



Hospital Y
INTERNE GENEESKUNDE

Feedbackrapport
Baseline measurement

QUANTI-project

Quality of ANTibiotic Care in uTI patients



IQ Scientific Institute for
Quality of Healthcare
Radboud University Nijmegen Medical Centre



April 2010

Afdeling Infectieziekten, AMC

IQ Healthcare, Nijmegen



1 | Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE.....	1
1 INLEIDING.....	2
2 INDICATOREN.....	4
3 FEEDBACKRAPPORT.....	5
4 LEESWIJZER.....	6
5 RESULTATEN HOSPITAL Y , INTERNE.....	8

1 | Inleiding

Voor u ligt het feedbackrapport van de meting die wij in 2009 hebben uitgevoerd op uw afdeling in het kader van het Quanti-project.

De meting geeft informatie over de behandeling van patiënten met een gecompliceerde urineweginfectie (UWI) in 2008 en 2007.

In deze inleiding worden een aantal zaken betreffende het Quanti-project en de in dit feedbackrapport getoonde resultaten op een rijtje gezet.

Het Quanti-project

Het Quanti-project is een onderzoek naar de kwaliteit van het gebruik van antibiotica (en het verbeteren van deze kwaliteit) bij gecompliceerde urineweginfecties in het ziekenhuis. Aan het Quanti-project doen in 19 Nederlandse ziekenhuizen zowel de afdeling Interne Geneeskunde als de afdeling Urologie mee.

Indicatoren

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van het gebruik van antibiotica zijn zogenaamde kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Voorafgaand aan het Quanti-project is via een systematische selectieprocedure door een expertpanel aan de hand van de richtlijn 'Antimicrobiële therapie bij gecompliceerde urineweginfectie' (2006) van de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) een selectie gemaakt van aanbevelingen voor 'goed zorg', ofwel: kwaliteitsindicatoren. De indicatoren betreffen het 'proces van zorg'. Bij dit laatste kan gedacht worden aan aanbevolen diagnostiek en behandeling. De gebruikte kwaliteitsindicatoren zijn ontwikkeld en gevalideerd voor interne kwaliteitsmonitoring.

Een gevalideerde set van 9 kwaliteitsindicatoren werd ontwikkeld, die wij nu in het Quanti-project hebben gebruikt (zie paragraaf 2).

Omdat veel ziekenhuizen een eigen antibioticaboekje hebben, is met deze indicatoren niet alleen gekeken of het beleid in overeenstemming was met de SWAB-richtlijn, maar ook of dit overeenstemde met de aanbevelingen in het eigen antibioticaboekje. Beide resultaten worden getoond.

Voormeting

Wij hebben in 2009 in 19 ziekenhuizen bij 1900 patiënten met een gecompliceerde urineweginfectie de kwaliteit van het antibioticagebruik gemeten. Dit feedbackrapport bevat de resultaten van deze voormeting voor de patiënten op uw afdeling.

Randomisatie

In het Quanti-project vergelijken wij twee implementatie(of 'verbeter')strategieën met elkaar, wat betreft hun (kosten)-effectiviteit aangaande het verbeteren van antibioticagebruik. De 19 ziekenhuizen zijn over deze twee strategieën gerandomiseerd. Uw ziekenhuis is gerandomiseerd naar de public reporting studiearm.

Public reporting

Het principe van public reporting omvat het openbaar maken van resultaten wat betreft het handelen ('performance data'), met als doel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De hypothese is dat lage performance in de public reporting een ziekenhuis stimuleert om initiatieven te ondernemen om de kwaliteit te verbeteren. In het Quanti-project wordt een aangepaste vorm van public reporting onderzocht. Hierbij worden resultaten wat betreft het handelen, gemeten met behulp van kwaliteitsindicatoren, **alleen** aan professionals in deze studiearm openbaar gemaakt en niet daarbuiten.

In dit feedbackrapport worden de resultaten van uw eigen afdeling afgezet tegen de resultaten van de andere 37 afdelingen uit het Quanti-project. Van de 20 afdelingen die zich samen met u in de public reporting studiearm bevinden, zijn de resultaten **niet-geanonimiseerd** weergegeven. Het feit dat via public reporting niet-geanonimiseerde gegevens bekend worden gemaakt, onderscheidt deze verbeterstrategie van andere manieren van feedback gegeven.

De resultaten van de 18 afdelingen uit de *andere* studiearm worden *wel* geanonimiseerd vertoond. Zelf krijgen de afdelingen uit deze andere studiearm alleen hun eigen resultaten te zien. Zij kunnen deze vergelijken met de mediaan en de hoogst en laagst scorende afdeling, zonder dat zij hiervan de naam weten.

Niet-geanonimiseerde gegevens, privacy

Het meten van kwaliteit van zorg en het vergelijken van ziekenhuizen op dit gebied wordt steeds belangrijker. Dit blijkt wel uit de lijstjes die Elsevier en het Algemeen Dagblad publiceren. Vooralsnog is er nog veel onduidelijk over het effect van deze publicaties, onder andere over hun effect op de kwaliteit van zorg. Het Quanti-project hoopt meer inzicht te kunnen geven in het mechanisme van public reporting, waarbij niet-geanonimiseerde resultaten weliswaar alleen *in* de studiearm 'publiek' zullen zijn. *Buiten* de public reporting studiearm zullen de resultaten nooit bij (ziekenhuis)naam genoemd worden. U bent er als contactpersoon en specialist verantwoordelijk voor dat er binnen uw afdeling vertrouwelijk met deze gegevens wordt omgegaan en dat deze gegevens dus alleen binnen uw eigen ziekenhuis voor kwaliteitsverbetering gebruikt worden. De indicatoren zijn niet gevalideerd voor extern gebruik. Om die reden mag die rapport NIET buiten het ziekenhuis aan anderen getoond worden.

Verspreiding feedbackrapport

Om een al te eenvoudige verspreiding van dit feedbackrapport tegen te gaan, ontvangt u dit rapport per post. Uiteraard kunt u dit rapport met uw collega's bespreken. Welke conclusies of acties u verder aan het rapport verbindt, is geheel aan u. U bent niets verplicht, maar kunt het rapport (met de verantwoordelijkheid voor het behoud van anonimiteit buiten de studiearm) voor alle gewenste verbeterinitiatieven binnen het eigen ziekenhuis gebruiken.

Nameting

Vanaf ongeveer 6 maanden na het verschijnen van dit rapport (\pm oktober 2010) zullen patiënten weer gaan 'meetellen' voor de nameting. Enkele maanden tot een jaar later (het is op dit moment nog niet duidelijk wanneer precies in 2011) komen wij opnieuw een meting verrichten naar de kwaliteit van het antibioticagebruik in deze periode. Daarnaast zullen wij contact met u opnemen om in kaart te brengen wat u (eventueel) met dit feedbackrapport op uw afdeling hebt gedaan.

2 | Indicatoren



De kwaliteitsindicatoren die wij gebruiken, zijn hier nogmaals uiteengezet.

INDICATOR NR	OMSCHRIJVING	INHOUD
1.	Perform a urine culture	“Bij iedere patiënt met het vermoeden op een gecompliceerde UWI moet een urinekweek worden afgenomen, <i>bij voorkeur voor start therapie</i> ”
2	Prescribe empirical therapy in accordance with national guideline	“Start empirische therapie die in overeenstemming is met de SWAB-richtlijn voor gecompliceerde UWI's (2006)”
3.	Switch from iv to oral therapy within 72h on the basis of the clinical condition	“Indien de toestand van de patient het toelaat, moet na 48-72 uur van iv. naar orale antibiotica worden overgegaan” <i>Geïnccludeerde patiënten waren na 48-72 uur haemodynamisch stabiel en hadden een intacte tr. digestivus. Tevens kwam er géén S.aureus uit de kweek en er was een oraal preparaat beschikbaar (uit de kweek of een gelijkwaardig preparaat).</i>
4.	Tailor antibiotic treatment on the basis of culture results	“Na bekend worden van de kweekuitslag moet de empirische therapie worden omgezet (indien nodig) in gerichte en zo smal mogelijke therapie”
5.	Use fluoroquinolones selectively (oral therapy, or in case of anaphylaxis to beta-lactam antibiotics)	“Empirisch gebruik van fluoroquinolonen dient gereserveerd te blijven indien er anafylaxie voor β -lactam antibiotica bestaat of de gehele therapie oraal wordt voorgeschreven” Indicator bestaat uit 2 delen: 'is de indicatie van het voorschrijven van fluoroquinolonen juist?' en 'worden fluoroquinolonen beperkt voorgeschreven?'
6.	Duration of antibiotic therapy should be at least 10 days (in accordance with national guideline)	“Een gecompliceerde UWI moet minimaal 10 dagen antibiotisch behandeld worden (SWAB-richtlijn)”
7.	Treat UTI in men in accordance with the national guideline	“Een UWI bij een man is per definitie 'gecompliceerd' en moet dienovereenkomstig behandeld worden” <i>Zowel de empirische therapiekeuze als de behandelduur werd beoordeeld, alsmede in het geval van een chronische prostatitis het wachten op de kweekuitslag (mits geadviseerd in de richtlijn) alvorens behandeling te starten.</i>
8.	Replace urinary catheter after initiation of antibiotic treatment	“Als onderdeel van de behandeling van een UWI bij patiënten met een transurethrale katheter moet de katheter verwisseld worden”
9.	Adapt antibiotic dose according to renal function	“Bij patiënten met een nierinsufficiëntie moet de dosering van de therapie worden aangepast aan de nierfunctie”



3 | Feedbackrapport

Wat betreft de resultaten die in dit rapport genoemd worden, moeten een aantal zaken in beschouwing worden genomen.

Data

Data met betrekking tot de indicatoren is verzameld door middel van retrospectief dossieronderzoek. Patiënten met als (opname)diagnose een gecompliceerde UWI werden geïnccludeerd, mits zij niet voldeden aan één van de exclusiecriteria. Deze exclusiecriteria zijn: leeftijd < 16 jaar, UWI na interventie, JJ-katheter/ nefrodrain in situ, aanwezigheid van niet in SWAB-richtlijn genoemd micro-organisme.

Ontbrekende data vormden geen reden tot exclusie, maar werden als 'missing' gecodeerd, of als 'niet voldaan aan indicator' gescoord. Deze keuze werd per indicator gemaakt.

Zoals eerder ook al vermeld, is bij de empirische therapiekeuze (indicator 2), de behandelduur (indicator 6) en de specifieke behandeling van mannen (indicator 7) niet alleen gekeken of deze in overeenstemming waren met de SWAB-richtlijn, maar ook of deze overeenstemden met de aanbevelingen in uw eigen antibioticaboekje (mits aanwezig).

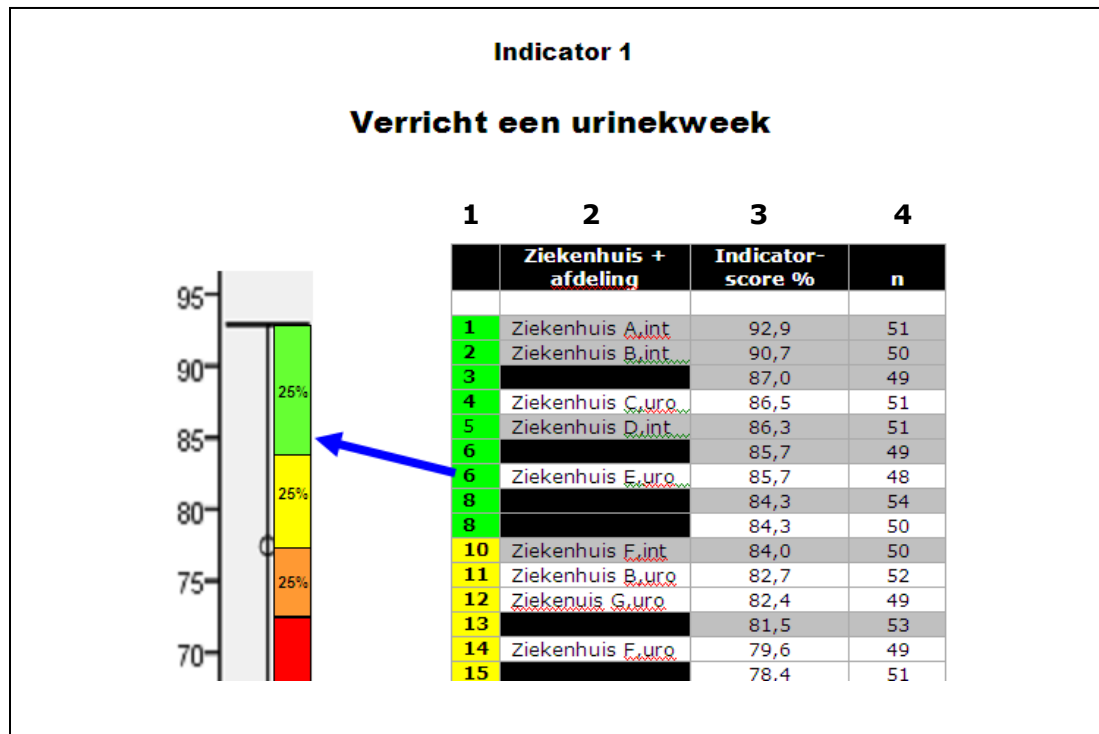
Sample size (n)

Per afdeling werden gemiddeld 50 patiënten geïnccludeerd. Echter, niet elke indicator is voor elke patiënt gescoord. Een iv-oraal switch is bijvoorbeeld alleen van toepassing indien er met een iv. antibioticum werd gestart (ofwel: deze indicator werd niet berekend als er met een oraal antibioticum werd gestart). Wij hebben een afkappunt van n=15 gehanteerd, waarbij we de gemiddelde sample size van de afdelingen per specialisme beoordeelden.

Wat betreft het verwisselen van de katheter (indicator 8) en het aanpassen van de dosering aan de nierfunctie (indicator 9) was de sample size voor alle afzonderlijke afdelingen te klein. Van deze indicatoren is wel een gemiddelde indicatorscore over het totaal van alle 38 afdelingen weergegeven.

Wat betreft het selectief gebruik van fluoroquinolonen (indicator 5) was de sample size voor het merendeel van de afdelingen te klein. Echter, omdat onder 'selectief gebruik' ook 'beperkt gebruik' wordt verstaan, geven wij per afdeling wel weer welk percentage patiënten een fluoroquinolon kreeg. Als uitzondering geldt hier dus: een lager percentage wijst in de richting van meer gewenste zorg.

De resultaten van uw afdeling zijn op de volgende pagina's afgezet tegen resultaten van de in totaal 38 deelnemende afdelingen: 19 interne afdelingen en 19 urologische afdelingen. De resultaten dienen als volgt geïnterpreteerd te worden (voorbeeld, dit gaat niet over uw afdeling):



Centraal bovenin ziet u op welke indicator de informatie betrekking heeft (in dit geval 'Verricht een urinekweek'). Een kwaliteitsindicator wordt meestal uitgedrukt in een percentage, met een teller en een noemer. De noemer beschrijft de aantallen van de doelgroep waarover een uitspraak wordt gedaan en in de teller wordt het aantal correcte of gewenste handelingen in deze doelgroep beschreven.

Voor elke afdeling is de score per indicator berekend en weergegeven in **kolom 3** van de tabel aan de rechterzijde ('Indicatorscore, %'). Deze score beschrijft de proportie patiënten dat in overeenstemming met deze indicator behandeld is, van het totaal aantal patiënten voor wie deze indicator geldt. De afdelingen zijn gerangschikt van de hoogste indicatorscore (bovenin de tabel) naar de laagste indicatorscore (onderin de tabel).

In **kolom 1** van de tabel is de 'plaats op de ranglijst' af te lezen.

In de rechterkolom (**kolom 4**) van de tabel ziet u per afdeling het aantal patiënten (n=..) waarop de afdelingsscore is gebaseerd (de noemer).

Door arcering met grijs en wit zijn respectievelijk de afdelingen en

urologie

Interne geneeskunde

eenvoudig te onderscheiden.

De zwarte balkjes (■) vertegenwoordigen de afdelingen van de ziekenhuizen uit de andere studiearm.

De kleuren in kolom 1 van de tabel geven de vier percentielen aan.


De afdelingen die in de **groene zone** vallen, behoren bij de 25% hoogst scorende afdelingen.

Wanneer een afdeling zich in de **gele zone** bevindt, betekent dit dat minimaal 50% van de afdelingen lager scoort dan deze afdeling.

Voor een afdeling in de **oranje zone** geldt dat minimaal 50% van de afdelingen hoger scoort dan deze afdeling.

Afdelingen in de **rode zone** behoren bij de 25% laagst scorende afdelingen.

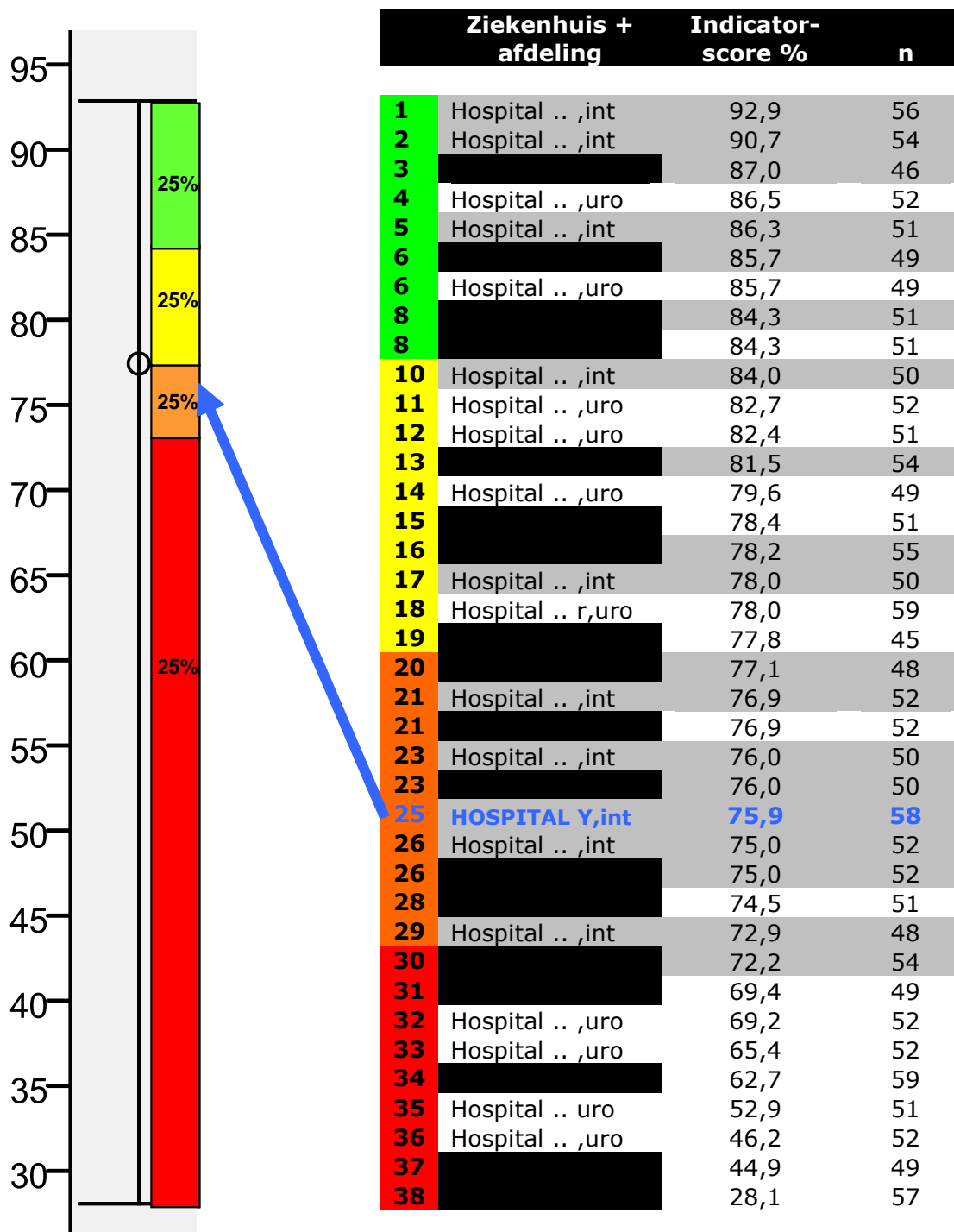
De thermometer aan de linkerkant geeft grafisch de spreiding per indicator weer. Hierin kan de hoogste score, de laagste score en de mediaan (O) worden onderscheiden. Daarnaast zijn op de thermometer ook weer de percentielen uitgezet, waarbij de kleuren overeenkomen met de kleuren die gebruikt zijn in kolom 1. Op deze manier wordt zichtbaar hoe groot de verschillen tussen de afdelingen zijn.

De dikke blauwe pijl  geeft aan waar uw afdeling ten opzichte van de andere afdelingen staat en ook waar in 'uw' percentiel dit is.



Indicator 1

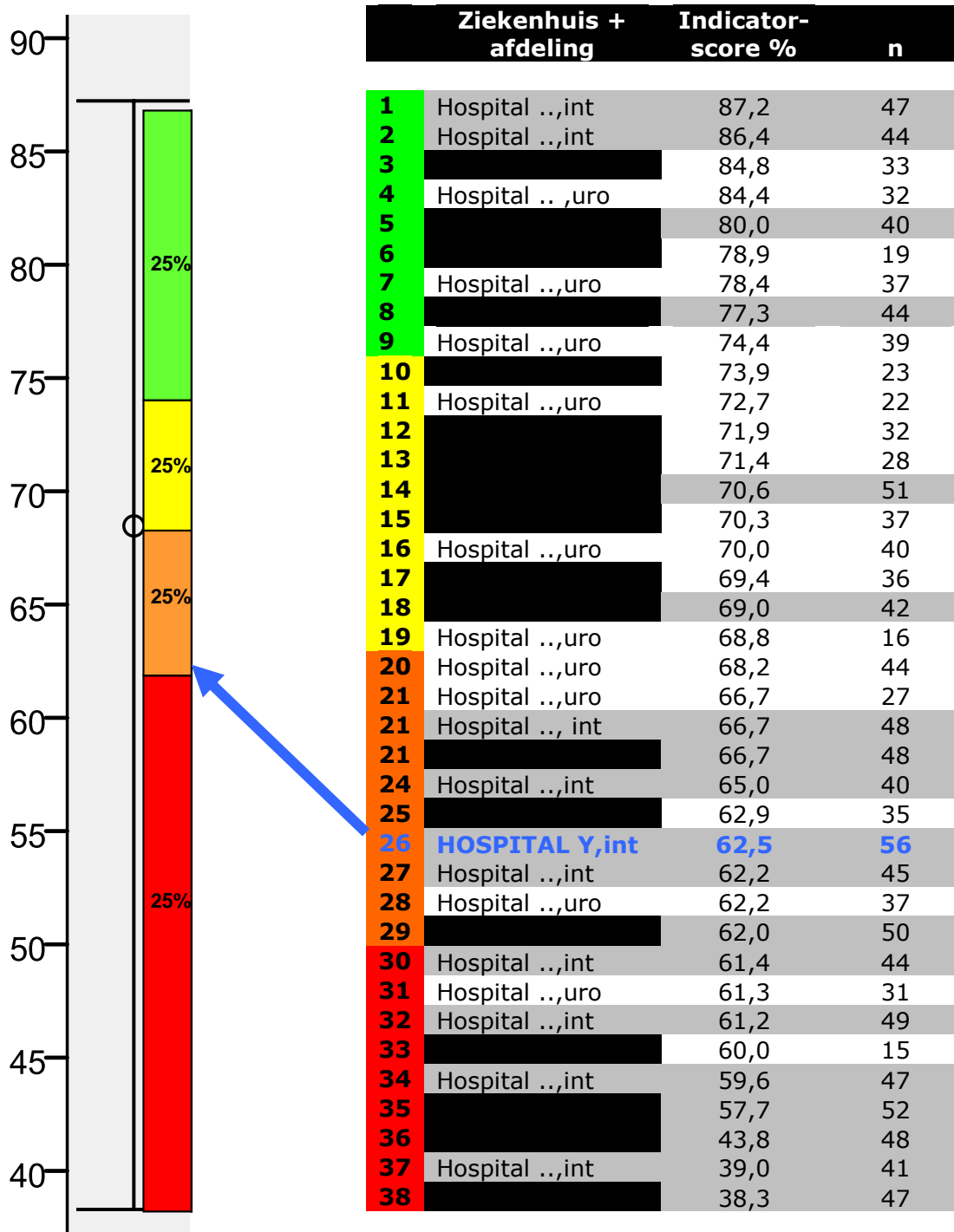
Perform a urine culture





Indicator 2A

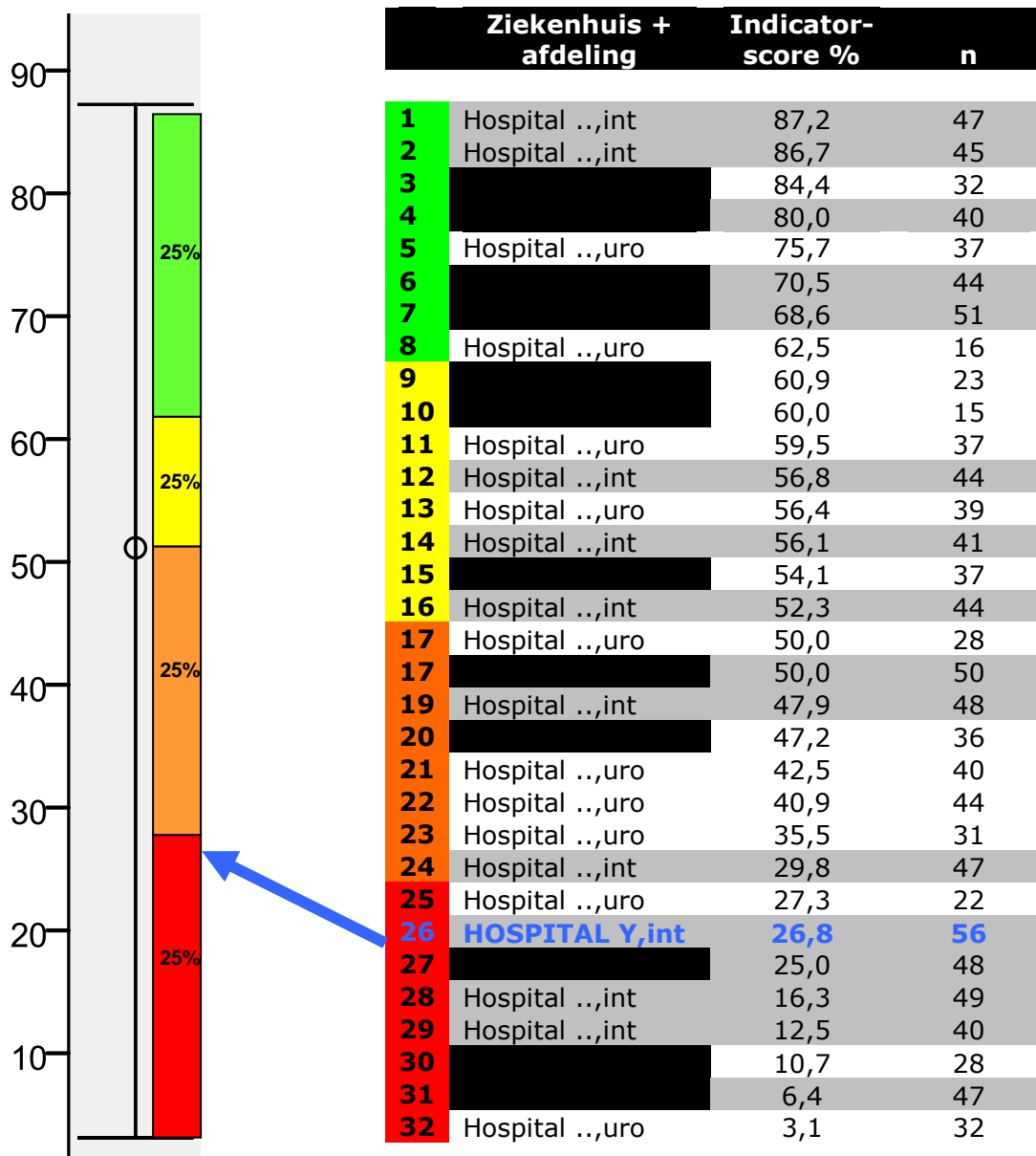
Prescribe empirical therapy in accordance with national guideline





Indicator 2B

Prescribe empirical therapy in accordance with national guideline*

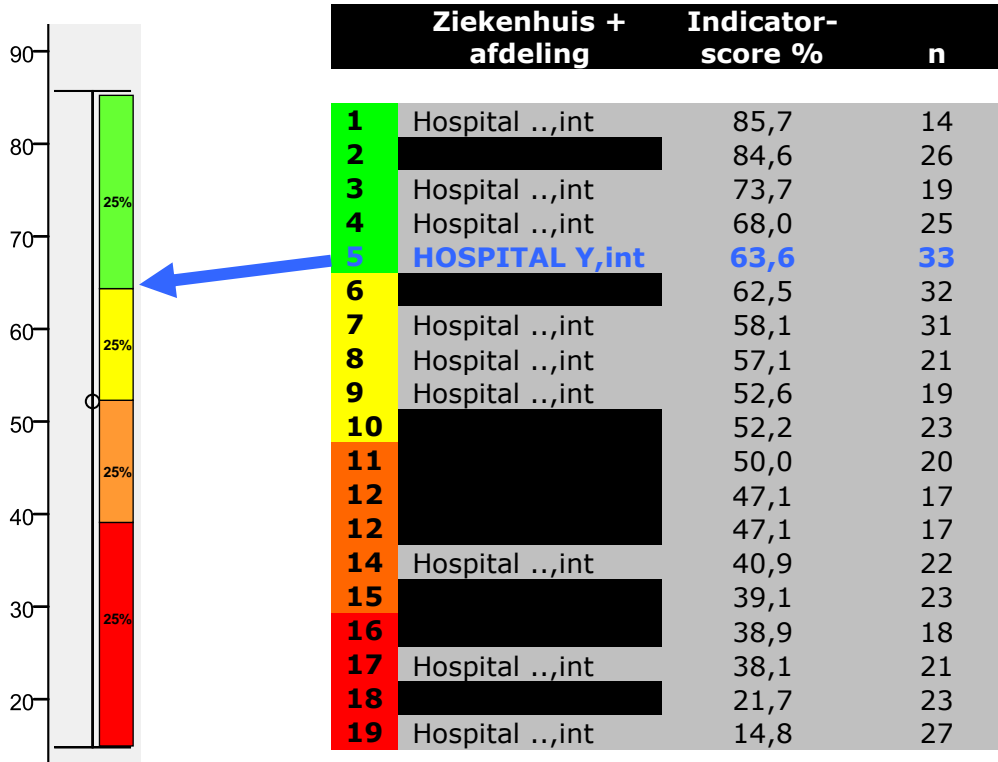


* Vanwege het **ontbreken van een lokale antibioticumrichtlijn** (2008) is deze indicator in drie ziekenhuizen (6 afdelingen) uit de andere studiearm niet van toepassing.



Indicator 3

Switch from iv. naar oral therapy within 72 h*

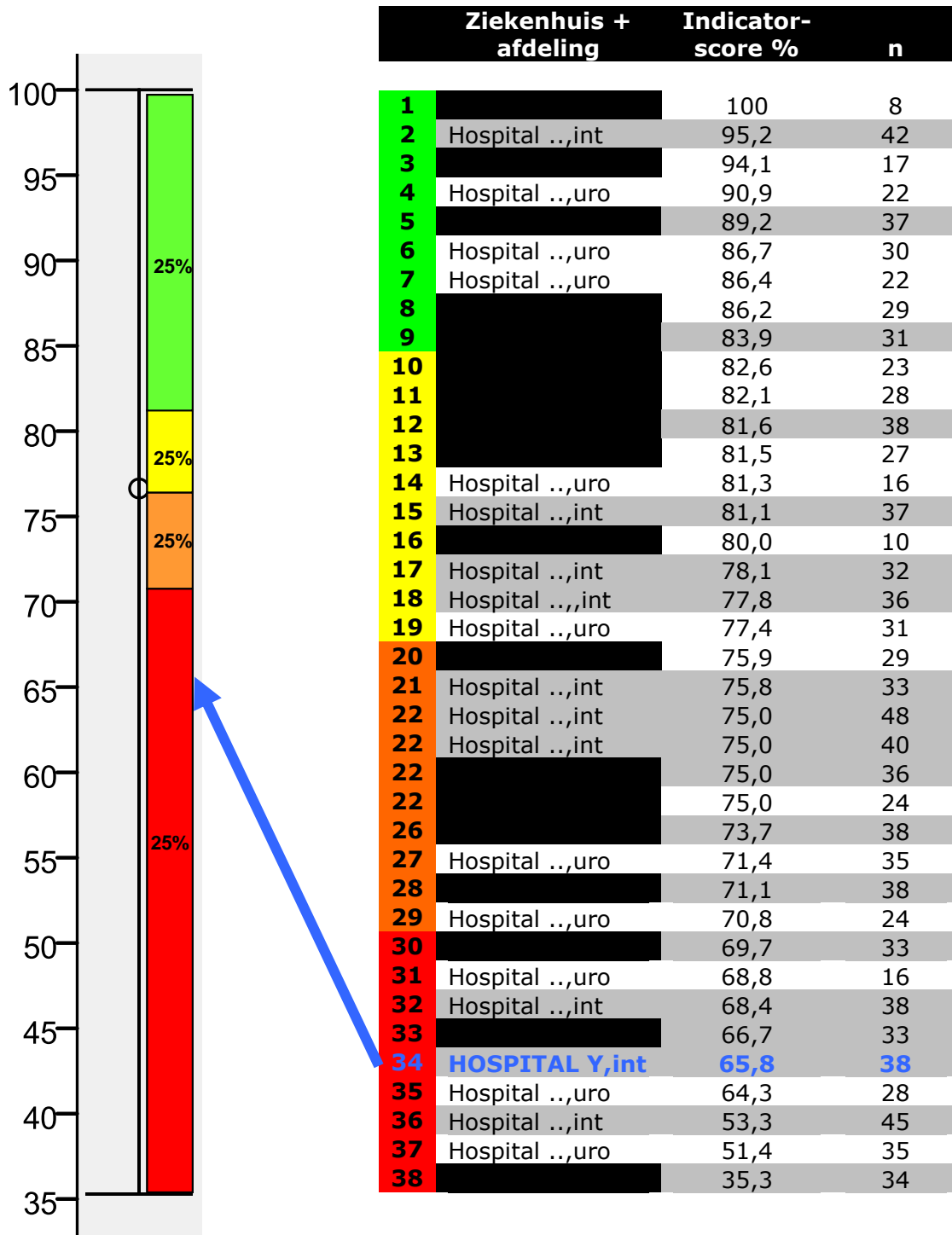


* De sample size is op alle afdelingen urologie **te klein** (gemiddeld: $n < 15$) om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.



Indicator 4

Tailor antibiotic treatment on the basis of culture results





Indicator 5

Use fluoroquinolones selectively

Deel 1: Is de indicatie van het voorschrijven van fluoroquinolonen juist?

(“Empirisch gebruik van fluoroquinolonen dient gereserveerd te blijven indien er anafylaxie voor β -lactam antibiotica bestaat of de gehele therapie oraal wordt voorgeschreven”)

Deel 2: Worden fluoroquinolonen beperkt voorgeschreven?

Wat betreft deel 1 is de sample size is op uw afdeling te klein om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.

Wat betreft deel 2 is op de volgende bladzijde van elke afdeling weergegeven hoeveel patiënten er empirisch fluoroquinolonen ontvingen (n, FC's), afgezet tegen het totaal aantal patiënten dat op deze afdeling empirische therapie ontving (n, totaal). Hieruit is de proportie patiënten berekend dat empirisch fluoroquinolonen kreeg.

Toelichting:

- **Het betreft hier dus geen volledige indicatorscore!**

Een lagere proportie kan wijzen in van selectief gebruik van fluoroquinolonen en staat dus bovenaan in deze tabel! Anderzijds hoeft het veelvuldig voorschrijven van fluoroquinolonen niet perse minder goede zorg te betekenen, zolang de indicatie juist is.

- **De SWAB-richtlijnen adviseren het gebruik van fluoroquinolonen voor een aantal situaties**, bijvoorbeeld in het geval van een UWI bij een patiënt met langdurig en katheter. Deze patiënten zijn niet meegeteld, evenals patiënten met een chronische prostatitis waarbij empirische therapie niet gewenst is.

Indicator 5

Vervolg (deel 2): use fluoroquinolones selectively

Let op: het betreft hier geen volledige indicatorscore (voor deel 1 was de sample size te klein)

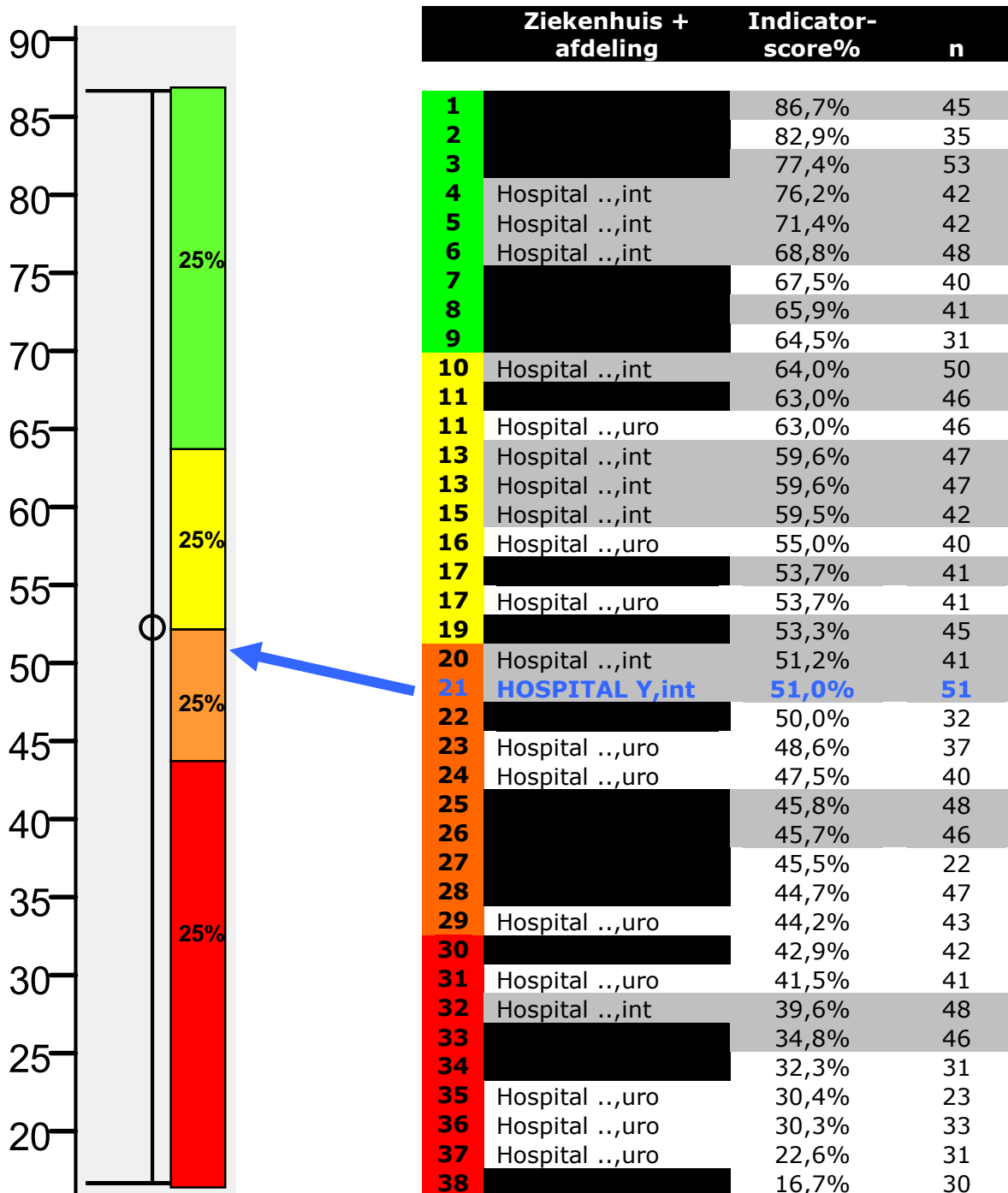
Voorbeeld-interpretatie: In het BovenIJ, interne werden voor de 47 patiënten van wie de empirische therapiekeuze werd beoordeeld voor 2 patiënten fluoroquinolonen voorgeschreven voor een gecompliceerde UWI (patiënten met langdurig een katheter of een chronische prostatitis niet meegerekend). Dit komt overeen met 4,3%.

	Ziekenhuis + afdeling	n, FC's	n, totaal	%
1	Hospital ..,int	0	49	0
2		1	48	2,1
3		1	42	2,4
4	Hospital ..,uro	1	37	2,7
5	Hospital ..,int	2	48	4,2
6	Hospital ..,int	2	47	4,3
7	Hospital ..,int	2	44	4,6
8		3	51	5,9
9		3	44	6,8
10	Hospital ..,int	3	41	7,3
11		4	48	8,3
12	Hospital ..,int	5	47	10,6
13		5	40	12,5
14	Hospital ..,int	5	40	12,5
15		9	50	18,0
16	Hospital ..,uro	6	32	18,8
17		10	52	19,2
18	HOSPITAL Y,int	13	56	23,2
19	Hospital ..,int	11	44	25,0
20	Hospital ..,int	13	45	28,9
21		7	23	30,4
22	Hospital ..,uro	5	16	31,3
23	Hospital ..,uro	13	33	33,3
24		11	39	33,3
25	Hospital ..,uro	15	44	34,1
26		14	35	40,0
27		6	15	40,0
28		15	37	40,5
29	Hospital ..,uro	11	27	40,7
30		8	19	42,1
31		21	47	44,7
32	Hospital ..,uro	14	31	45,2
33	Hospital ..,uro	10	22	45,5
34	Hospital ..,uro	20	40	50,0
35		16	32	50,0
36	Hospital ..,uro	21	37	56,8
37		21	36	58,3
38		17	28	60,7



Indicator 6A

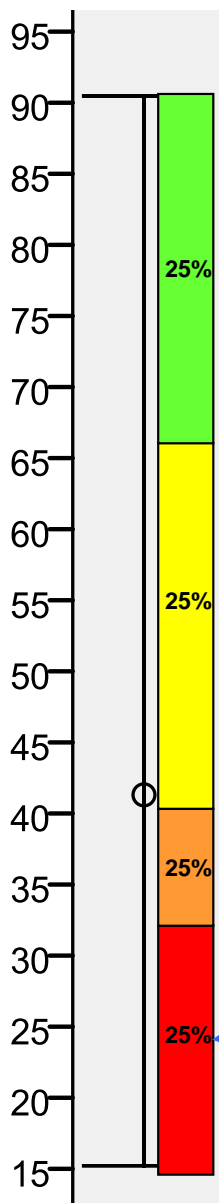
**Duration of antibiotic treatment should be at least 10 days
(conform national guideline)**





Indicator 6B

Duration of antibiotic treatment should be in accordance with local guideline*



	Ziekenhuis + afdeling	Indicator-score%	n
1	Hospital ..,int	90,5	42
2		82,2	45
3		81,1	53
4		77,1	35
5	Hospital ..,int	73,8	42
6	Hospital ..,uro	73,0	37
7	Hospital ..,uro	68,3	41
8	Hospital ..,int	66,7	48
9	Hospital ..,int	63,8	47
10		62,5	40
11		59,5	42
11	Hospital ..,uro	57,5	40
13	Hospital ..,int	52,1	48
14		50,0	32
15	Hospital ..,uro	47,5	40
16		43,9	41
17		38,7	31
18	Hospital ..,int	38,0	50
19		34,8	46
19	Hospital ..,uro	34,8	23
21	Hospital ..,int	34,1	41
21	Hospital ..,uro	34,1	41
23		32,3	31
24	Hospital ..,int	31,9	47
25		31,1	45
26	Hospital ..,int	31,0	42
27	Hospital ..,uro	28,3	46
28	HOSPITAL Y, int	23,5	51
29	Hospital ..,uro	23,3	43
30	Hospital ..,uro	21,1	33
31	Hospital .., uro	16,1	31
32		15,2	46

* Vanwege het **ontbreken van een lokale antibioticumrichtlijn** (2008) is deze indicator in 3 ziekenhuizen (6 afdelingen) uit de andere studiearm niet van toepassing



Indicator 7

Treat UTI in men in accordance with the national guideline

De sample size is op alle afdelingen interne geneeskunde te klein (gemiddeld: $n < 15$) om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.



Indicator 8

Replace urinary catheter after initiation of antibiotic treatment

De sample size is op alle afdelingen te klein ($n < 15$) om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.

In de deelnemende ziekenhuizen (totaal aantal patiënten voor wie indicator geldt=120) werd deze indicator goed gescoord in:

63,3%

(noemer: $n=120$)



Indicator 9

Adapt antibiotic dose according to renal function

De sample size is op alle afdelingen te klein ($n < 15$) om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.

In de deelnemende ziekenhuizen (totaal aantal patiënten voor wie indicator geldt=121) werd deze indicator goed gescoord in:

42,1%

(noemer: $n=121$)



HOSPITAL X
INTERNE GENEESKUNDE

Feedbackrapport
Baseline measurement

QUANTI-project

Quality of ANTibiotic Care in uTI patients



IQ Scientific Institute for
Quality of Healthcare
Radboud University Nijmegen Medical Centre



April 2010

Afdeling Infectieziekten, AMC

IQ Healthcare, Nijmegen



1 | Inleiding

Voor u ligt het feedbackrapport van de meting die wij in 2009 hebben uitgevoerd op uw afdeling in het kader van het Quanti-project.

De meting geeft informatie over de behandeling van patiënten met een gecompliceerde urineweginfectie (UWI) in 2008 en 2007.

In deze inleiding worden een aantal zaken betreffende het Quanti-project en de in dit feedbackrapport getoonde resultaten op een rijtje gezet.

Het Quanti-project

Het Quanti-project is een onderzoek naar de kwaliteit van het gebruik van antibiotica (en het verbeteren van deze kwaliteit) bij gecompliceerde urineweginfecties in het ziekenhuis. Aan het Quanti-project doen in 19 Nederlandse ziekenhuizen zowel de afdeling interne geneeskunde als de afdeling urologie mee.

Indicatoren

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van het gebruik van antibiotica zijn zogenaamde kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Voorafgaand aan het Quanti-project is via een systematische selectieprocedure door een expertpanel (aan de hand van de SWAB richtlijn 'Antimicrobiële therapie bij gecompliceerde urineweginfectie', 2006) een selectie gemaakt van kwaliteitsindicatoren. De indicatoren betreffen het 'proces van zorg'. Bij dit laatste kan gedacht worden aan aanbevolen diagnostiek en behandeling.

Een gevalideerde set van 9 kwaliteitsindicatoren werd ontwikkeld, die wij nu in het Quanti-project hebben gebruikt.

Voor- en nameting

In het Quanti-project vergelijken wij twee implementatie(of 'verbeter')strategieën met elkaar, wat betreft hun (kosten)-effectiviteit aangaande het verbeteren van antibioticagebruik. Dit feedbackrapport bevat de resultaten van de voormeting.

Uw ziekenhuis is gerandomiseerd in de interventie-arm, wat betekent dat u de komende maanden een verbetertraject met ons in gaat. Hiertoe dient in elk ziekenhuis een Lokaal Organiserend Comité (LOC) te worden gevormd, dat moet bestaan uit een internist, uroloog, kwaliteitsfunctionaris en 2 verpleegkundigen van respectievelijk de afdelingen interne en urologie. Zoals eerder aangegeven, is dit LOC dé spil in het verbetertraject waarin u door de Quanti-projectgroep wordt ondersteund.

Een half jaar na start van dit verbetertraject (begin oktober 2010) zullen de patiënten weer gaan 'meetellen' voor de nameting. Enkele maanden tot een jaar later (het is op dit moment nog niet duidelijk wanneer precies in 2011) komen wij opnieuw een meting verrichten naar de kwaliteit van het antibioticagebruik na afloop van dit verbetertraject.

Data

Data met betrekking tot de indicatoren is verzameld door middel van retrospectief dossieronderzoek. Patiënten met als (opname)diagnose een gecompliceerde UWI werden geïnccludeerd, mits zij niet voldeden aan één van de exclusiecriteria*. Ontbrekende data vormden geen reden tot exclusie, maar werden als 'missing' gecodeerd, of als 'niet voldaan aan indicator' gescoord. Deze keuze werd per indicator gemaakt.

Bij de empirische therapiekeuze (indicator 2), de behandelduur (indicator 6) en de specifieke behandeling van mannen (indicator 7) is niet alleen gekeken of deze in overeenstemming waren met de SWAB-richtlijn, maar ook of deze overeenstemden met de aanbevelingen in uw eigen antibioticaboekje (mits aanwezig).

* Exclusiecriteria: leeftijd < 16 jaar, UWI na interventie, JJ-katheter/ nefrodrain in situ, niet in swab genoemd micro-organisme

Sample size (n)

Per afdeling werden gemiddeld 50 patiënten geïnccludeerd. Echter, niet elke indicator is voor elke patiënt gescoord. Een iv-oraal switch is bijvoorbeeld alleen van toepassing indien er met een iv. antibioticum werd gestart (ofwel: deze indicator werd niet berekend als er met een oraal antibioticum werd gestart). Wij hebben een afkappunt van n=15 gehanteerd, waarbij we de gemiddelde sample size van de afdelingen per specialisme beoordeelden. Bij $n < 15$ werd een indicator beschouwd als 'niet meer betrouwbaar te meten' voor dat specialisme. De indicatorscore is dan niet weergegeven. Als er voor uw afdeling wèl een indicatorscore is weergegeven bij $n < 15$, betekent dit dus dat de *gemiddelde* sample size voor deze indicator voor de afdelingen van dit *specialisme* groter is dan 15.

Wat betreft het verwisselen van de katheter (indicator 8) en het aanpassen van de dosering aan de nierfunctie (indicator 9) was de sample size voor alle afzonderlijke afdelingen te klein. Van deze indicatoren is wel een gemiddelde indicatorscore over het totaal van alle 38 afdelingen weergegeven.

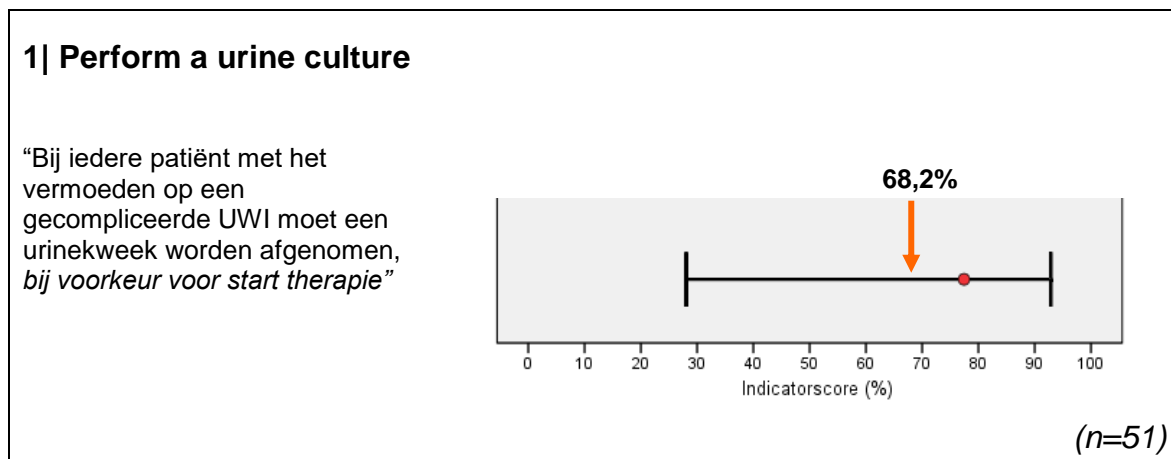
Feedback-bijeenkomst

Zoals in de informatiebijeenkomst op 29 maart jl. aangegeven, zullen wij binnenkort uw ziekenhuis bezoeken. Met het LOC in uw ziekenhuis zullen wij dit feedbackrapport bespreken. Daarnaast zullen wij met u tijdens deze bijeenkomst een verbeterpuntenplan opstellen en de verbeterinterventies plannen.

In de week van 12 april zal ik u bellen en hoop ik van u te horen wie er in het LOC in uw ziekenhuis zullen plaatsnemen.



De resultaten van de afdeling interne geneeskunde van het **Hospital X** zijn op de volgende pagina's afgezet tegen de mediaan en de spreiding (laagste vs. hoogste score) van de in totaal 38 deelnemende afdelingen: 19 interne afdelingen en 19 urologische afdelingen. De resultaten dienen als volgt geïnterpreteerd te worden (voorbeeld, dit gaat niet over uw afdeling):



Links bovenin van de figuur ziet u op welke indicator de figuur betrekking heeft (in dit geval 'Verricht een urinekweek'). Daaronder staat de indicator volledig uitgeschreven. Een kwaliteitsindicator wordt meestal uitgedrukt in een percentage, met een teller en een noemer. De noemer beschrijft de aantallen van de doelgroep waarover een uitspraak wordt gedaan en in de teller wordt het aantal correcte of gewenste handelingen in deze doelgroep beschreven.

Voor elke afdeling is de score per indicator berekend en uitgezet op een balk van 0 tot 100%. Deze score beschrijft de proportie patiënten dat in overeenstemming met deze indicator behandeld is, van het totaal aantal patiënten voor wie deze indicator geldt.

De grote pijl (↓) in de *grafische weergave* geeft de afdelingsscore aan van deze voorbeeldafdeling (hier 68,2%). Dit betekent dat, van al de patiënten met het vermoeden op een gecompliceerde UWI, er bij iets meer dan 68% van hen daadwerkelijk een urinekweek is verricht.

De zwarte balk (|-----|) geeft de range van de afdelingsscores weer. Deze range weerspiegelt de spreiding tussen de hoogst (hier 92,9%) en laagst (hier 28,1%) scorende afdeling van de totaal 38 afdelingen.

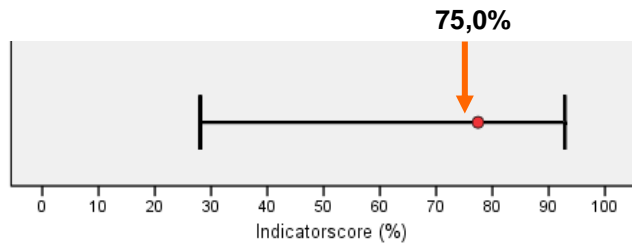
Het rode bolletje (●) is de mediaan van alle afdelingen (hier 77,4%). De kleur van de grote pijl geeft aan of een afdeling onder (↓) of boven (↑) de mediaan heeft gescoord.

Rechts onderin de figuur ziet u per indicator het aantal patiënten (hier n=51) waarop de afdelingsscore is gebaseerd (de noemer).



1| Perform a urine culture

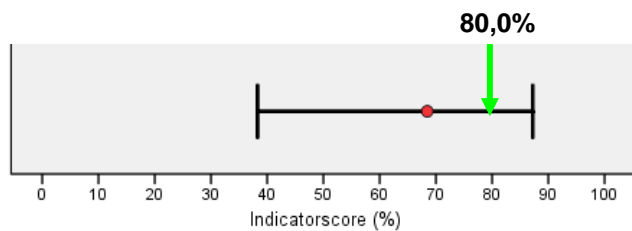
“Bij iedere patiënt met het vermoeden op een gecompliceerde UWI moet een urinekweek worden afgenomen, bij voorkeur voor start therapie”



(n=52)

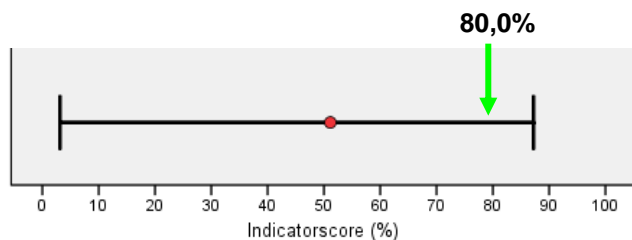
2A| Prescribe empirical therapy in accordance with national guideline

“Start empirische therapie die in overeenstemming is met de SWAB-richtlijn voor gecompliceerde UWI's (2006)”



2B| Prescribe empirical therapy in accordance with national guideline

“Start empirische therapie die in overeenstemming is met de lokale richtlijn voor UWI's”



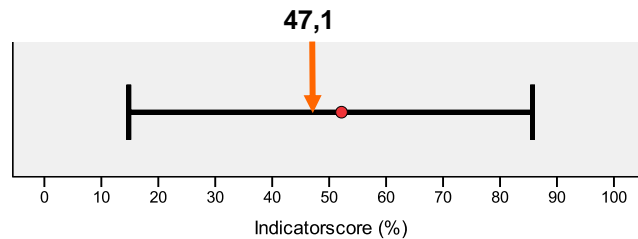
(n=40)



3| Switch from iv. o oral therapy within 72 hours

“Indien de toestand van de patiënt het toelaat, moet na 48-72 uur van intraveneuze naar orale antibiotica worden overgegaan”

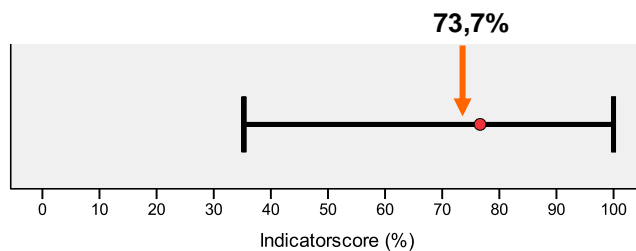
Geïnccludeerde patiënten waren na 48-72 uur haemodynamisch stabiel en hadden een intacte tr. digestivus. Tevens kwam er géén S.aureus uit de kweek en er was een oraal preparaat beschikbaar (uit de kweek of gelijkwaardig preparaat).



(n=17)

4| Tailor antibiotic treatment on the basis of culture results

“Na bekend worden van de kweekuitslag moet de empirische therapie worden omgezet (indien nodig) in gerichte en zo smal mogelijke therapie”



(n=38)

5| Use fluoroquinolones selectively

“Empirisch gebruik van fluoroquinolonen dient gereserveerd te blijven indien er anafylaxie voor β -lactam antibiotica bestaat of de gehele therapie oraal wordt voorgeschreven”

n = 5



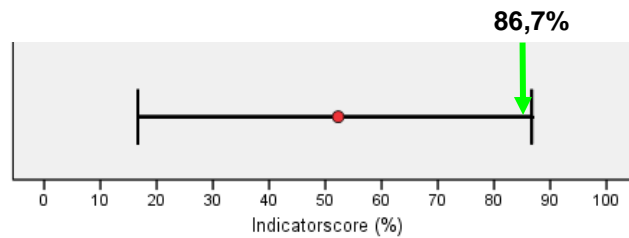
Op uw afdeling werden voor **5 van de 40** patiënten empirisch fluoroquinolonen voorgeschreven.

Deze sample size is te **klein** om de indicator betrouwbaar te kunnen meten.



6A| Duration of antibiotic treatment should be at least 10 days (conform national guideline)

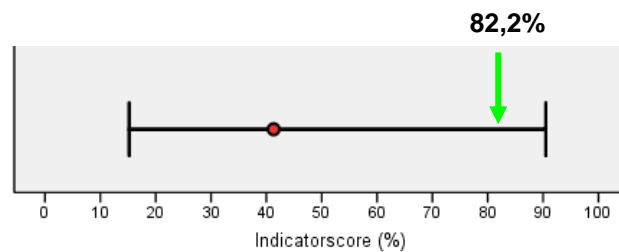
“Een gecompliceerde UWI moet minimaal 10 dagen antibiotisch behandeld worden (SWAB-richtlijn)”



(n=45)

6B| Duration of antibiotic treatment should be in accordance with local guideline

“De behandelduur van een gecompliceerde UWI moet in overeenstemming zijn met de lokale richtlijn”



(n=45)

7| Treat UTI in men in accordance with the national guideline

“Een UWI bij een man is per definitie ‘gecompliceerd’ en moet dienovereenkomstig behandeld worden”

Zowel de empirische therapiekeuze als de behandelduur werd beoordeeld, alsmede in het geval van een chronische prostatitis het wachten op de kweekuitslag alvorens behandeling te starten.

De sample size is op alle afdelingen interne geneeskunde te klein om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.



8| Replace urinary catheter after initiation of antibiotic treatment

“Als onderdeel van de behandeling van een UWI bij patiënten met een transurethrale katheter moet de katheter verwisseld worden ”

De sample size is te klein om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.

In de deelnemende ziekenhuizen (totaal) werd deze indicator goed gescoord in:

63,3%

($n_{\text{totaal}} = 120$)

9| Adapt antibiotic dose according to renal function

“Bij patiënten met een nierinsufficiëntie moet de dosering van de therapie worden aangepast aan de nierfunctie”

De sample size is te klein om deze indicator betrouwbaar te kunnen meten.

In de deelnemende ziekenhuizen (totaal) werd deze indicator goed gescoord in:

42,1%

($n_{\text{totaal}} = 121$)