Matige sedatie	beweging of ogen open bij stemgeluid (geen oogcontact)
-4	Diepe sedatie	geen reactie op stemgeluid, maar wel beweging en ogen open bij lichamelijke prikkeling
-5	Niet wekbaar	geen reactie op stemgeluid of lichamelijke prikkeling

**RASS score -3, -4 of -5:**  
stoppen en patiënt op een later tijdstip hertesten.

**RASS boven de -3 (dus bij een score -2 tot +4):**  
stap 2 toepassen.

\*Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1344.

#### Kenmerk 1

##### Acuut begin en fluctuerend verloop

- ✓ Zijn er aanwijzingen voor een acute verandering in het psychisch/cognitief functioneren vergeleken met hoe het was in het begin?  
OF
- ✓ Fluctueerde het gedrag gedurende de afgelopen 24 uur
  - o was het aanwezig en verdween het later
  - o nam het in ernst toe of af, gemeten met:
    - een observatieschaal voor sedatie (bijv. RASS), GCS,
    - of vergeleken met een vorige delier beoordeling?

##### Positief of negatief?

#### Kenmerk 2

##### Verminderde aandacht

Kost het de patiënt moeite om de aandacht vast te houden? Dit wordt getest met deze 'lettertest'. (Als de patiënt slechthorend is, maak dan gebruik van de plaatjes).

Zeg tegen de patiënt:

"Ik ga een reeks van 10 letters opnoemen. Wanneer u de letter A hoort knijpt U in mijn hand".

Lees de volgende reeks letters rustig en duidelijk voor met een snelheid van 1 letter per seconde.

**S A V E A H A A R T**

Score: (≥ 8 goed, kenmerk = negatief)

een respons wordt goed gerekend indien:

- patiënt knijpt bij het horen van de letter "A"

een respons wordt fout gerekend indien:

- patiënt niet knijpt bij de letter "A"
- wel knijpt bij een andere letter dan "A".
  - score ≥ 8 goed, kenmerk negatief
  - score < 8 (3 fout of meer) kenmerk positief

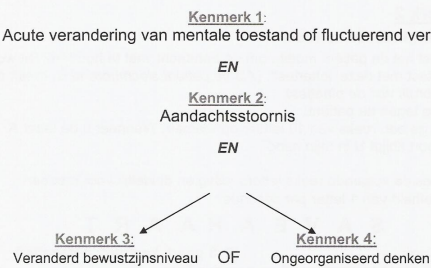
### Stap 1: Vaststelling van de mate van sedatie

met behulp van de Richmond Agitatie en Sedatie schaal: de RASS

- RASS score -3, -4 of -5:
  - o stoppen en patiënt op een later tijdstip hertesten.
- RASS boven de -3:
  - o stap 2 toepassen.

### Stap 2: Vaststelling delier

Acute verandering van mentale toestand of fluctuerend verloop.



**totaal kenmerk 1 + 2 + (3 of 4) = DELIER**

#### Kenmerk 3

##### Veranderd bewustzijn

Is het actuele bewustzijnsniveau van de patiënt anders dan RASS 0? Ja?, dan is het kenmerk positief

Of

#### Kenmerk 4

##### Ongeorganiseerd denken

Stel de vragen plus het commando:

**A. Vragen set A:** wissel set A en set B af

1. blijft een blok hout drijven in water?
2. zijn er olifanten in de zee?
3. weegt 2 kilo meer dan 1 kilo?
4. kun je met een hamer een hout zagen?

##### B. Commando

5. "steekt u eens zoveel vingers op" (laat zelf aantal vingers zien) "en nu met de andere hand" (laat zelf geen vingers zien)

A + B = Max. 5 punten.

Score: minder dan 4, dan is het kenmerk positief

**Kenmerk 3****Veranderd bewustzijn**

Is het actuele bewustzijnsniveau van de patiënt anders dan RASS 0? Ja?, dan is het kenmerk **positief**

**Of**

**Kenmerk 4****Ongeorganiseerd denken**

Stel de vragen plus het commando:

**A. Vragen set B:** wissel set A en set B af

1. blijft een steen drijven in water?
2. zijn er vissen in de zee?
3. weegt 1 kilo meer dan 2 kilo?
4. kun je met een hamer een spijker inslaan?

**B. Commando**

5. "steekt u eens zoveel vingers op" (laat zelf aantal vingers zien) "en nu met de andere hand" (laat zelf geen vingers zien)

A+B=Max. 5 punten.

Score: minder dan 4, dan is het kenmerk **positief**

Wanneer de patiënt niet bekwaam is voor de 'lettertest', gebruik dan deze visuele test bij kenmerk 2:

**De visuele test:** \*\* met de plaatjes uit set A en B \*\*

**Stap 1: 5 plaatjes.**

Zeg tegen de patiënt:

"Mevrouw of Meneer ....., ik laat u nu plaatjes zien van enkele gewone voorwerpen. Kijk goed en probeer elk plaatje te onthouden, omdat ik ga vragen welke plaatjes u hebt gezien".

Laat nu de plaatjes uit set A of B zien, wissel A en B af bij herhaalde metingen.

Toon de eerste 5 plaatjes van de set gedurende 3 seconde per plaatje.

**Stap 2: 10 plaatjes.**

Zeg tegen de patiënt:

"Nu laat ik u nog enkele plaatjes zien. Sommige heeft u al eens gezien, andere zijn nieuw. Kunt u mij laten weten of u ze eerder hebt gezien of niet door ja te knikken (doe voor) of nee te schudden (doe voor) met uw hoofd".

Laat nu de 10 plaatjes zien: 5 nieuw, 5 oud, 3 seconden per plaatje.

Gebruik hiervoor alle plaatjes van set A of set B

**Score:** (≤ 8 goed, kenmerk is positief)

Alleen het aantal goede ja en nee antwoorden uit stap 2 telt (max.10 pnt).

*Opmerking: denk bij deze testen aan het gehoorapparaat en/of de bril van de patiënt!*