



# Pay for Performance-programma 2019 voor algemene ziekenhuizen

## Individuele feedback



**ZIEKENHUIS:** ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA

**ERKENNINGSNUMMER (ERK):** 709

**IDENTIFICATIENUMMER (ID NUMMER) IN DE FUNNEL PLOTS:** 64

19 APRIL 2019

## INHOUD

INLEIDING.....	3
RESULTATEN VOOR DE P4P -INDICATOREN 2019.....	3
A. ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2019 van toepassing is.....	3
B. Deelname aan niet-verplichte registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels	4
C. Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is.....	5
D. Patiëntenervaringen .....	6
E. Klinische procesindicatoren oncologie .....	7
F. Klinische procesindicatoren: Antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese.....	11
G. Resultaatsindicatoren .....	13
BEREKENING P4P-BUDGET PER ZIEKENHUIS .....	16
HET P4P-BUDGET VAN UW ZIEKENHUIS VOOR 2019 .....	17
BIJLAGE 1: Funnel plot en scatterplot antibioticaprofylaxe.....	18
BIJLAGE 2: Funnel plots klinische procesindicatoren oncologie.....	20
BIJLAGE 3: Funnel plots resultaatsindicatoren .....	25

## Lijst van tabellen met scores van uw ziekenhuis

Tabel 1: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator “ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2019 van toepassing is” .....	3
Tabel 2: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator: “Deelname aan niet-verplichte registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels” .....	4
Tabel 3: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator “Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is” .....	5
Tabel 4: Score voor uw ziekenhuis voor de indicator “Patiëntenervaringen” .....	6
Tabel 5: Scores voor uw ziekenhuis voor de klinische procesindicatoren “oncologie” / Deeldomein “prostaat-, long-, colon- en rectumkanker”.....	9
Tabel 6: Scores voor uw ziekenhuis voor de klinische procesindicator “oncologie” / Deeldomein “hoofd- en halskanker” .....	10
Tabel 7: Domeinscore voor uw ziekenhuis voor de klinische procesindicatoren “oncologie” .....	10
Tabel 8: Score voor uw ziekenhuis voor de klinische procesindicator “antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese” .....	12

Tabel 9: Gedetailleerde informatie voor de klinische procesindicator “antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese” .....	12
Tabel 10: Resultaten indicator “postoperatieve mortaliteit rectumkanker” .....	13
Tabel 11: Resultaten indicator “mortaliteit heupfractuur” .....	14
Tabel 12: overzichtstabel met de scores per domein en de p4p-score.....	15

## Lijst van figuren met scores van uw ziekenhuis

Figuur 1: Funnel plot: Gecorrigeerde compliance antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese .....	18
Figuur 2: Scatter plot: Ongecorrigeerde compliance antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese .....	19
Figuur 3: Funnel plot pTNM prostaatkanker.....	20
Figuur 4: Funnel plot pTNM longkanker .....	21
Figuur 5: Funnel plot pTNM colonkanker .....	22
Figuur 6: Funnel plot pTNM rectumkanker.....	23
Figuur 7: Funnel plot pTNm Hoofd Halstumoren .....	24
Figuur 8: Funnel plot indicator 90-dagen postoperatieve mortaliteit radicale chirurgie voor rectumkanker .....	25
Figuur 9: Funnel plot mortaliteit heupfractuur .....	26

## INLEIDING

Begin 2019 werden alle Belgische algemene ziekenhuizen geïnformeerd over de inhoud van de P4P indicatorenset en alle 100 ziekenhuizen ondertekenden het P4P-contract 2019.

In overleg met de strategische werkgroep P4P (dd. 14/03/2019) werden nog een aantal wijzigingen doorgevoerd voor de volgende twee indicatoren: klinische registraties/ kwaliteitsbevorderende activiteiten/ kwaliteitslabels en klinische procesindicatoren oncologie.

In de [begeleidende nota](#) wordt meer gedetailleerd toelichting gegeven over de aangepaste indicatorenset van het P4P-programma 2019.

## RESULTATEN VOOR DE P4P -INDICATOREN 2019

### A. ISQua-accreditatiestatus die op datum van 15 maart 2019 van toepassing is

De [accreditatiestatus van ziekenhuizen](#) werd nagegaan bij de respectievelijke ISQua-geaccrediteerde instellingen. De algemene ziekenhuizen waarover bij de ISQua-instellingen geen informatie beschikbaar was, werden individueel gecontacteerd om hun accreditatiestatus op te vragen.

*Aantal te verwerven punten met ziekenhuisbrede ISQua-accreditatie*

ISQua-accreditatie behaald die op 15 maart 2019 nog van toepassing is	25 punten
Proefaudit achter de rug door een ISQua-geaccrediteerde instantie uiterlijk op 15 maart 2019	15 punten
Contract ondertekend met ISQua -geaccrediteerde instantie uiterlijk op 15 maart 2019	10 punten

**TABEL 1: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR "ISQUA-ACCREDITATIESTATUS DIE OP DATUM VAN 15 MAART 2019 VAN TOEPASSING IS"**

ERK	709
ISQUA-ACCREDITATIESTATUS DIE OP DATUM VAN 15 MAART 2019 VAN TOEPASSING IS	
SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS OP 25 PUNTEN	25

## B. Deelname aan niet-verplichte registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels

Voor deze indicator komen enkele niet-verplichte registraties en kwaliteitsbevorderende activiteiten in aanmerking. Kwaliteitslabels die ziekenhuizen op vrijwillige basis kunnen behalen, maken ook onderdeel uit van deze indicator.

Voor deze indicator werd, per ziekenhuis nagegaan voor welke [registraties, kwaliteitsbevorderende activiteiten en kwaliteitslabels](#) punten konden behaald worden. Indien een ziekenhuis, bijvoorbeeld omwille van een specifieke patiëntenpopulatie, niet kon deelnemen aan een bepaalde klinische registratie dan werd de noemer aangepast om de score op 5 punten te berekenen. Dezelfde redenering werd toegepast voor de kwaliteitsbevorderende activiteiten en de kwaliteitslabels.

**TABEL 2: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR: “DEELNAME AAN NIET-VERPLICHTE REGISTRATIES, KWALITEITSBEVORDERENDE ACTIVITEITEN EN KWALITEITSLABELS”**

ERK 709	
NIET-VERPLICHTE REGISTRATIES EN KWALITEITSBEVORDERENDE ACTIVITEITEN WAAR UW ZIEKENHUIS AAN DEELNAM	JA=1 NEE=0
Radiotherapie: PRISMA-RT Belgium m.b.t. incident analyse in radiotherapiediensten (1/1/2018-15/3/2019)	
Cardiologie: STEMI-register (ST elevation myocardial infarction), BIWAC (1/1/2018-15/3/2019)	0
Intensieve Zorgen: MICA (Monitoring Intensive Care Activities), FOD Volksgezondheid en het College voor Intensieve Zorg (1/1/2018-15/3/2019)	0
Traumachirurgie: TraumaRegister DGU® (tot 15/3/2019)	0
Patiëntenparticipatiecultuur: Patient Participation Culture Tool (PaCT), UGent (1/1/2014-15/3/2019)	0
Deelname aan de pre- en postcampagne registratie voor handhygiëne (data 2016-2017)	1
KWALITEITSLABELS IN UW ZIEKENHUIS DIE OP DATUM VAN 15 MAART 2019 NOG VAN TOEPASSING ZIJN	JA=1 NEE=0
Moeder/kind: Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI-label)	0
Gynaecologie en verloskunde, EBCOG	0
Borstkanker Breast Centres Certification ITALCERT (EUSOMA)	0
<b>TOTAAL AANTAL REGISTRATIES EN LABELS IN UW ZIEKENHUIS</b>	1
<b>MOGELIJK TE BEHALEN REGISTRATIES EN LABELS VOOR UW ZIEKENHUIS</b>	8
<b>SCORE OP 5 PUNTEN</b>	<b>1,13</b>

### C. Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is

Voor de indicator “Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem” werd gevraagd om **alle incidentmeldingen** voor de periode tussen 1/7/2018 en 31/12/2018 uit het eigen meld-en leersysteem te exporteren in een XML-bestand. De conformiteit van de coderingen van de incidentmeldingen werd softwarematig gecontroleerd door middel van een controleprogramma dat online beschikbaar werd gesteld. De gebruikersbeheerder van elk ziekenhuis ontving hiervoor een gebruikersnaam en een login. Een kopie van het rapport, dat de ziekenhuizen via dit controleprogramma ontvingen, werd bewaard op een beveiligde plek in de Cloud die enkel toegankelijk was voor het P4P-team van de FOD Volksgezondheid. Het in dit rapport vermelde conformiteitspercentage werd door de FOD Volksgezondheid gebruikt om het aantal punten voor deze indicator te berekenen.

Het aantal te verwerven punten voor deze indicator werd als volgt bepaald:

XML-bestand met $\geq 98$ % conform gecodeerde incidentmeldingen	10 punten
XML-bestand met 90 – 98 % conform gecodeerde incidentmeldingen	8 punten
XML-bestand met $< 90\%$ conform gecodeerde incidentmeldingen	6 punten
XML-bestand dat niet kan aangeleverd worden	0 punten

**TABEL 3: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR “IMPLEMENTATIE VAN EEN PATIËNTVEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM: % INCIDENTMELDINGEN DAT CONFORM GECODEERD IS”**

ERK	TELLER	NOEMER	% INCIDENTMELDINGEN DAT IN HET XML-BESTAND ‘CONFORM’ GECODEERD IS	SCORE OP 10 PUNTEN
<b>709</b>	821	821	100	<b>10</b>

## D. Patiëntenervaringen

Het domein "Patiëntenervaringen" bestaat uit een resultaatsindicator die informatie geeft over twee aspecten:

1. De tevredenheid van de patiënt over het verblijf in het ziekenhuis
2. De aanbeveling van het ziekenhuis aan familie, vrienden,...door de patiënt

De minimale vereisten voor deze indicator zijn:

De meting van patiëntenervaringen werd uitgevoerd in de periode tussen 1-07-2018 en 31-12-2018 op een C- of D-dienst, waarbij een minimum van 125 vragenlijsten werd beantwoord.

Het aantal te verwerven punten voor deze indicator is 15 punten (7,5 punten per deelindicator), op basis van de positieve respons. Concreet betekent dit het volgende:

RESULTAATSINDICATOR % POSITIEVE SCORES	≥ 80%	< 80 % en ≥ 70%	< 70 % en ≥ 60%	< 60%	Geen respons
"Welk cijfer zou u dit ziekenhuis geven voor deze opname?"	7,5 punten	4,5 punten	3 punten	1,5 punten	0 punten
"Zou u dit ziekenhuis aanbevelen aan uw vrienden en familie?"	7,5 punten	4,5 punten	3 punten	1,5 punten	0 punten

Voor de Vlaamse ziekenhuizen die deelnamen aan de Vlaamse Patiëntenpeiling werd gebruik gemaakt van de data van VIP<sup>2</sup>. De data van de Franstalige ziekenhuizen werden bekomen via BSM-management. De Vlaamse en Franstalige ziekenhuizen die patiëntenervaringen autonoom bevraagden, werden door de FOD Volksgezondheid individueel gecontacteerd voor het aanleveren van hun resultaten.

In Tabel 4 worden de individuele scores voor deze indicator weergegeven.

**TABEL 4: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE INDICATOR "PATIËNTENERVARINGEN"**

ERK	709		
RESULTAATINDICATOR	Aantal beantwoorde vragenlijsten	% positieve scores	SCORE OP 15 PUNTEN (7,5 PUNTEN PER DEELINDICATOR)
<b>DEELINDICATOR 1:</b> De tevredenheid van de patiënt over het verblijf in het ziekenhuis	276	80,00	7,5
<b>DEELINDICATOR 2:</b> De aanbeveling van het ziekenhuis aan familie, vrienden	276	82,00	7,5
<b>SCORE OP 15 PUNTEN</b>			<b>15</b>

## E. Klinische procesindicatoren oncologie

De 5 klinische procesindicatoren oncologie omvatten 4 procesindicatoren klinische registratie door een zorgprogramma oncologie en 1 procesindicator klinische registratie door zorgprogramma's oncologie en/of laboratoria voor pathologische anatomie.

De klinische procesindicatoren oncologie worden berekend op een domeinscore van 15 punten.

**Voor het deeldomein “prostaat-, long-, colon- en rectumkanker”** werden de procesindicatoren gekozen door de Stichting Kankerregister (BCR), in samenspraak met klinische experts, op basis van de status van de gegevens die beschikbaar zijn in de afgesloten databank van de BCR voor de **incidentiejaren 2015 en 2016**. De indicatoren meten de proportie van patiënten gediagnosticeerd met invasieve kanker, waarvoor het pathologisch stadium (pTNM) **niet** is aangeleverd **door een zorgprogramma oncologie** aan de Stichting Kankerregister en die een chirurgische ingreep ondergingen t.e.m. 9 maanden na incidentiedatum, voor 4 soorten kanker:

- [Prostaatkanker](#)
- [Longkanker](#)
- [Colonkanker](#)
- [Rectumkanker](#)

De **streefwaarde** voor deze indicatoren werd bepaald door de BCR en vastgelegd op **10%**.

**Voor het deeldomein “hoofd- en halstumoren”** werd de volgende procesindicator gekozen door de Stichting Kankerregister (BCR) in samenspraak met de klinische experts:

- [% patiënten met geopereerde spinocellulaire hoofd- en halskanker, waarvoor de pTNM beschikbaar is in de databank van de Stichting Kankerregister \(incidentiejaren 2009-2014\)](#)

Voor de berekening van deze indicator werd een andere methodologie gehanteerd dan de hoger genoemde klinische procesindicatoren oncologie. Voor deze indicator wordt gekeken naar het pathologisch stadium (pTNM) dat **wel** is aangeleverd aan de BCR **door een zorgprogramma oncologie en/of laboratoria voor pathologische anatomie**.

De **streefwaarde** voor deze indicator werd vastgelegd op **95%** zoals gedefinieerd in het KCE-rapport 305<sup>1</sup> en het individuele feedback rapport van de BCR (Quality indicators for the management of head and neck squamous cell carcinoma, diagnoses 2009-2014).

In de onderstaande tabel wordt per indicator de streefwaarde aangegeven, alsook het gewicht dat wordt toegekend aan elke indicator voor de berekening van de punten in dit domein. De ziekenhuizen kunnen voor elke indicator 5, 3 of 0 punten verwerven, afhankelijk van de positie in de funnel. Voor de indicatoren % niet-geregistreerde pTNM prostaat-, long-, colon- en rectumkanker wordt de score

---

<sup>1</sup> <https://kce.fgov.be/nl/kwaliteitsindicatoren-voor-de-aanpak-van-hoofd-en-halskanker>



berekend op 10 punten (gewicht van 2). De indicator % beschikbare pTNM hoofd- en halskanker wordt berekend op 5 punten (gewicht van 1). De totaalscore op 45 punten wordt omgerekend naar een domeinscore op 15 punten.

Indicatoren	Streefwaarde	Gewicht	Punten
% niet-geregistreerde pTNM prostaatkanker	≤ 10 %	2	10
% niet-geregistreerde pTNM longkanker	≤ 10 %	2	10
% niet-geregistreerde pTNM colonkanker	≤ 10 %	2	10
% niet-geregistreerde pTNM rectumkanker	≤ 10 %	2	10
% geregistreerde pTNM hoofd- en halskanker	≥ 95 %	1	5
Totaal			Op 45 punten
<b>Domeinscore</b>			<b>Op 15 punten</b>

De scores voor de indicatoren “prostaat-, long-, colon- en rectumkanker” worden weergegeven in Tabel 5. Voor deze indicatoren komt een laag percentage overeen met een goed resultaat. De scores voor de indicator “hoofd- en halstumoren” wordt gepresenteerd in Tabel 6. Voor deze indicator komt een hoog percentage overeen met een goed resultaat.

Indien het ziekenhuis echter een specifieke pathologie (vb. hoofd-en halskanker) niet behandelt, kan het ziekenhuis geen punten verwerven voor deze indicator. In dit geval worden de punten berekend op basis van het aantal indicatoren waarop het ziekenhuis wél punten kan behalen.

De domeinscore op 15 punten wordt weergegeven in Tabel 7.

In bijlage (p. 25) worden de resultaten voorgesteld met een funnel plot (trechtergrafiek). Aan de hand van het identificatienummer kan elk ziekenhuis haar positie in de funnel plot nagaan. In de funnel plot wordt enkel voor de afwijkende ziekenhuizen het anonieme identificatienummer weergegeven.

**TABEL 5: SCORES VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOREN "ONCOLOGIE" / DEELDOMEIN "PROSTAAT-, LONG-, COLON- EN RECTUMKANKER"**

INDICATOREN	ERK	ID funnel	Volume (noemer)	Aantal missende registraties (teller)	% niet-geregistreeerde pTNM	Onderste controlelimiet van het 99,8% BI	Streefwaarde (%)	Bovenste controlelimiet van het 99,8% BI	Punten funnel	Score op 10 punten
% niet-geregistreeerde pTNM prostaatkanker	709	64	33	26	78,79	-2,93	≤ 10	27,49	0	0
% niet-geregistreeerde pTNM longkanker	709	64	22	14	63,64	-4,50	≤ 10	31,66	0	0
% niet-geregistreeerde pTNM colonkanker	709	64	74	11	14,86	0,24	≤ 10	21,49	3	6
% niet-geregistreeerde pTNM rectumkanker	709	64	28	19	67,86	-3,50	≤ 10	29,23	0	0
<b>SCORE OP 40 PUNTEN</b>										<b>6</b>
<b>AANTAL INDICATOREN WAAROP HET ZIEKENHUIS PUNTEN KAN BEHALEN</b>										<b>4</b>
<b>CORRECTIEFACTOR</b>										<b>1,00</b>
<b>GECORRIGEEDE SCORE OP 40 PUNTEN</b>										<b>6,00</b>

*Indien voor het ziekenhuis voor één of meerdere indicatoren in Tabel 5 geen gegevens beschikbaar zijn bij de BCR, wordt hiervoor gecorrigeerd door de score (op 40 punten) te vermenigvuldigen met de correctiefactor. Voor ziekenhuizen waarvoor de gegevens voor alle indicatoren beschikbaar zijn, is de correctiefactor gelijk aan 1.*

**TABEL 6: SCORES VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOR “ONCOLOGIE” / DEELDOMEIN “HOOFD- EN HALSKANKER”**

INDICATOREN	ERK	ID funnel	Volume (noemer)	Aantal registraties (teller)	% beschikbare pTNM	Onderste controlelimiet van het 99,8% BI	Streefwaarde (%)	Bovenste controlelimiet van het 99,8% BI	Punten funnel	Score op 5 punten
% beschikbare pTNM hoofd- en halstumoren	709	64	3	3	100,00	4,09	≥ 95	99,96	5	5
<b>SCORE OP 5 PUNTEN</b>										<b>5</b>

Indien voor het ziekenhuis voor deze indicator geen gegevens beschikbaar zijn bij de BCR, wordt hiervoor gecorrigeerd door de score (op 45 punten) te vermenigvuldigen met de correctiefactor. Voor ziekenhuizen waarvoor de gegevens voor deze indicator beschikbaar zijn, is de correctiefactor gelijk aan 1 ([Tabel 7](#)).

**TABEL 7: DOMEINSCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOREN “ONCOLOGIE”**

ERK	709
SCORE DEELDOMEIN “PROSTAAT-, LONG-, COLON- EN RECTUMKANKER” OP 40 PUNTEN (GECORRIGEERD)	6
SCORE DEELDOMEIN “HOOFD- EN HALSKANKER” OP 5 PUNTEN	5
SCORE KLINISCHE PROCESINDICATOREN ONCOLOGIE OP 45 PUNTEN	11
CORRECTIEFACTOR	1
SCORE KLINISCHE PROCESINDICATOREN ONCOLOGIE OP 45 PUNTEN (GECORRIGEERD)	11
<b>DOMEINSCORE KLINISCHE PROCESINDICATOREN ONCOLOGIE OP 15 PUNTEN</b>	<b>3,67</b>

## F. Klinische procesindicatoren: Antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese

In afstemming met de BAPCOC-experten werd de indicator "[Antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese](#)" weerhouden in de set van 2019 (MZG data 2016).

De streefwaarde voor deze indicator werd door de BAPCOC-experten vastgelegd op 90 % compliance met de antibioticaprofylaxe richtlijnen.

Ziekenhuizen kunnen voor deze indicator 0, 3 of 5 punten verwerven, afhankelijk van het behaalde resultaat (positie in de funnel).

Indien het ziekenhuis geen patiënten met totale knieprothese behandelt, wordt deze indicator niet meegenomen voor de berekening van de punten.

Tabel 8 bevat de waarde van de gecorrigeerde compliance met de antibiotica richtlijnen (correctie voor parameters in het statistische model). Op basis van deze waarde worden de punten voor de indicator toegekend. Deze waarde wordt ook weergegeven de funnel plot in bijlage in [Figuur 1](#). In de funnel plot kan aan de hand van het identificatienummer de positie van het ziekenhuis worden nagaan.

In de funnel plot wordt enkel voor de afwijkende ziekenhuizen ( $\geq$  de bovenste controlelimiet of  $\leq$  de onderste controlelimiet) het anonieme identificatienummer weergegeven. Op deze manier wordt weergegeven welke ziekenhuizen significant afwijken ( $p \leq 0,002$ ) van de streefwaarde van 90% compliance. In de funnel wordt de streefwaarde van 90% weergegeven door middel van een referentielijn.

Resultaten die binnen de controlelimieten liggen, worden toegeschreven aan normale variatie (het toeval) rond de streefwaarde van 90%.

Resultaten die op of buiten de onderste of bovenste controlelimieten liggen, zijn niet toe te schrijven aan 'normale' variatie rond de streefwaarde van 90 % en dus toe te schrijven aan 'speciale oorzaken', eigen aan het ziekenhuis en dienen geanalyseerd te worden.

Tabel 9 bevat meer gedetailleerde info over de ongecorrigeerde compliance met de antibioticarichtlijnen en een overzicht van het aantal verblijven die niet compliant zijn. De ongecorrigeerde compliance wordt ook weergegeven in de scatter plot in bijlage in [Figuur 2](#).

**TABEL 8: SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOR “ANTIBIOTICAPROFYLAXE BIJ TOTALE KNIETPROTHESE”**

INDICATOR	ERK	ID funnel	Volume	Compliance (gecorrigeerd) (%)	Onderste controlelimiet van het 99,8 BI	Streefwaarde (%)	Bovenste controlelimiet van het 99,8 BI	SCORE
Antibioticaprofylaxe totale knieprothese	<b>709</b>	64	156	95,88	81,56	90	96,32	3
<b>SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS OP 5 PUNTEN</b>								<b>3</b>

**TABEL 9: GEDETAILLEERDE INFORMATIE VOOR DE KLINISCHE PROCESINDICATOR “ANTIBIOTICAPROFYLAXE BIJ TOTALE KNIETPROTHESE”**

INDICATOR	ERK	ID Scatter plot	Volume (noemer)	OK (teller)	Ongecorrigeerde Compliance (%)	Juiste keuze AB	Niet OK	Foute keuze AB	Juiste keuze AB, maar foute dosis AB	Missende gegevens facturatie
Antibioticaprofylaxe totale knieprothese	<b>709</b>	64	156	150	96,15	156	6	0	6	0

Tabel 9 bevat de gedetailleerde informatie voor het ziekenhuis over:

- de ongecorrigeerde antibiotica compliance uitgedrukt in % (teller/noemer)
- aantal verblijven waarvoor een juiste keuze antibiotica (Cefazoline of Cefuroxime)
- een overzicht van de verblijven die niet compliant zijn met de antibiotica richtlijnen:
  - totaal aantal verblijven die niet compliant zijn met de antibiotica richtlijnen (niet OK)
  - aantal verblijven waarvoor een verkeerde keuze antibiotica
  - aantal verblijven waarvoor een juiste keuze antibiotica, maar een verkeerde dosis Cefazoline/Cefuroxime
  - aantal verblijven waarvoor missende facturatiegegevens

## G. Resultaatsindicatoren

In het P4P-programma 2019 zijn twee resultaatsindicatoren opgenomen:

- 90-dagen postoperatieve mortaliteit radicale chirurgie voor rectumkanker
- Mortaliteit heupfractuur

### 1. [90-dagen postoperatieve mortaliteit radicale chirurgie voor rectumkanker \(incidentiejaren 2014-2016\)](#)

De gegevens voor de berekening van deze indicator werden aangeleverd door de BCR (incidentiejaren 2014-2016). Ziekenhuizen kunnen met deze indicator 0,3 of 5 punten verwerven op basis van hun positie in de funnel ([Figuur 1](#)).

**TABEL 10: RESULTATEN INDICATOR “POSTOPERATIEVE MORTALITEIT RECTUMKANKER”**

INDICATOR	ERK	ID funnel	N	Overlijdens (O)	Verwachte overlijdens (E)	SER (O/E)	90d. mortaliteit (%)	Onderste controlelimiet van het 99,8% BI	Ref (%)	Bovenste controlelimiet van het 99,8% BI	SCORE
Post-operatieve mortaliteit rectumkanker	<b>709</b>	64	40	0	1,73	0,00	0,00	-2,49	3,85	14,82	3
<b>SCORE VOOR UW ZIEKENHUIS OP 5 PUNTEN</b>											<b>3</b>

- *N= Noemer* = Het aantal patiënten beschikbaar bij de BCR: Alle patiënten gediagnosticeerd met invasieve rectumkanker in de loop van incidentiejaren 2014-2016, die chirurgie met curatief opzet kregen binnen 9 maanden na incidentie, waarvan de vitale status gekend is of die niet lost-to-follow up zijn binnen de 90 dagen na chirurgie.
- *Overlijdens (O)* = het aantal geobserveerde of waargenomen overlijdens
- *Verwachte overlijdens (E)* = het aantal patiënten dat ‘verwacht’ wordt te overlijden na standaardisatie van de gegevens. De volgende patiënt- en tumorkarakteristieken werden gebruikt voor de standaardisatie: leeftijd bij diagnose, geslacht, WHO performantie score en klinisch stadium bij diagnose.
- *SER* = Standardized Event Ratio =  $O/E$  = overlijdens/verwachte overlijdens van het ziekenhuis
- *90-dagen risico-gecorrigeerde mortaliteit (%)* =  $SER * \text{referentiewaarde} = O/E * \text{referentiewaarde}$
- *Ref* = referentiewaarde =  $(\sum \text{overlijdens} / \sum \text{patiënten beschikbaar bij BCR}) * 100$  voor alle ziekenhuizen samen.

## 2. [Mortaliteit na heupfractuur \(registratieperiode 2016-2017\)](#)

Om deze indicator te berekenen werd gebruik gemaakt van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG, FOD Volksgezondheid) voor de jaren 2016 en 2017. De methodologie voor de berekening van de indicator wordt beschreven in de indicatorfiche.

Voor deze indicator worden nog geen punten toegekend voor de berekening van de P4P score in 2019.

De feedback over het resultaat van de mortaliteitsindicator heupfractuur is momenteel enkel informatief bedoeld. Het is aan te bevelen dat ziekenhuizen het resultaat intern analyseren en bespreken. Bij een slecht resultaat is het wenselijk om verbeteracties te implementeren.

De individuele scores worden weergegeven in Tabel 11. In Figuur 9 worden de resultaten met de funnel plot weergegeven.

In de funnel plot wordt enkel voor de afwijkende ziekenhuizen het anonieme identificatienummer weergegeven.

**TABEL 11: RESULTATEN INDICATOR “MORTALITEIT HEUPFRACTUUR”**

INDICATOR	ERK	ID funnel	Volume	Overlijdens (O)	Verwachte overlijdens (E)	SMR	Onderste controlelimiet van het 99,8% BI	Ref (%)	Bovenste controlelimiet van het 99,8 % BI	SCORE
Mortaliteit heupfractuur	709	64	200	4	6,74	59,33	0,61	3,5% (SMR=100)	224,81	3

**DE SCORE OP DEZE INDICATOR WORDT NIET MEEGENOMEN IN DE BEREKENING VAN DE P4P SCORE**

- *Volume* = Aantal patiënten van 65 jaar en ouder bij opname, opgenomen voor een heupfractuur in 2016 en 2017
- *Overlijdens (O)* = het aantal geobserveerde of waargenomen overlijdens
- *Verwachte overlijdens (E)* = het aantal patiënten dat ‘verwacht’ wordt te overlijden op basis van standaardisatie van de gegevens. De volgende parameters werden gebruikt voor de standaardisatie: geslacht, leeftijd bij opname, plaats vóór opname, registratiejaar en Charlson Comorbidity Index (CCI).
- $SMR = O/E * 100 = \text{overlijdens/verwachte overlijdens van het ziekenhuis} * 100$
- *Ref* = de referentiewaarde =  $(\sum \text{overlijdens} / \sum \text{opnamen}) * 100$  voor alle ziekenhuizen samen. Deze referentiewaarde komt overeen met de SMR van 100.

**TABEL 12: OVERZICHTSTABEL MET DE SCORES PER DOMEIN EN DE P4P-SCORE**

<b>P4P-SCORE</b> <b>60,79/80 PUNTEN</b>			
<b>ZIEKENHUISBREDE INDICATOREN</b> <b>51,125/55 PUNTEN</b>		<b>PATHOLOGIEGEBONDEN INDICATOREN</b> <b>9,67/25 PUNTEN</b>	
<b>STRUCTUUR</b> <b>36,13/40 PUNTEN</b>	<b>RESULTAAT</b> <b>15/15 PUNTEN</b>	<b>PROCES</b> <b>6,67/20 PUNTEN</b>	<b>RESULTAAT</b> <b>3/5 PUNTEN</b>
ISQua-accreditatiestatus die op datum 15 maart 2019 van toepassing is <b>25/25 PUNTEN</b>	Patiëntenervaringen <b>15/15 PUNTEN</b>	4 indicatoren klinische registratie oncologie 1 indicator hoofd- en halstumoren <b>3,67/15 PUNTEN</b>	90-dagen postoperatieve mortaliteit radicale chirurgie voor rectumkanker <b>3/5 PUNTEN</b>
Deelname aan niet-verplichte en kwaliteitsbevorderende klinische en niet-klinische registraties en/of het behalen van bepaalde kwaliteitslabels <b>1,13/5 PUNTEN</b>		Antibiotica-profylaxe bij totale knieprothese <b>3/5 PUNTEN</b>	Mortaliteit heupfractuur <b>DE SCORE OP DEZE INDICATOR WORDT NIET MEEGENOMEN IN DE BEREKENING VAN DE P4P SCORE</b>
Implementatie van een patiëntveiligheidsmanagementsysteem: % incidentmeldingen dat conform gecodeerd is <b>10/10 PUNTEN</b>			



## BEREKENING P4P-BUDGET PER ZIEKENHUIS

Er werd beslist om de financiële beloning geleidelijk in te voeren en om een hybride systeem in de 2018 en 2019-programma's te hanteren. Dit betekent dat in de opstartfase het beschikbare bedrag van 6.182.154 EURO wordt opgedeeld in een vast gedeelte van 10 % en een variabel gedeelte van 90 %.

Het vaste gedeelte is een identiek bedrag voor elk participierend ziekenhuis, ongeacht de P4P-score of de omvang van het ziekenhuis. Het variabele gedeelte wordt toegekend op basis van de P4P score van het ziekenhuis, gewogen volgens de verantwoorde activiteit.

Het **vaste** bedrag per ziekenhuis ( $X_i$ ) wordt als volgt berekend:

$$X_i = (A * 10\%) / N$$

waarbij:

A = beschikbaar P4P-budget van 6.182.154 EURO

N = aantal deelnemende ziekenhuizen

Het **variabele** bedrag ( $Y=A*90%$ ) wordt verdeeld over de deelnemende ziekenhuizen, op basis van de P4P score en het aantal verantwoorde en / of erkende bedden van het betreffende jaar.

$$\frac{Y}{\sum (B_i * C_i)} = \text{BEDRAG PER PUNT PER BED} = Z$$

waarbij:

$B_i$  = aantal bedden van elk ziekenhuis:

Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2018 en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2019 van het betrokken jaar.

$C_i$  = P4P-score van elk ziekenhuis

Het **variabele bedrag per ziekenhuis ( $Y_i$ )** wordt als volgt berekend:

$$Y_i = Z * B_i * C_i$$

## HET P4P-BUDGET VAN UW ZIEKENHUIS VOOR 2019

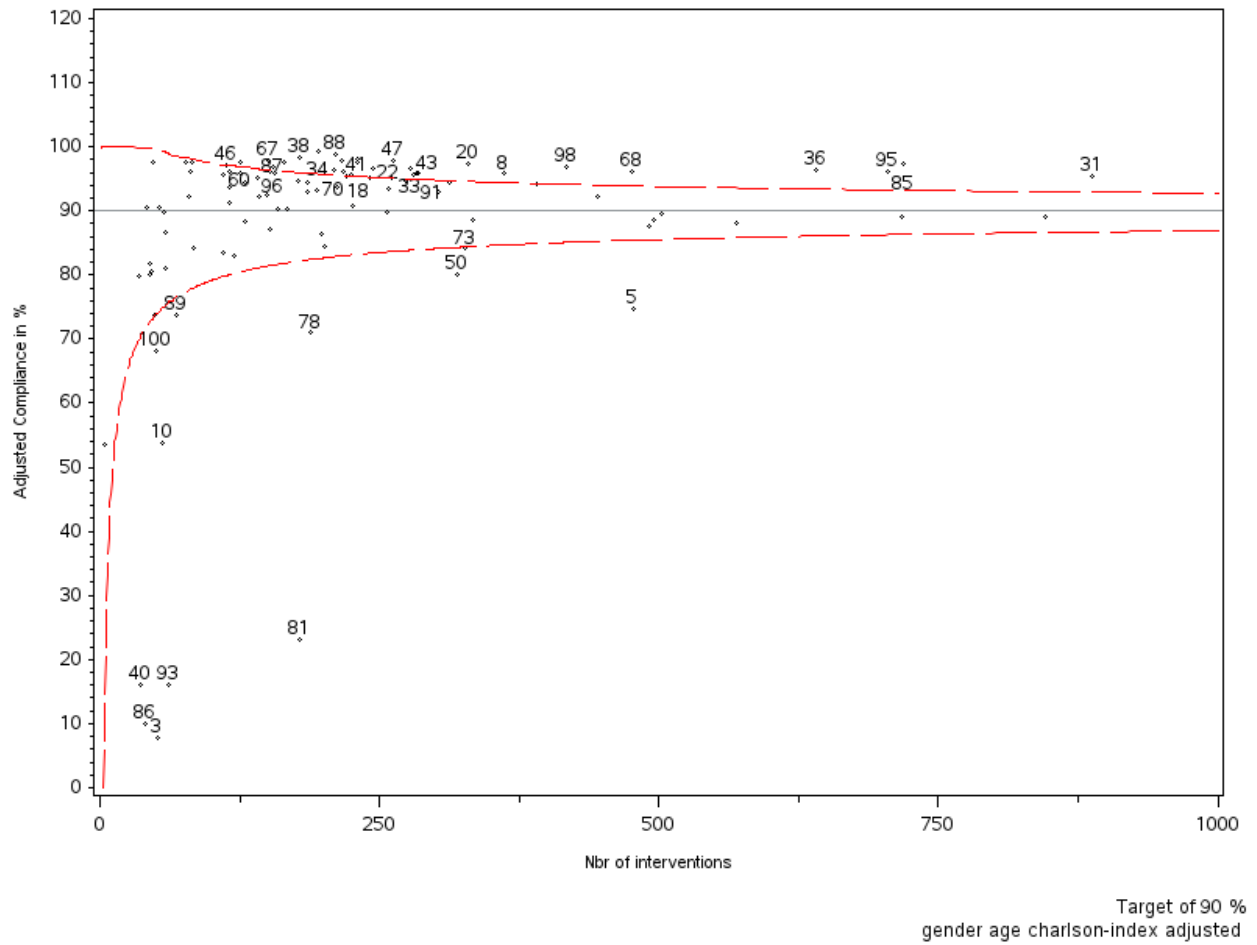
Het voorlopige P4P-budget van uw ziekenhuis bedraagt: **45061,37 EURO**

Dit bedrag is de som van het vaste en het variabele deel.

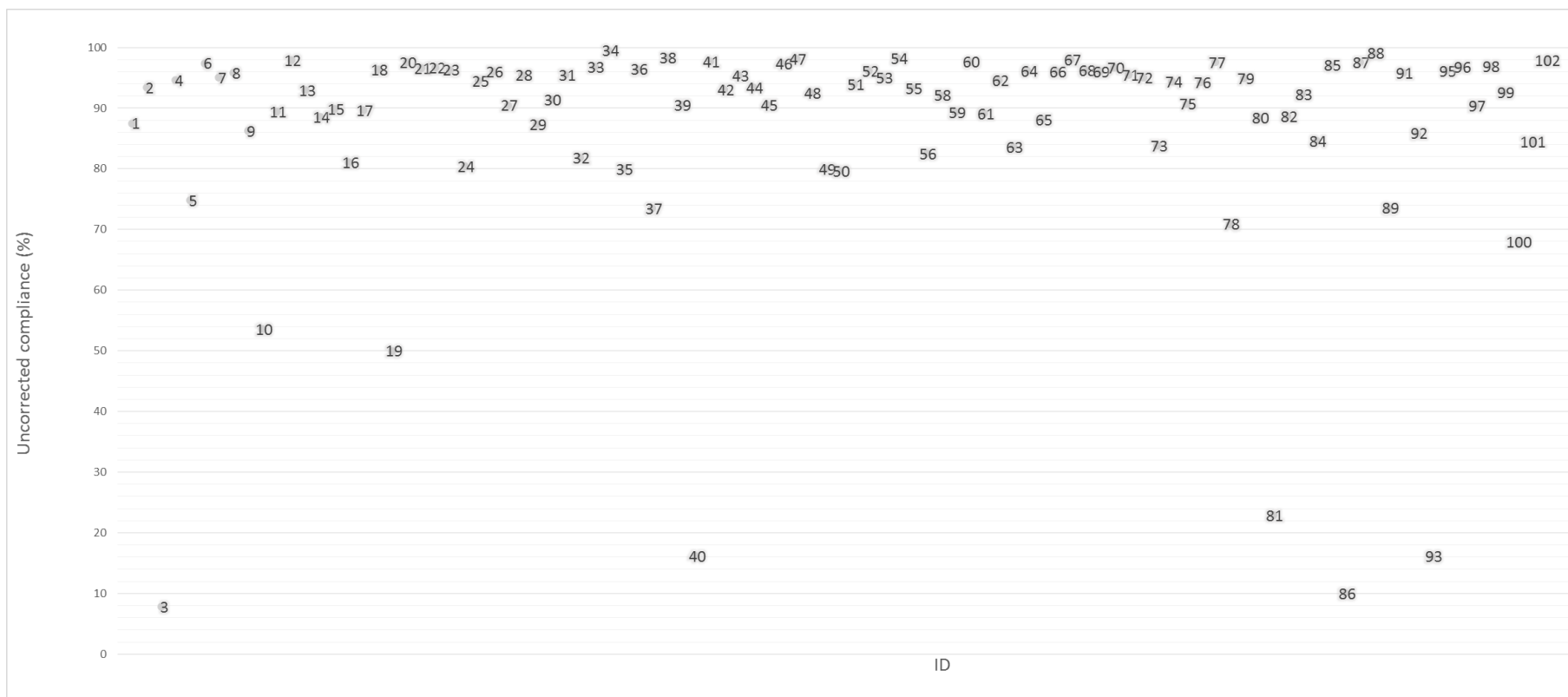
Eventuele opmerkingen over de berekening moeten worden overgemaakt aan de FOD VVVL volgens de procedure van artikel 108 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen.

# BIJLAGE 1: Funnel plot en scatterplot antibioticaprofylaxe

FIGUUR 1: FUNNEL PLOT: GECORRIGEERDE COMPLIANCE ANTIBIOTICAPROFYLAXE BIJ TOTALE KNIETPROTHESE

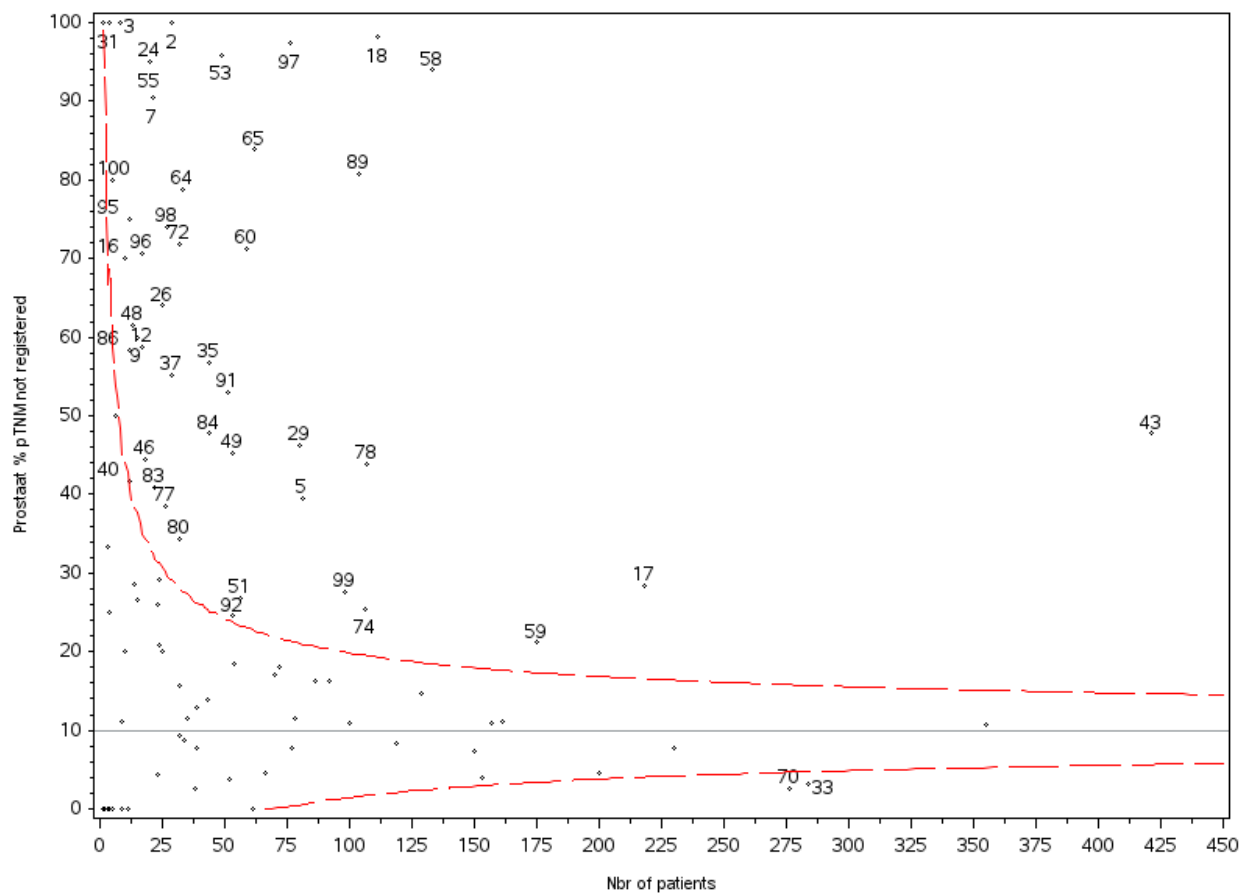


FIGUUR 2: SCATTER PLOT: ONGECORRIGEERDE COMPLIANCE ANTIBIOTICAPROFYLAXE BIJ TOTALE KNIETPROTHESE



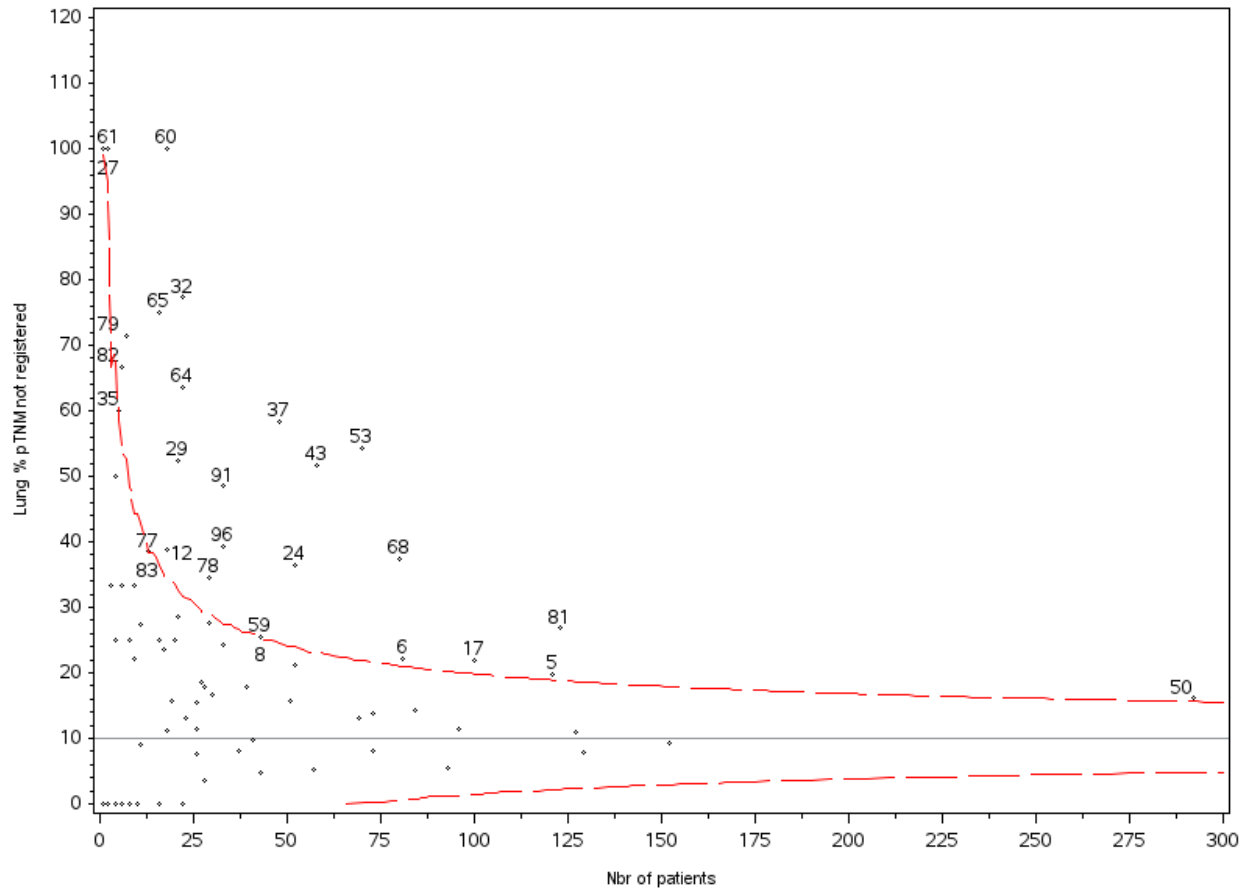
## BIJLAGE 2: Funnel plots klinische procesindicatoren oncologie

FIGUUR 3: FUNNEL PLOT PTNM PROSTAATKANKER



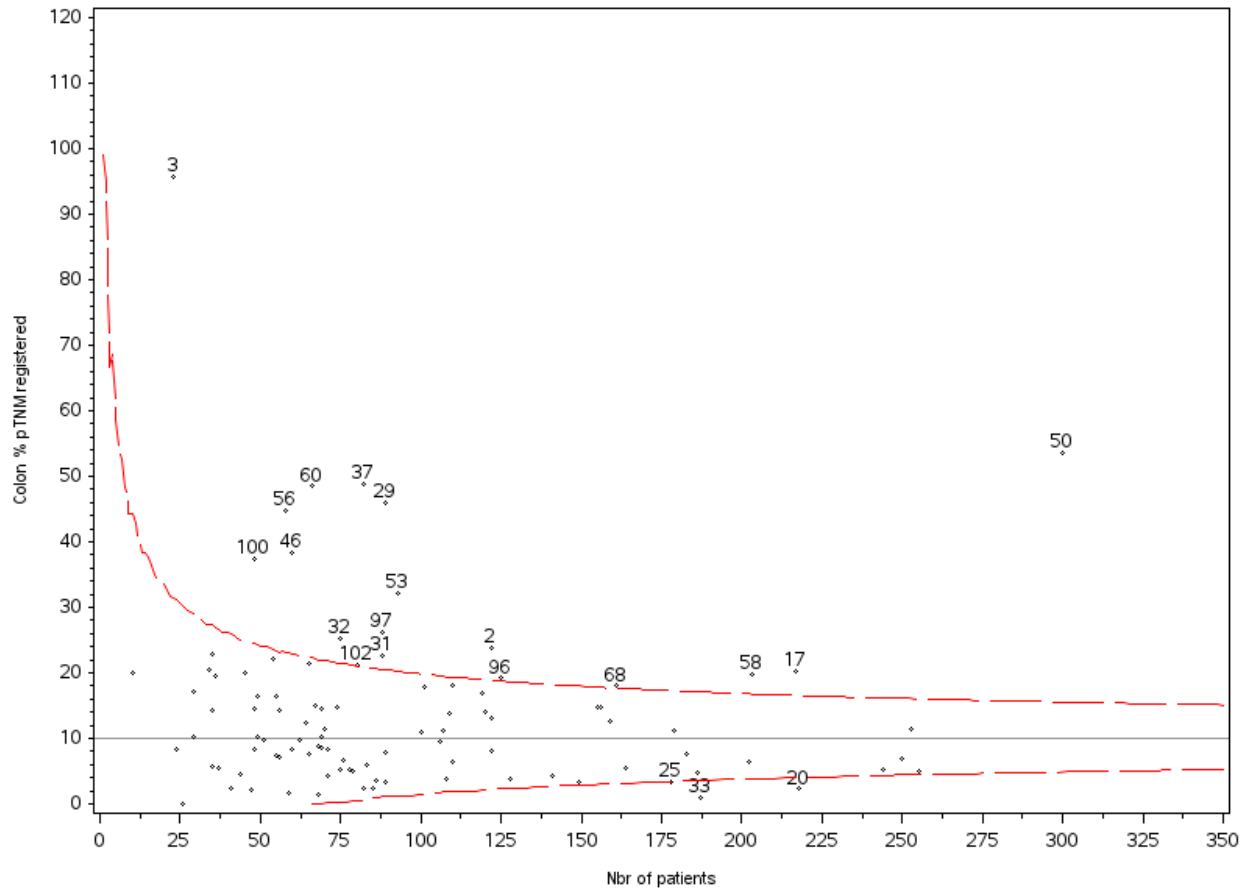
Reference value of 10 %

FIGUR 4: FUNNEL PLOT PTNM LONGKANKER



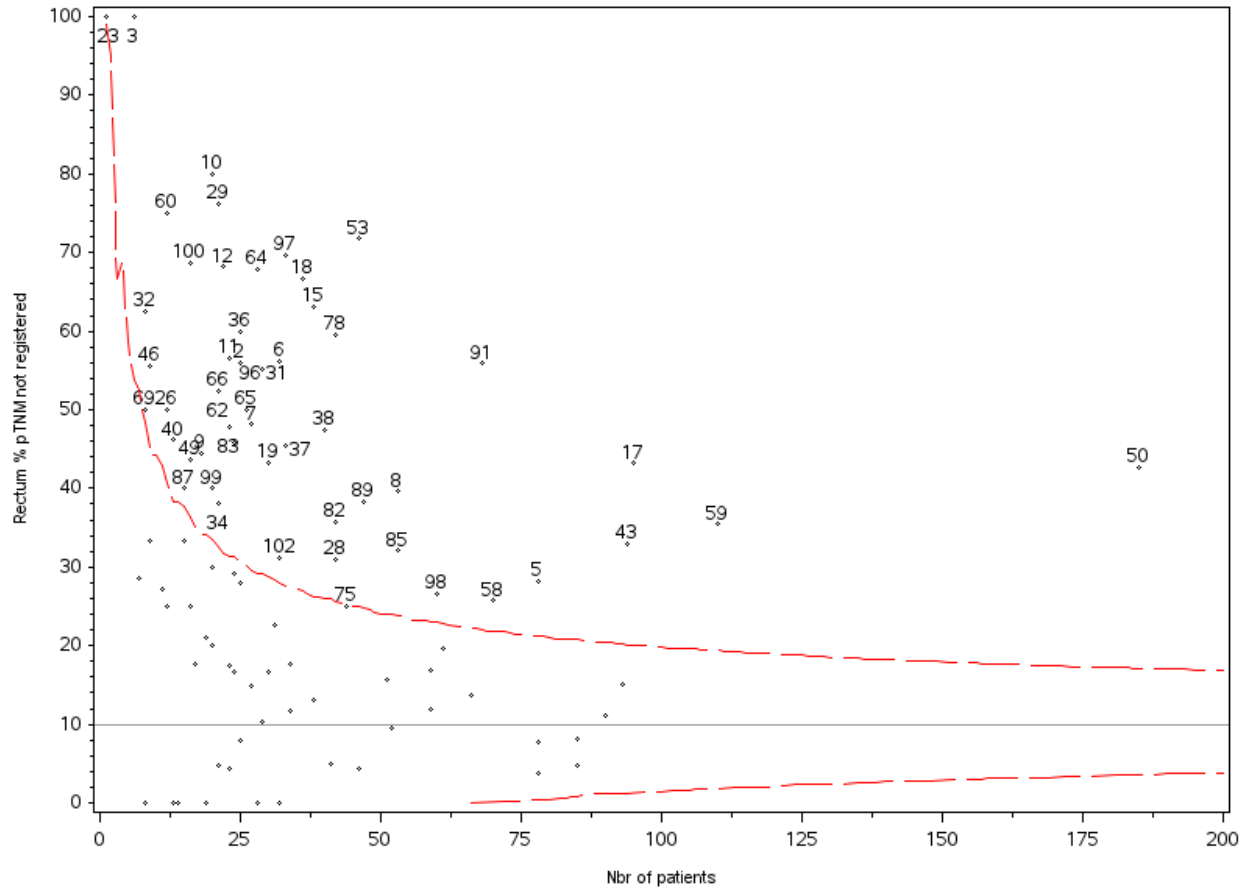
Reference value of 10 %

FIGUR 5: FUNNEL PLOT PTNM COLONKANKER



Reference value of 10 %

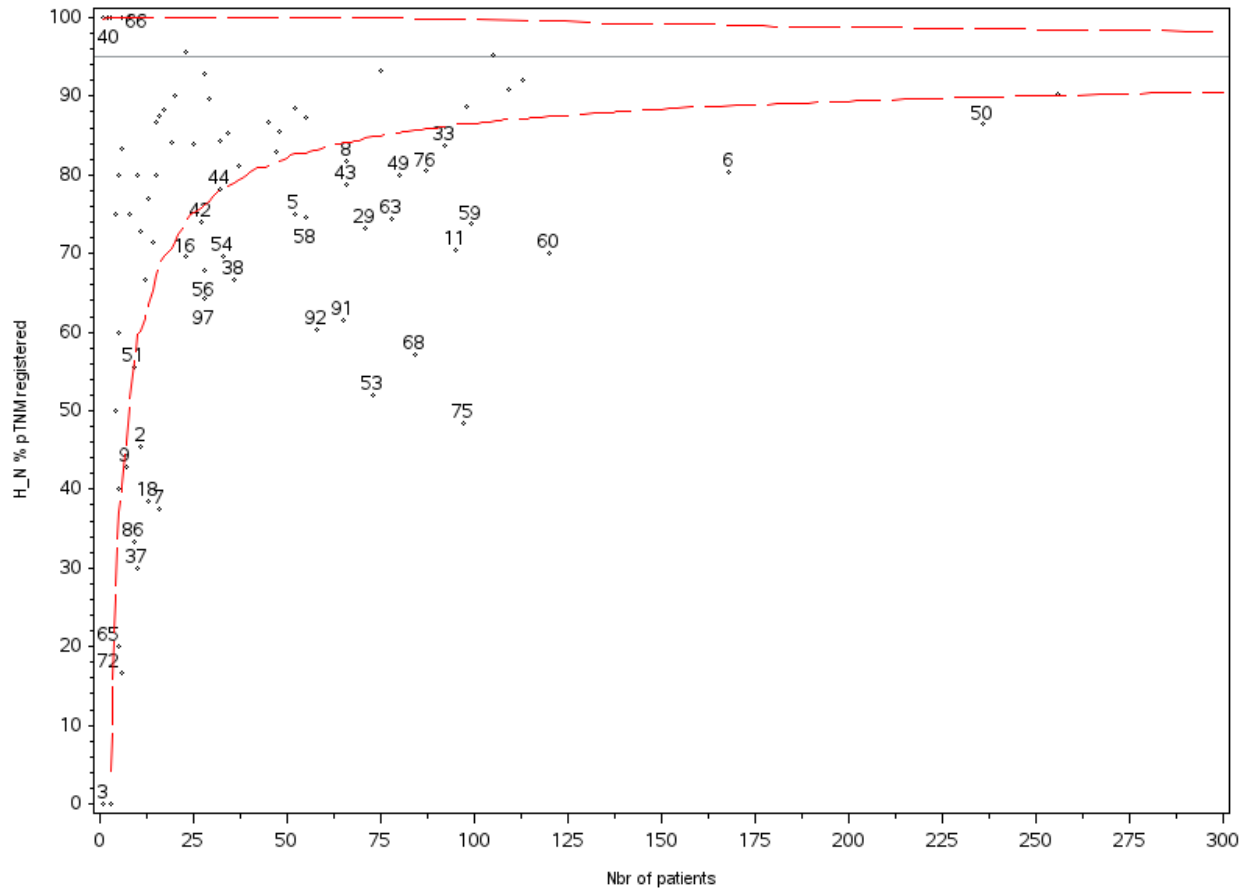
FIGUUR 6: FUNNEL PLOT PTNM RECTUMKANKER



Reference value of 10 %



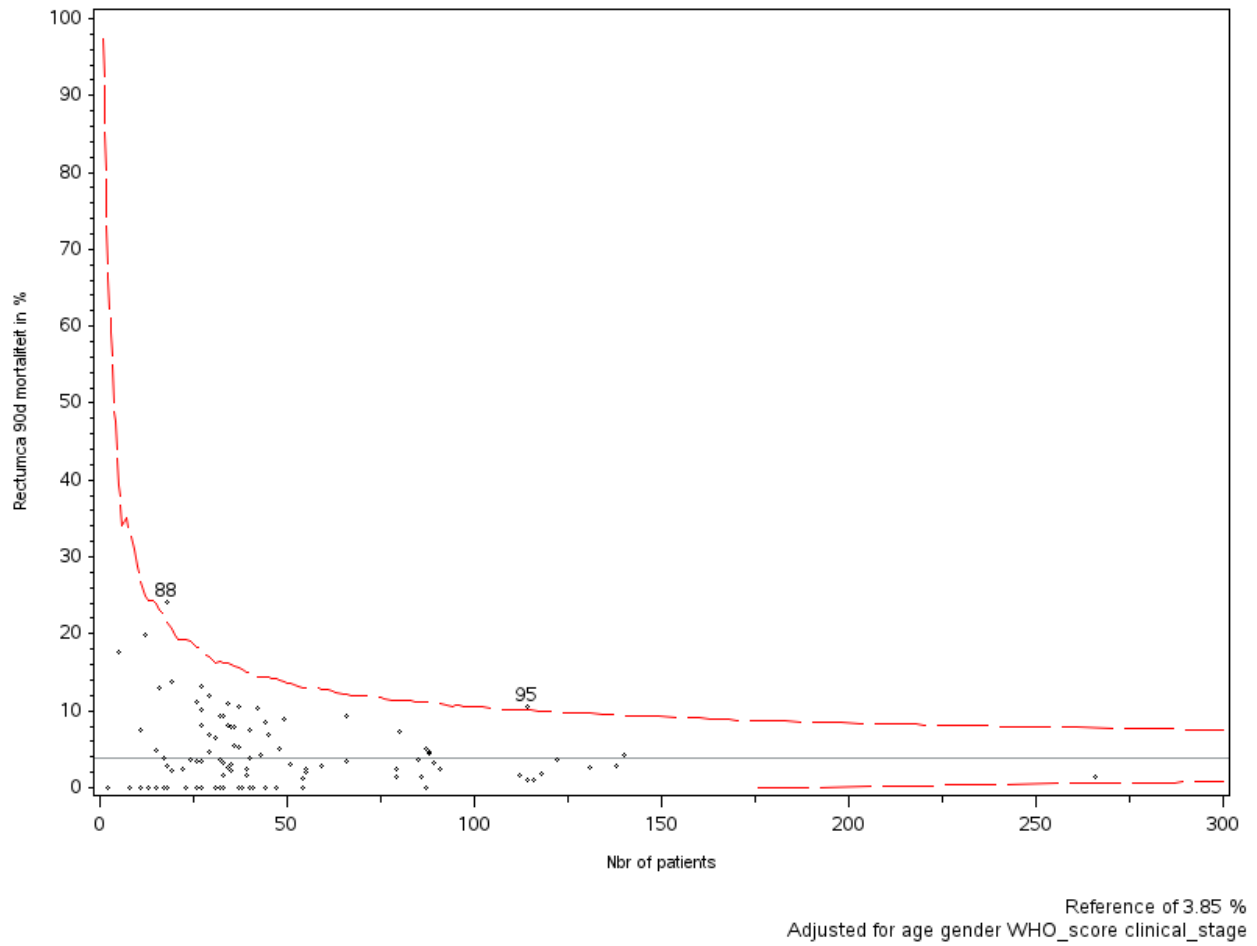
FIGUUR 7: FUNNEL PLOT PTNM HOOFD HALSTUMOREN



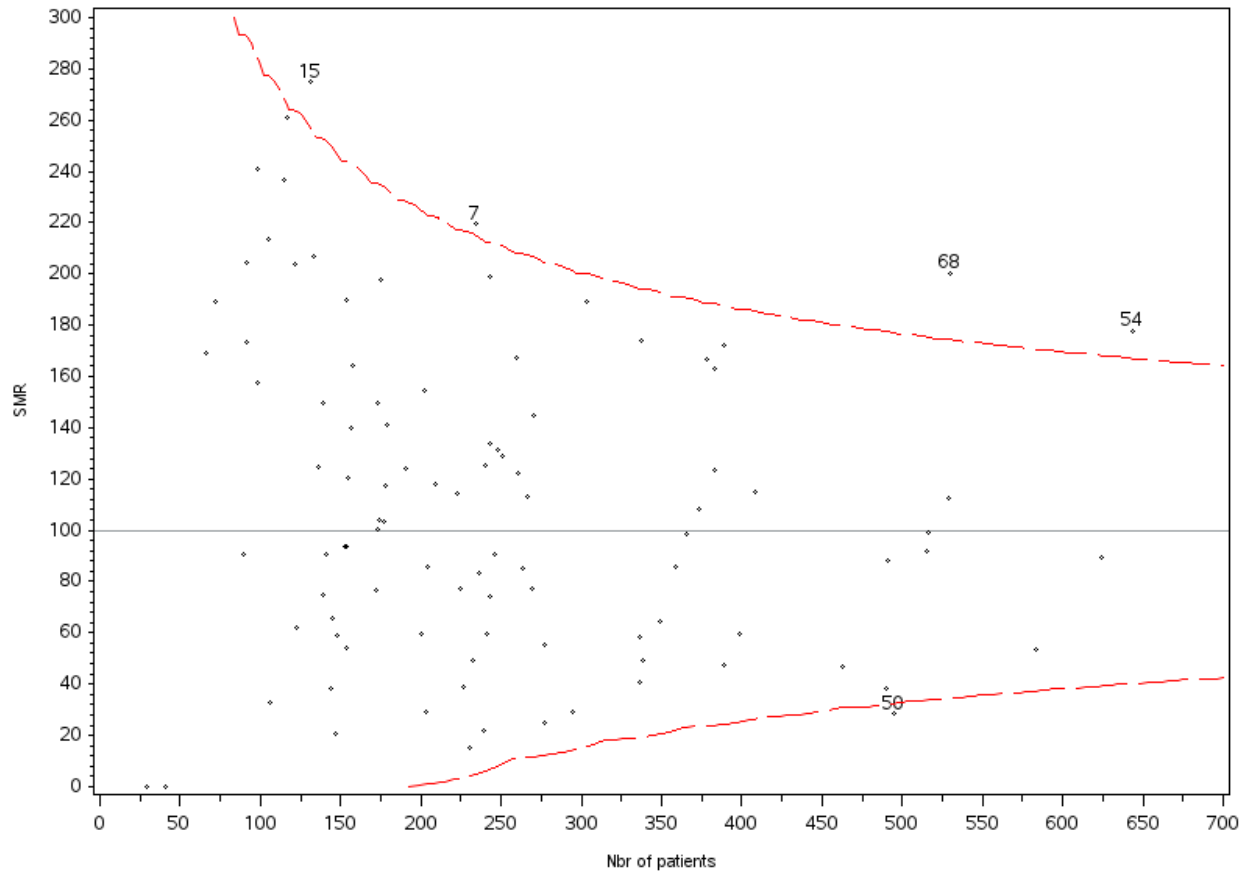
Reference value of 95 %

## BIJLAGE 3: Funnel plots resultaat indicators

FIGUUR 8: FUNNEL PLOT INDICATOR 90-DAGEN POSTOPERATIEVE MORTALITEIT RADICALE CHIRURGIE VOOR RECTUMKANKER



FIGUUR 9: FUNNEL PLOT MORTALITEIT HEUPFRACTUUR



A SMR of 100 corresponds to an event ratio of 3.5 pct  
Gender Age transfer\_in Charlson Year adjusted