



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# JAARLIJKSE TERUGKOPPELING INDICATOREN

UTRECHT, NOVEMBER 2020

## INHOUDSOPGAVE

INLEIDING .....	2
1 OPERATIEF PROCES.....	4
3 INTENSIVE CARE.....	18
5 DIAGNOSTIEK .....	22
6 INTERVENTIES .....	25
7 MEDICATIEPROCES .....	28
8 ZORG .....	36
9 ONCOLOGIE .....	51
10 HART EN VATEN .....	61
11 BEWEGINGSAPPARAAT .....	77
12 INFECTIEZIEKTEN .....	79
14 MAAG-DARM-LEVER .....	86
16 PERINATALE ZORG .....	88
17 KWETSBARE GROEPEN.....	90
18 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID.....	99
20 ONVERWACHT LANGE OPNAMEDUUR EN HEROPNAMEN.....	106

## INLEIDING

Voor u ligt de uitgave van de jaarlijkse terugkoppeling op de IGI kwaliteitsindicatoren 2019. De focus van deze uitgave ligt op het geven van een feedback aan de ziekenhuizen en zorgverleners op de resultaten van de basisset medisch specialistische zorg (MSZ) kwaliteitsindicatoren. Voor wat betreft de gezamenlijke indicatoren geldt dit ook voor particuliere klinieken.

Deze feedback is primair bedoeld om de dialoog in en tussen de ziekenhuizen onderling én met Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) over de inhoud van de kwaliteitsindicatoren te stimuleren. Met de resultaten van de indicatoren voeren zorgverleners en bestuurders het gesprek over de daadwerkelijke zorgverlening en de uitkomsten daarvan. Dat gesprek/dialoog gaat over waar het goed gaat, waar het beter kan en waar ook anderen van kunnen leren.

## TOELICHTINGEN

Ziekenhuizen geven door middel van toelichtingen aan hoe zij de eigen resultaten interpreteren. De inspectie verwacht dat de volgende elementen terugkomen in de toelichtingen:

- 1) Een analyse van de eigen resultaten op de vraag van de indicator;
- 2) Een eigen beoordeling van die resultaten. Is het ziekenhuis tevreden over de geleverde zorg op dit gebied?
- 3) Een plan van actie gebaseerd op dat oordeel. Wat wil het ziekenhuis het komende jaar bereiken op dit vlak, en welke acties worden daarvoor ingezet?
- 4) Voorlopige resultaten na plan van actie.

De feedback die de inspectie geeft op de resultaten en toelichtingen is geschreven vanuit haar rol als toezichthouder in de zorg. De feedback vanuit dat perspectief is aanvullend op het perspectief van andere betrokkenen. Vanuit een richtlijnencommissie, wetenschappelijke vereniging, patiënt of zorgverlener kunnen mogelijk andere punten opvallen.

Vorig jaar signaleerde de inspectie dat ziekenhuizen specifiekere en meer inhoudelijke toelichtingen gaven op de resultaten van de indicatoren dan in de jaren daarvoor. Deze ontwikkeling zet zich door. Een mooi voorbeeld daarvan is de indicator 'Aanwezigheid van beleid, protocol, middelen voor toepassen van vrijheid beperkende interventies (VBI)'. Deze indicator gaat over VBI die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van patiënten. De toelichtingen gaan duidelijk in op de stappen die door het ziekenhuis genomen moeten worden om te komen tot een gezamenlijk gedragen en geïmplementeerde visie omtrent VBI. Toch is er verbetering mogelijk en noodzakelijk. Niet alle toelichtingen zijn voldoende concreet om van elkaar te leren en te verbeteren.

In HRT wordt al jaren de oproep gedaan ook een toelichting te geven als het resultaat, de zorg, goed is. Dit jaar heeft als bijzondere mijlpaal dat ziekenhuizen aangeven dat zij trots zijn op bepaalde onderdelen van hun zorg. En ook onderbouwen zij waarom. Al deze toelichtingen te samen geven daardoor een veel beter inzicht in de volle breedte van de kwaliteit van zorg in Nederland.

Enkele ziekenhuizen komen met inhoudelijk goede toelichtingen met een duidelijke structuur volgens de plan-do-check-act (PDCA)-methodiek. Deze ziekenhuizen hebben de boodschap van het stimuleren van de dialoog over de inhoud van de kwaliteitsindicatoren daarmee concreet ingevuld. Een mooie en belangrijke nieuwe stap is het aangaan van de dialoog tussen de ziekenhuizen onderling én met de inspectie. Dit sluit aan op de ontwikkeling naar verbeterdoelen.

## UITKOMSTEN

Structuur- en procesindicatoren laten in toenemende mate verbetering van de resultaten zien naarmate zij langer in de basisset opgenomen zijn. Uitkomstindicatoren laten dat over het algemeen veel minder zien. In de rapportage over 2018 lieten twee uitkomstindicatoren 'Failure to rescue' en 'Percentage overlijden en

postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie' een grote verbetering zien, welke dit jaar is doorgezet.

De inspectie verwacht dat zorgaanbieders expliciet uitgaan van de richtlijn bij het inrichten van de zorg. In de praktijk ziet de inspectie dat in de toelichtingen vaak niet naar de richtlijn wordt verwezen. Zelfs wanneer de inspectie daar in een vraag (als onderdeel van de feedback) naar verwijst. Daardoor is het niet duidelijk wat het ziekenhuis als norm hanteert om de eigen kwaliteit van zorg te beoordelen. Dit is voor een constructieve dialoog over de zorg wel belangrijk.

#### UITDAGINGEN

De uitdaging voor komende verslagjaren is om alle ziekenhuizen en particuliere klinieken (die het betreffen) mee te krijgen in de onderlinge dialoog. Een indicator bestaat uit de data plus de gevraagde toelichting. De volgende stap is in het daaropvolgende verslagjaar de ingezette verbetermaatregelen te evalueren en daarmee het zorgproces in toenemende mate te optimaliseren. De PDCA-methodiek kan hierbij behulpzaam zijn. Dat is meer werk per indicator, zowel voor het ziekenhuis of de particuliere kliniek als voor de inspectie. Het aantal indicatoren over 2021 is sterk teruggebracht. De basisset is volop in ontwikkeling. Er wordt meer ruimte gegeven aan ziekenhuizen om aan te geven hoe zij hun verantwoordelijkheid voor goede zorg hebben ingevuld. De inspectie wil dat op dezelfde interactieve wijze doen die nu zichtbaar is geworden bij het ontwikkelen van een goede vorm van toelichting. Dit is een onderdeel van de ontwikkeling richting het gebruik van verbeterdoelen.

#### TOT SLOT

Ziekenhuizen geven in toenemende mate goede inhoudelijke toelichtingen aan de hand van de PDCA-methodiek. Inspectie en zorginstellingen kunnen zo een dialoog aangaan over samen werken aan kwaliteit en veiligheid in de zorg.

## 1 OPERATIEF PROCES

### 1.3.1 Heroperaties bij een heupfractuur

### 1.3.2 Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)

## DOEL INDICATOR

1.3.1 Het bevorderen van de kwaliteit van ingrepen na een heupfractuur. Procesbewaking door middel van een uitkomstindicator, waarbij analyse en duiding op ziekenhuisniveau noodzakelijk is.

1.3.2 Kwaliteitsbewaking aangaande veiligheid en effectiviteit van het gebruik van implantaten voor de patiënt te borgen. Het stimuleren van deelname aan de DSSR, een kwaliteitsregistratie van neurochirurgen én orthopeden. Goede gegevens zijn essentieel voor inzicht in de eigen kwaliteit. Samenwerking van beide specialismen die de ingreep uitvoeren moet zichtbaar worden.

## RICHTLIJN

### [Proximale femurfracturen](#)

Relevant uit de richtlijn: 'Heroperaties worden door de hele richtlijn gebruikt als één van de uitkomstmaten voor het beoordelen van zorg'.

### [Geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie](#)

Relevant uit de richtlijn: 'Registratie van kwaliteit van zorg, bij voorkeur in een landelijk registratiesysteem voor geïstrumenteerde spinaalchirurgie conform vigerende eisen van de beroepsgroep'.

## RISICO'S

Patiënten met een heupfractuur hebben veelal meerdere gezondheidsproblemen waardoor de kans dat een patiënt binnen een jaar overlijdt vergroot is. De kwaliteit van de zorg voor deze patiënten is dan ook belangrijk. Onvoldoende analyse van de eigen uitkomsten vergroot de kans dat problemen binnen de kwaliteit van zorg langer blijven bestaan dan noodzakelijk.

Als ziekenhuizen gegevens over de eigen zorg onvoldoende vergelijken met gegevens van andere ziekenhuizen (benchmarken), bestaat de kans dat ze geen inzicht hebben in hun geleverde zorg, waardoor problemen in de kwaliteit van zorg langer kunnen blijven bestaan. Als specialismen onvoldoende samenwerken worden problemen te eenzijdig bekeken.

## RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

### **Heroperaties bij een heupfractuur**

In vergelijking met de voorgaande verslagjaren zijn bij de indicator Heroperaties bij een heupfractuur geen grote opvallende verschillen op nationaal niveau. Net als in 2018 zijn er wel verschillen tussen ziekenhuizen en zijn er duidelijke verschuivingen tussen 2018 en 2019. Dit verslagjaar laat dan ook goed nieuws zien. Martini Ziekenhuis (Groningen) gaf vorig jaar bij een percentage boven de P90 een toelichting op de uitgebreide maatregelen die het ziekenhuis had genomen. De resultaten waren toen nog niet zichtbaar ten opzichte van 2017. In 2019 is het percentage nu wel met bijna 70% gedaald, het ziekenhuis geeft nu geen toelichting.

Er is wel een opvallende regionale clustering in ziekenhuizen met een hoog percentage heroperaties bij een heupfractuur. Van de zeven ziekenhuizen: UMCG (Groningen), Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten), Treant Zorggroep (Emmen, Hoogeveen, Stadskanaal), St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein), Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg), Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten), Antonius Ziekenhuis (Sneek) met het hoogste aantal heroperaties zijn er zes uit noordoost Nederland. Dit geldt in belangrijke mate ook voor deze ziekenhuizen die in 2018 ook al hoge percentages heroperaties bij een

heupfractuur meldden. Daarnaast opereren de ziekenhuizen met de hoogste percentages heroperaties, relatief weinig heupfracturen.

Twee van de drie locaties van Treant Zorggroep (Emmen, Hoogeveen, Stadskanaal) hadden in 2018 een percentage boven de P90 terwijl de derde locatie daar net onder zat. Per locatie en jaar gaat het om kleine aantallen, bij elkaar opgeteld een krachtig signaal van een probleem. Treant Zorggroep geeft de volgende toelichting: 'Alle heroperaties zijn binnen de vakgroepen chirurgie en orthopedie besproken en er zijn verbetermaatregelen opgesteld en uitgevoerd om het percentages heroperaties te verlagen.' Het St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) komt met de volgende toelichting: 'We hebben in ons EPD een dashboard waarin we complicaties goed bijhouden, we registreren al onze complicaties en leveren deze volledig aan de DHFA aan. Daarnaast hebben wij een wekelijkse indicatie bespreking waarin we onze resultaten bespreken en complicaties worden geëvalueerd. Als er een trend zit in de complicaties, bijvoorbeeld bij een operateur of een specifieke techniek, wordt er direct actie ondernomen.' Als de resultaten in vergelijking met de landelijke prestaties achter blijven is het belangrijk dat het ziekenhuis aangeeft wat de eigen analyse heeft opgeleverd en welke conclusies en verbetermaatregelen het ziekenhuis heeft geformuleerd en doorgevoerd. De eigen analyse van deze ziekenhuizen is in principe voldoende. Nog mooier zou zijn als betreffende ziekenhuizen aangeven wélke verbetermaatregelen zij hebben genomen, zodat andere ziekenhuizen hier van kunnen leren en verbeteren.

Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) gaf in voorgaande verslagjaar in een uitvoerige toelichting aan dat dossieronderzoek, hygiëne-interventies in het operatief proces en consultatie van externe expertise nog niet resulteerden in een duidelijke verklaring voor het hoge percentage heroperaties. Het ziekenhuis liet daarmee zien dat het onderzoek heeft gedaan naar de oorzaak van de dertien heroperaties in 2017. Ook nu laat het ziekenhuis in de toelichting zien dat het goed zicht heeft op eigen data: 'De heroperatie na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese betreft een luxatie gereponeerd op OK. Tevens is bij elf patiënten de prothese gespoeld in het kader van de DAIR studie. Deze patiënten zijn geëxcludeerd. Het percentage heroperaties na heupfractuur heeft onze sterke aandacht. In verband met het hoge aantal re-operaties in het verleden is dit traject al diverse keren onder de loep gelegd. Er is recent een nieuwe wijziging aangebracht in het antibioticaprofylaxe protocol. Naast deze verandering kiezen we ervoor om opnieuw externe expertise in te schakelen om het proces te analyseren.' Het ziekenhuis laat in de toelichting zien hoe een aanvankelijk matige uitkomst wordt omgezet naar een positief resultaat. Actief worden de resultaten door het ziekenhuis gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een mooi voorbeeld van een inhoudelijk goede toelichting.

#### **DSSR**

27 van de 33 ziekenhuizen waar geïstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen werd verricht, hebben data aangeleverd voor de indicator DSSR. Meerdere ziekenhuizen geven in de toelichting aan niet te registreren in de DSSR en daar bewust voor kiezen. LUMC (Leiden) laat weten deel te nemen aan de DSSR maar levert geen data. Twee ziekenhuizen geven aan te starten met registratie met ingang van 2020.

#### **RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN**

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven vier particuliere klinieken (0,8%) aan dat zij geïstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolomaandoeningen uitvoerden. Alle vier klinieken die geïstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolomaandoeningen verrichten, hebben informatie aangeleverd aan de deelregistratie van het DSSR. Het percentage operaties waarover gegevens zijn aangeleverd aan DSSR is 69%, hiermee blijven de klinieken achter bij de ziekenhuizen die gegevens van 90,2% van de operaties hebben aangeleverd. Overigens hadden twee particuliere klinieken gegevens van 100% van de operaties aangeleverd, één particuliere kliniek 42,4% en één particuliere kliniek 33,8%. Deze laatste twee particuliere klinieken moeten dit zeker nog verbeteren.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicatoren 1.3.1 Heroperaties bij een heupfractuur en 1.3.2 DSSR worden over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 1 OPERATIEF PROCES

### 1.4.1 Visuswinst

#### DOEL INDICATOR

Het doel van de indicator is het bewerkstelligen van een optimale indicatiestelling bij een cataractoperatie en berekening van de intra-oculaire lens, door middel van het samen beslissen voor de operatie en meten na de behandeling. Op basis van de verwachte parameters overlegt de oogarts met de patiënt of het wenselijk is om over te gaan tot een cataractoperatie waarbij het besluit in gezamenlijkheid wordt genomen.

#### RICHTLIJN

##### [Richtlijn Cataract, 2013, NOG](#)

Relevante tekst<sup>1</sup> uit de richtlijn: Voor de patiënt is een afspraak voor een laatste beoordeling binnen dezelfde instelling noodzakelijk om:

- De vooruitgang en de medicatie te beoordelen;
- Gegevens over het behandelresultaat (refractie, visus, oogdruk, beoordeling media en fundi) en de incidentie van complicaties te verzamelen.

#### RISICO'S

Door onvoldoende inzicht in de eigen behandelresultaten bestaat een verhoogde kans dat problemen in de kwaliteit van zorg blijven bestaan.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De meeste ziekenhuizen hebben een vergelijkbaar resultaat binnen de indicator, maar er zijn ook opvallende verschillen. Een voorbeeld is Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk). Dit ziekenhuis heeft over 2018 en 2019 het laagste percentage visuswinst, maar een hoog percentage (98,5%) bij het juist inschatten van de refractie. Dit is een voorbeeld van een resultaat waarbij de inspectie een inhoudelijke toelichting verwacht van het ziekenhuis. Het is volgens de richtlijn noodzakelijk om beide waarden te meten (zie boven) en de meeste (57) ziekenhuizen leveren een gelijke populatie, met een klein verschil in resultaat (gemiddeld 0,1% verschil). Bij twaalf ziekenhuizen is het verschil aanzienlijk, dit betreft ongeveer 7.000 opgegeven ingrepen van de in totaal ongeveer 19.000 opgegeven ingrepen. Het is opvallend dat het Ziekenhuis Oogziekenhuis (Rotterdam) een verschil opgeeft van 2.731 ingrepen meer bij refractiewinst. Het is uitermate wenselijk dat dit ziekenhuis het verschil verklaart, ook gezien zijn specialistische functie.

UMCU (Utrecht) heeft het laagste percentage visuswinst (88,0%) en laagste percentage één dioptrie op beoogde refractie (88,4%). Deze percentages liggen evident lager dan het Nederlands gemiddelde (94,8% respectievelijk 94,8%). Het ziekenhuis geeft geen inhoudelijke toelichting. Dit is zorgelijk. Het ziekenhuis moet eigen resultaten spiegelen aan de landelijke resultaten en hieruit lering trekken.

Erasmus MC (Rotterdam) geeft aan patiënten aan cataract te opereren. Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan: 'In het Erasmus MC doen wij in principe nauwelijks reguliere cataractextracties (reguliere cataractzorg is geen specifiek aandachtsgebied). Vandaar dat wij geen gegevens aanleveren over 2019.' Het 'in principe nauwelijks' is opvallend. Dit impliceert dat er in 2019 wel degelijk een klein aantal patiënten een reguliere cataractextractie hebben ondergaan. Hoeveel patiënten dit zijn en welke percentage visuswinst is en het percentage één dioptrie van de beoogde refractie is uitgekomenen, blijft in het ongewisse.

St Jansdal (Harderwijk) geeft in de toelichting aan: 'De registratie wordt gedaan in het EPD en is verbeterd t.o.v. 2018, maar nog niet volledig op orde.' Met een percentage visuswinst van 92,1% is er inderdaad ruimte voor verbetering.

<sup>1</sup> © 2012 - 2018 Richtlijndatabase is een product ondersteund door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten 80/379



Een groot aantal ziekenhuizen gaf in 2018 aan dat bij de noemer niet het aantal patiënten is ingegeven maar het aantal operaties. Zodra dat bekend werd is in een erratum aangegeven dat de resultaten niet per patiënt, maar per ingreep/oog opgegeven moesten worden. Dat zou theoretisch tot een forse stijging in de omvang van het aantal ingrepen hebben kunnen leiden. De noemer is echter maar met 2,7% gestegen, waaruit geconcludeerd kan worden dat vrijwel alle ziekenhuizen al uitgingen van ingrepen en niet van patiënten.

In de afgelopen twee jaar geeft geen enkel ziekenhuis toelichting van een eigen analyse van hun eigen resultaten. De inspectie vindt het wenselijk dat de wetenschappelijke vereniging NOG hier aandacht aan besteedt.

Het valt op dat vijf van de tien ziekenhuizen onder de P10 universitaire centra zijn. Deze ziekenhuizen hebben waarschijnlijk een andere populatie. Oogziekenhuis (Rotterdam) heeft een percentage visuswinst van 95,7%.

#### RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, hebben 37 particuliere klinieken (7,3%) cataractoperaties uitgevoerd. Het percentage operaties waarna minstens 1 regel visuswinst behaald werd, bedroeg 95,1%. Dit is nagenoeg hetzelfde als in de ziekenhuizen (94,8%). Het percentage cataractoperaties waarbij binnen 4 -6 weken binnen 1 dioptrie van de beoogde refractie werd uitgekomen, was 92,6%. Hierbij doen ziekenhuizen het iets beter dan particuliere klinieken met 94,8%. Een aantal particuliere klinieken gaf aan dat de gegevens nog niet compleet waren, omdat de gegevens van operaties tot drie maanden na de ingreep (controle na drie maanden) ingevoerd werden in het NOG-registratiesysteem en daardoor mogelijk nog gegevens van operaties die in december werden uitgevoerd ontbraken.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator 1.4.1 Visuswinst wordt over 2020 in ziekenhuizen voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 1 OPERATIEF PROCES

### 1.5.1 Deelname aan *Quality Registry NeuroSurgery* (QRNS)

#### DOEL INDICATOR

De QRNS is in 2014 opgezet met als doel te voorzien in een registratiesysteem voor neurochirurgen om de kwaliteit van de zorg aan neurochirurgische patiënten te kunnen monitoren en te verbeteren. De indicator heeft als doel het stimuleren van de registratie in QRNS zodat de beroepsgroep in staat is om op basis van goede gegevens de eigen zorg te evalueren.

#### KWALITEITSREGISTRATIE

##### [QRNS](#)

#### RISICO'S

Als ziekenhuizen niet voldoen aan de door de beroepsgroep vastgestelde volumennorm bij hoog complexe neurochirurgische zorg, bestaat de kans dat er onvoldoende routine wordt opgebouwd met als gevolg ernstige morbiditeit.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Momenteel worden in Nederland in dertien ziekenhuizen volwassenen met een maligne glioom chirurgisch behandeld. Alle ziekenhuizen die de zorg rondom patiënten met een maligne glioom aanbieden, geven aan informatie over chirurgische behandelingen in de QRNS aan te leveren. Het aantal patiënten is ongeveer gelijk gebleven, 904 in 2018 en 979 in 2019. Slechts één ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente (Enschede), heeft minder dan 100% (81,6%) van de ingrepen ingevoerd in de QRNS en geeft daarbij geen toelichting.

Een aantal ziekenhuizen geeft in de toelichting aan dat de zorg rondom patiënten met een maligne glioom is gecentreerd in gespecialiseerde centra. Twee ziekenhuizen, MUMC+ (Maastricht) en Zuyderland (Heerlen) hebben ondanks de afspraken op dat gebied de door hen samen uitgevoerde ingrepen op twee locaties, twee maal opgegeven. Zuyderland geeft dezelfde toelichting die MUMC+ in 2018 gaf: *'De zorg m.b.t. maligne gliomen is ingebed in één behandelteam met een gezamenlijke indicatiestelling, MDO en nabehandeling waarbij gekozen is om chirurgie op bi-locatie uit te voeren (MUMC+ en Zuyderland locatie Heerlen). Derhalve zijn de getallen van beide locaties opgeteld omdat de patiënten door één team behandeld worden'*.

Momenteel worden in Nederland in negen ziekenhuizen patiënten met een aneurysmatische subarachnoïdale bloeding (SAB) behandeld. Alle ziekenhuizen die de zorg rondom patiënten met een SAB aanbieden, geven aan informatie over chirurgische behandelingen in de QRNS aan te leveren. Het aantal patiënten behandeld voor een SAB is gedaald van 971 in 2017 naar 825 in 2019. Het is uit de data niet duidelijk hoeveel patiënten door neurochirurgen en hoeveel patiënten door interventieradiologen worden behandeld. Endovasculaire behandeling is volgens de richtlijn de voorkeursbehandeling voor deze aandoening. In totaal werden vijf ingrepen niet gemeld aan de QRNS door twee ziekenhuizen; vier door MUMC en één door UMCG (Groningen).

Een aantal ziekenhuizen geeft aan patiënten met een SAB voor interventie door te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum. ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) geeft in de toelichting aan patiënten met een SAB door te verwijzen naar het Universitair Ziekenhuis Gent: *'Bij ZorgSaam worden door de neuroloog patiënten met een SAB ter observatie opgenomen (diagnose 1101). Er worden geen patiënten voor de neurochirurg opgenomen (voor operatieve behandeling) en er wordt daardoor niet aangeleverd aan de QRNS. Behandeling middels coiling dan wel operatie gebeurt altijd in Universitair Ziekenhuis Gent.'* Deze toelichting is vergelijkbaar met de eerdere toelichtingen van het ziekenhuis.

Vier ziekenhuizen hebben een totaal aantal patiënten die chirurgisch behandeld zijn voor een maligne glioom van minder dan 50; Radboudumc (Nijmegen): 33, Martini Ziekenhuis (Groningen): 44, Noordwest ziekenhuisgroep (Alkmaar): 44 en Medisch Spectrum Twente (Enschede): 49.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator registratie maligne gliomen in de QRNS werd in 2019 voor het laatst uitgevraagd. De indicator registratie SAB in de QRNS wordt in 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 1 OPERATIEF PROCES

### 1.6.1 Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering

#### DOEL INDICATOR

Stimuleren adequate diagnostiek bij patiënten met stemklachten.

#### RICHTLIJN

De richtlijn [Videolaryngostroboscopia bij stemklachten](#)

Relevante tekst uit de richtlijn:

Verricht bij patiënten met stemklachten videolaryngostroboscopia of een indirecte laryngoscopia indien daarbij een volledig overzicht van de endolarynx verkregen wordt en bespreek dit met patiënt. Videolaryngostroboscopia is tot op heden de eerste keuze voor de beoordeling van de stembandtrilling bij patiënten met stemklachten (Mehta en Hillman, 2012; Sulica, 2013).

#### RISICO'S

Zonder stroboscopische belichting kunnen met name intracordale afwijkingen gemist worden. Sataloff et al. (1991) vonden in 47% van de gevallen een andere diagnose na stroboscopische evaluatie ten opzichte van laryngoscopia zonder stroboscopia.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De toelichtingen bij deze indicator zijn in de breedte goed en de resultaten zijn dit jaar over de hele linie beter dan in 2018. Daarom wordt in dit hoofdstuk uitgebreid op de toelichtingen in gegaan. Daarnaast zijn bijna alle streefdoelen (op één na) voor de resultaten in 2019 ook daadwerkelijk gehaald. In 2018 waren het nog negen ziekenhuizen die geen enkele patiënt volgens de richtlijn behandelde, nu zijn dat er nog drie. Het landelijk gemiddelde met stroboscoop behandelde patiënten steeg van 81% naar 86% en een daling van het gemiddelde op niet correct wijze gediagnostiseerde patiënten met meer dan 30%. Dit is overigens niet de meest spectaculaire stijging. Haaglanden Medisch Centrum steeg van 23% naar 93%, waarbij de doorgevoerde verbeteringen glashelder worden aangegeven: 'Er zijn een drietal verbeterpunten opgepakt; - Alle patiënten die op de operatielijst geplaatst worden voor een stemverbeterende ingreep ondergaan nu stroboscopia.- Er is een speciaal stroboscopisch spreekuur ingericht.- De aanwezige stroboscopen zijn beter verdeeld over de verschillende drie ziekenhuislocaties.'

Deze indicator geeft net als in 2018 inzicht in de snelheid van implementatie van een nieuwe techniek. Op basis van deze gegevens is te verwachten dat in 2020 alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen met een stroboscoop gediagnostiseerd zullen worden. Er is nog steeds een grote spreiding in het gebruik tussen ziekenhuizen. Dit varieert tussen 0 en 100%. Ook is er een enorme spreiding in het aantal patiënten per ziekenhuis, van vier in Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) en St. Jans Gasthuis (Weert) tot 254 in Meander Medisch Centrum (Amersfoort) en 153 (een daling vanaf 269 in 2018) in LUMC (Leiden). De vier 'grootste' behandelde 25% van alle patiënten. Er zijn twee ziekenhuizen (Treant Zorggroep 18,2% van elf patiënten en het MCL (Leeuwarden) 32,5% bij 40 patiënten) die een uitslag waarbij een toelichting voor de hand zou liggen onverklaard laten. Beide ziekenhuizen laten wel betere resultaten zien dan in 2018 (respectievelijk 0 en 14%).

De toelichtingen geven net als in 2018 een inzicht in de stappen in de implementatie en de verschillende factoren die de implementatie beïnvloeden. De nadruk is verschoven van het oplossen van infrastructuur en opleidingsproblemen naar het verbeteren van de logistiek en de indicatiestelling.

Meerdere ziekenhuizen hebben het proces rondom de behandeling van patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngostroboscopia wordt verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie, grotendeels tot goed op orde. LUMC geeft dit in de toelichting krachtig weer: 'Alle patiënten krijgen standaard

een videolarynxstroboscopia. Zonder deze scopie wordt niet geopereerd, het is een voorwaarde voor operatie.' Deze toelichting maakt een uitkomst van 100% aannemelijk.

Treant Zorggroep heeft twee van de in totaal elf patiënten met stemklachten (18,2%) behandeld waarbij een videolaryngostroboscopia is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie. Het ziekenhuis geeft geen toelichting op dit lage percentage. Dit geldt ook voor MCL met een percentage van 32,5%, eveneens onder de P10 (37,1%).

St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) behandelt patiënten met stemklachten en geeft aan geen inzicht te hebben in het aantal patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngostroboscopia is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie. Daarnaast geeft het ziekenhuis geen toelichting op het niet leveren van data. Het ziekenhuis steekt in negatieve zin af bij de positieve ontwikkelingen met betrekking tot implementatie van de landelijke richtlijn.

De meest uitgebreide toelichting geeft UMCG (Groningen): '1. Door de keuze tertiaire zorg is er een zeker aantal doorverwijzingen met een laryngocele. Dysfonie zonder stembandproblemen. Deze categorie patiënten wordt middels flexibele laryngoscopia beoordeeld. 2. Er worden vanwege het eerdere expertise centrum larynxpapilloom nog veel patiënten gezien met deze aandoening. Deze patiënten worden middels flexibele scopie beoordeeld, gezien de mogelijkheid van narrow band imaging. 3. Betrekkelijk veel patiënten worden naar ons centrum verwezen met een stilstaande larynxhelft. Dit wordt middels flexibele laryngoscopia beoordeeld, zoals door verschillende internationaal bekende laryngologen in Noord West Europa wordt aanbevolen. 4. vanuit de oncologische poli worden patiënten middels flexibele laryngoscopia beoordeeld. Wanneer er uiteindelijk geen maligniteit blijkt te zijn, wordt DBC met enige regelmaat aangepast naar 'Dysfonie', echter deze patiënten worden niet behandeld voor de stem, maar geëvalueerd voor een maligniteit. 5. Een deel van de patiënten verdraagt geen starre scopie en wordt dan middels flexibele laryngoscopia beoordeeld. Binnen de KNO in het UMCG is flexibele videolaryngoscopia niet mogelijk.' Deze uitgebreide toelichting geeft een beeld van de dagelijkse praktijk van de KNO, echter niet een verklaring van het percentage van 53,6%. Bij 37 van de in totaal 69 patiënten met stemklachten wordt een videolaryngostroboscopia is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie. Daarnaast wordt in de toelichting aangegeven dat binnen de KNO in UMCG flexibele videolaryngoscopia niet mogelijk is.

Ziekenhuis St. Jansdal geeft een toelichting op hun percentage van 46,7%: 'Dit heeft te maken met de inrichting van de units (sprekkamers). Het aantal units waarop een videolaryngostroboscopia uitgevoerd kan worden is in 2019 al uitgebreid van 1 unit naar 3 units. Dit zijn 2 units in Harderwijk en 1 in Lelystad. In de andere kamers in Harderwijk, Dronten en Nijkerk kan een videolaryngostroboscopia niet worden uitgevoerd. De vakgroep stelt in 2020 een betere logistiek op om patiënten op de juiste locatie te krijgen, zodat de KNO-artsen zonder unit hun patiënten doorsturen naar hun collega's die wel geschikte units hebben.' Het ziekenhuis laat via deze toelichting zien, inzicht te hebben in eigen resultaten en daarop volgend voor het ziekenhuis passende (logistieke) verbetermaatregelen in te zetten.

ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) geeft aan de starten met het behandelen van patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngostroboscopia wordt verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'Eind 2019 is er een proef gestart met de flexibele videolaryngoscopietoren. Wij zijn er ons bewust van dat dit onderzoek een vereiste wordt alvorens microlarynx chirurgie te mogen uitvoeren en zelf erg vragende partij om snel dit onderzoek te kunnen doen omdat we zoveel meer zien en ook kunnen vergelijken voor en na. Patiënten worden naar Gent gestuurd voor het uitvoeren van dit onderzoek, indien dit al niet bij ons kan plaats vinden. Op zeer korte termijn verwachten wij de stroboscopia apparatuur alhier in bedrijf te hebben.'

Diakonessenhuis geeft de volgende toelichting: 'Vanaf medio 2019 zijn de stroboscopia torens op beide locaties (Utrecht en Zeist) inzetbaar en tevens aangesloten op het EPD. Uitgangspunt is dat bij iedere patiënt die een stemverbeteringsoperatie ondergaat zowel pre- als postoperatief een stroboscopia wordt verricht. We verwachten in 2020 ruim boven de benchmark uit te gaan komen, de eerste maanden van 2020 geven een

positief beeld.' Een goed voorbeeld van een verbetering van het werkproces, het optimaliseren van de beschikbaarheid van apparatuur, welke het uitgangspunt, iedere patiënt die een stemverbeteringsoperatie ondergaat zowel pre- als postoperatief een stroboscopie, ondersteund.

Tjongerschans (Heerenveen) geeft de volgende toelichting: 'De KNO artsen volgen de richtlijn Stemklachten van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofdhalsgebied en doen in principe vooraf aan een stemverbeterende operatie een videostrobolaryngoscopie. Over 2018 werd minder goed op de indicator gescoord. Analyse liet zien dat de videostrobolaryngoscopie wel werd uitgevoerd maar niet altijd goed geregistreerd in het EPD. De aandacht die hieraan is gegeven resulteert over 2019 in een 100 score.' Het ziekenhuis laat in de toelichting hoe het de eigen resultaten beoordeeld en geeft aan wat de verbeterplannen hebben opgeleverd.

Amphia Ziekenhuis (Breda) heeft een percentage van 95,7% en geeft in de toelichting aan: 'Amphia is trots op de stijging in het percentage in 2019 ten opzichte van 2018. Dit laat zien dat de ingezette verbeteracties het gewenste effect hebben gehad'. Het is goed te merken dat het ziekenhuis trots is op de behaalde resultaten. Nog mooier zou zijn als het ziekenhuis aangeeft welke verbeteracties hebben geleid tot dit mooie resultaat zodat ook andere ziekenhuizen hier zo mogelijk van kunnen leren en verbeteren.

Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) geeft in 2018 aan dat de nieuwe videolaryngostroboscoop in 2019 in gebruik zou worden genomen, wanneer de nieuwe KNO-units werden opgeleverd. Blijkens de toelichting die het ziekenhuis nu in 2019 geeft is dit proces nog gaande: 'De nieuwe videolaryngostroboscoop wordt 2020 in gebruik genomen.' Dit is een onvoldoende toelichting omdat een verklaring voor het niet uitvoeren ontbreekt. Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) geeft in de toelichting aan: 'Naar verwachting zal in 2020 een stroboscoop worden aangeschaft.' Spijkenisse Medisch Centrum geeft in de toelichting aan niet over een videolaryngostroboscoop te beschikken: 'SMC heeft geen videolaryngostroboscopie. Indien nodig, worden patiënten doorverwezen naar het VVB voor nader onderzoek met videolaryngostroboscopie.' Het ziekenhuis geeft aan dat, indien nodig, patiënten worden doorverwezen naar een naburig ziekenhuis voor nader onderzoek met videolaryngostroboscopie. Het ziekenhuis heeft desalniettemin over verslagjaar 2019 acht patiënten met stemklachten behandeld. De inspectie dringt aan op doorverwijzing van alle patiënten met stemklachten of dat het ziekenhuis zelf een videolaryngostroboscoop aanschaf en het gebruik ervan te implementeert.

Van de 21 ziekenhuizen met 100% geven er (slechts) vier (2018:2) een toelichting, tegen 11 (2018: 9) van de 17 instellingen met de laagste percentages. Het verbeteren van de gegeven toelichting is duidelijk een van de positieve ontwikkelingen van dit jaar.

## RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Zes particuliere klinieken (1,2%) van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven aan dat zij patiënten met stemklachten behandelden. Van deze zes particuliere klinieken verrichtten vier klinieken een videolaryngostroboscopie tijdens het diagnostisch proces, dat is een verdubbeling ten opzichte van vorig jaar. Eén particuliere kliniek gaf aan dat dit niet bekend was bij hen, omdat zij patiënten hiervoor doorstuurde naar een ziekenhuis. De andere particuliere kliniek die aangaf dat dit niet werd gedaan, had dit verslagjaar geen patiënten met stemklachten behandeld. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij een videolaryngostroboscopie werd verricht is met 79% nagenoeg gelijk aan de ziekenhuizen.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering wordt in 2020 voor het laatst in ziekenhuizen uitgevraagd door de inspectie.

## 1 OPERATIEF PROCES

### 1.8.2 Borstimplantaten

### 1.8.3 Deelname aan *Dutch Breast Implant Registry* (DBIR)

#### DOEL INDICATOR

Het doel van de indicator Borstimplantaten is het minimaliseren van het aantal infecties en explantaties van borstimplantaten en expanders. Met deze indicator houden de ziekenhuizen bij wat de uitkomst is van operaties waarbij borstimplantaten of expanders worden geplaatst.

Het doel van de indicator Deelname aan DBIR is het stimuleren van de registratie in de DBIR zodat de beroepsgroep op basis hiervan de geleverde zorg kan evalueren. De inspectie beschouwt deelname aan de DBIR als veldnorm.

#### RICHTLIJN

##### [DBIR](#)

DBIR registreert de toepassing van borstimplantaten en de resultaten van borstoperaties waarbij borstimplantaten worden gebruikt door plastisch chirurgen. DBIR is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Plastische Chirurgie (NVPC) en is zowel een implantatenregister als een kwaliteitsmeetsysteem (registratie).

#### RISICO'S

Infectie van een borstimplantaat of expander is een ernstige complicatie met vaak als gevolg dat een borstimplantaat of expander moet worden verwijderd. Dit is zeer ingrijpend voor de patiënt en leidt bovendien tot extra kosten.

Als ziekenhuizen niet registreren in DBIR bestaat de kans dat er geen inzicht is in hun geleverde zorg rondom borstimplantaten en expanders met als gevolg dat problemen in de zorg langer blijven bestaan.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

##### **Borstimplantaten**

Het gemiddelde percentage explantaties van een prothese of expander binnen 60 dagen postoperatief na een primaire reconstructie is 3,9%. Het gemiddelde percentage explantaties van een prothese of expander binnen 60 dagen postoperatief na een secundaire reconstructie is 2,8%. Het risico is daarmee lager dan bij een primaire reconstructie, al zijn er bij een primaire reconstructie ook een groot aantal ziekenhuizen zonder explantaties. De meeste ziekenhuizen bieden beide behandelingen aan, dat maakt het minder waarschijnlijk dat instellingsgebonden factoren de oorzaak zijn van de verschillen in risico tussen de beide ingrepen. Het verschil is wel veel kleiner dan in 2018. Bij navraag bij de DIBR zou dat mede verklaard kunnen worden doordat er in 2018 meer operaties zijn opgegeven dan er bij de DIBR bekend zijn. Het gemiddelde percentage geëxplanteerde prothesen of expanders, geplaatst of verwisseld na completering van de expansie fase of in het kader van een prothese wissel op basis van andere indicaties, binnen 60 dagen is 2,6%. Zeker als de percentages van een aantal van deze ziekenhuizen gebaseerd zijn op kleine aantallen mist de inspectie hier toelichtingen van ziekenhuizen. Ziekenhuizen doen er in dit geval goed aan om meer jaren vergelijkingen te maken voor zeldzame gebeurtenissen. Door te analyseren wat de oorzaken zijn kunnen verbetermogelijkheden ingezet worden waarmee de patiëntenzorg verbetert. Het ziekenhuis heeft meer data tot zijn beschikking dan de inspectie en het ziekenhuis kan dan ook zelf zijn lessen trekken. Door dit met elkaar te delen kan ook beter geleerd worden van elkaar. Zeker bij kleine aantallen is het poolen van ervaring essentieel.

Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) heeft een percentage van 12,5% geïnfecteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen, gebaseerd op 16 primaire reconstructies. De toelichting van het ziekenhuis start met een analyse: 'In 2019 is bij een aantal patiënten bewust afgeweken van het reguliere protocol. Normaal gesproken worden de tissue expanders onder de grote borstspier ingebracht. Ter voorbereiding op een latere DIEP lap borstreconstructie (reconstructie met lichaamseigen weefsel) in het Erasmus MC is ten tijde van de amputatie gekozen voor het inbrengen van de tissue expander onder de huid om deze opgerekt te houden. De kans op complicaties is hierbij groter en dit risico wordt zowel door de patiënt als de behandelend specialist geaccepteerd.' Het ziekenhuis concludeert vervolgens: 'Ikazia constateert dat hierdoor het percentage explantaties ten opzichte van eerdere verslagjaren is gestegen en is zich bewust dat de oorzaak van de explantatie geen exclusie criterium is. Ikazia is van mening dat de aanpassingen aan het reguliere protocol – ondanks het verhoogde complicatierisico – bijdragen aan patiëntgerichte zorg. Er zijn geen tissue expanders verwijderd die onder de borstspier waren geplaatst.' Uit deze toelichting blijkt dat bij een aantal patiënten bewust is afgeweken van het reguliere protocol. Hierbij hebben zich twee complicaties voorgedaan in de vorm van een geïnfecteerde prothesen of expanders. Belangrijk in deze toelichting is dan ook dat het ziekenhuis zelf de conclusie trekt over de geleverde zorg. Shared decision making bij het accepteren van risico's staat in de toelichting centraal wat uiteraard een groot goed is. Het is duidelijk dat deze techniek relatief vaker leidt tot geïnfecteerde prothesen of expanders. Maar het moet wel duidelijk zijn hoe dit additionele risico wordt afgewogen en mee te kunnen nemen in de toestemming.

Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk) heeft een percentage van 9,1% geïnfecteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen, gebaseerd op 11 primaire reconstructies. 'Door de lage aantallen valt het percentage hoog uit. De plastisch chirurgen doen een analyse van de registratie in DBIR en door middel van dossieronderzoek een inhoudelijke analyse waarom deze prothese geëxplanteerd is.' Deze toelichting laat zien dat het ziekenhuis zelf ook een aanleiding ziet om tot nadere analyse over te gaan. Het is belangrijk voor de inspectie dat het ziekenhuis zelf tot die conclusie komt. Het nut van een registratie bestaat natuurlijk vooral uit het kunnen analyseren van een groep patiënten.

Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) heeft een percentage van 7,7% geïnfecteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen, gebaseerd op 26 primaire reconstructies. De toelichting van het ziekenhuis: 'Het betrof twee explantaties vanwege infectie. Het behandelteam heeft dit gedurende het verslagjaar gesignaleerd en verbetermaatregelen genomen: aanpassing operatietechniek, aanpassing antibioticabeleid.' Deze toelichting laat zien dat het ziekenhuis de twee complicaties die zich hebben voorgedaan in de vorm van een geïnfecteerde prothesen of expanders, heeft geanalyseerd en tijdig verbetermaatregelen heeft genomen. De toelichting laat ook zien dat ook analyse van kleine aantallen patiënten nuttig kan zijn.

Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) heeft een percentage van 7,5% geïnfecteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen, gebaseerd op 40 primaire reconstructies. De toelichting van het ziekenhuis: 'De geëxplanteerde prothesen of expanders zijn implantaten die zijn ingebracht bij patiënten die bestraald zijn. Mogelijk dat onze indicatiestelling om implantaten te gebruiken bij bestraalde patiënten ruimer is dan het landelijk gemiddelde. We vermijden daar echter invasieve reconstructie methoden mee. Daarnaast zijn we een start gaan maken met prepectorale plaatsing, waardoor de bedekking slechter is. We zijn aan het nakijken of dit een negatieve invloed heeft op het behoud van de reconstructie. Het doel van deze methode is echter vermijden van spierkrampen en animatie.' Deze toelichting maakt duidelijk dat het ziekenhuis zich bewust is van een relatief hoog percentage en onderzoekt daarvan de mogelijke oorzaak of oorzaken. Het is daarbij belangrijk om ook de resultaten uit andere instellingen mee te nemen, bijvoorbeeld de informatie uit het Ikazia die om andere redenen bij een aantal prothesen prepectorale plaatste. Dat ziekenhuis geeft die plaatsing als verklaring voor het relatief hoge aantal explantaties.

Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) heeft een percentage van 50% geïnfecteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen, gebaseerd op twee secundaire reconstructies: 'De noemer betreft één patiënte die beiderzijds een prothese heeft gehad waarvan één infecteerde. Na verwijdering is een expander geplaatst welke wegens infectie weer verwijderd is.' Het ziekenhuis is transparant over eigen resultaat, maar uit deze toelichting blijkt



niet wat de conclusie van het ziekenhuis hierover is en welke verbetermaatregelen zijn getroffen heeft na analyse. Het percentage is gebaseerd op kleine getallen bij een bijzondere situatie. In totaal heeft het ziekenhuis 6 primaire en 2 secundaire reconstructies gedaan (de laatste betreft één patiënt). In vergelijking met andere ziekenhuizen betreft dit lage totale aantallen.

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) laat in de toelichting zien een goed beeld te hebben van de behandeling van de patiënten met een borstprothese na mastectomie: 'In de regio vindt na borstampuatie laagdrempelig na bestraling plaats. Dit is weloverwogen regionaal beleid. Bij na bestraling is een directe reconstructie niet mogelijk. Daardoor vindt relatief minder vaak directe reconstructie plaats. Uit de resultaten van de NBCA-indicatoren blijkt, dat in totaliteit vaak sprake is van behoud van de borstcontour (zie ook Transparantiekalender Zorg). De mogelijkheid van directe reconstructie is onderwerp van gesprek met de patiënt.' Daarnaast kijkt het ziekenhuis ook naar voorgaande jaren zoals blijkt uit de volgende toelichting: 'In 2018 was het aantal van deze operaties hoger dan in 2019: in 2018 was er tijdelijk een hogere instroom van patiënten als gevolg van verbouwing van operatiekamers in een andere kliniek.'

Tergooi (Blaricum en Hilversum) 'Bij deze indicator zijn niet de gegevens uit DBIR overgenomen aangezien wij van mening zijn dat de conversies naar een Tissue expander (waarbij de reconstructie behouden kan blijven) niet als explantatie gerekend moeten worden. Daarnaast willen we vermelden dat 1 van de 2 daadwerkelijke vroege explantaties gedaan is voor een oncologische indicatie.' Bij de eerste analyse van de resultaten van 2019 van deze indicator, viel dit op en is dit besproken met de NVPC. Daarbij is vastgesteld door de NVPC dat wisseling van een expander nooit plaatsvindt binnen het gevraagde interval van 60 dagen. Het kan dus zijn dat het ziekenhuis dit exclusie criterium niet heeft gehanteerd, of dat er een uitzonderlijke situatie was. Hetzelfde geldt voor de oncologische indicatie, op het moment dat de patiënt zo snel een recidief krijgt dat er binnen 60 dagen tot explantatie moet worden overgegaan is dat een gebeurtenis die nadere analyse vraagt.

#### **Deelname aan DBIR**

De NVPC heeft bij de ontwikkeling van de indicator aangegeven dat de aantallen verkochte implantaten door de industrie zouden moeten worden verstrekt aan DBIR. Uiteindelijk blijkt er geen overeenstemming bereikt te zijn tussen industrie en de NVPC. Sommige ziekenhuizen hebben de teller en noemer gelijkgesteld, andere hebben het gebaseerd op de cijfers van de zorginkoop en ook zijn er ziekenhuizen die niet hebben aangeleverd. Voor 2020 is de omschrijving veranderd in het aantal door het ziekenhuis ingekochte prothesen. Dit is ook in het erratum voor 2019 en via de vereniging gemeld. Het is opvallend dat er een discrepantie bestaat tussen de gegevens aangeleverd aan de DBIR en de daadwerkelijke geleverde prothesen. Er is over 9.440 prothesen volledige data geleverd aan de DBIR, terwijl er maximaal 8.786 prothesen geleverd zijn. Een mogelijke verklaring volgens de DBIR daarvoor is dat ook data over de geëxplanteerde prothesen wordt aangeleverd. In de toelichtingen wordt daar door de ziekenhuizen geen aandacht aan besteed.

Isala (Zwolle) laat in een toelichting zien welke factoren voorkomen dat alle geleverde prothesen ook aangeleverd worden bij de DBIR: 'Het aantal door de industrie geleverde prothesen is niet makkelijk goed te bepalen. Veel prothesen worden wel besteld maar niet gebruikt en teruggestuurd: de industrie moet dit gaan bijhouden, dan is het betrouwbaar: DICA moet hiervoor de industrie vragen dit voor alle klinieken in Nederland te gaan bijhouden.' Het is voor de inspectie in ieder geval duidelijk dat er verschillende logistieke systemen zijn. Verschillende ziekenhuizen melden ook prothesen allen in consignatie te houden en daarom een 100% score aan te houden. Zicht krijgen op wat het totaal aantal prothesen is die opgenomen moeten worden in de registratie, blijkt niet eenvoudig.

Beide indicatoren laten een lichte verbetering zien op een relatief hoog niveau. Bij 97% van de prothesen is de informatie volledig en 92,8% van de prothesen is aangemeld bij de DBIR. Het lastige is wel dat complicaties bijna altijd in kleine aantallen voorkomen. Als over 7,2% van de patiënten data ontbreekt is een complicatiepercentage van 3,9% lastiger te interpreteren. De ervaring met registraties leert ook dat data van complexere cases eerder ontbreekt, zeker als er dan aanvullende informatie moet worden verzameld. De indicator heeft zijn doel dan ook nog niet helemaal bereikt.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Voor verslagjaar 2019 is een wijziging aangebracht in de indicator omtrent de aanlevering van aantallen vanuit de industrie. Waar industrie staat, moet worden gelezen 'ingekocht door de instelling'. Deze wijziging is ook van toepassing op 2020. De indicator wordt in 2020 voor het laatst in ziekenhuizen uitgevraagd door de inspectie.

## 3 INTENSIVE CARE

### 3.1.1 Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen van deelname en aanlevering van data aan de kwaliteitsregistratie van de NICE.

#### KWALITEITSREGISTRATIE

[Kwaliteitsstandaard Organisatie van de Intensive Care](#): Alle Nederlandse IC-afdelingen registreren de minimale data set in NICE aangevuld met eventuele andere door de beroepsverenigingen benoemde indicatoren.

De stichting die de nationale IC indicatoren database beheert geeft, aan individuele instellingen en regionaal, feedback van de data op een manier die kwaliteitsverbetering optimaal ondersteunt.

#### RISICO'S

In 2020 is, met COVID-19, het belang van een goed infrastructuur om data van alle IC's in Nederland samen te brengen afdoende bewezen. Data van onvoldoende kwaliteit of waarbij een subgroep van Nederlandse IC's ontbreekt verhoogt de kans op onjuiste beslissingen over de optimale inzet van landelijk beschikbare IC capaciteit. Een onvolledige aanlevering van data aan de NICE kan leiden tot verkeerde beslissingen in een crisis.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Alle ziekenhuizen met een IC-afdeling nemen deel aan de minimale dataset van NICE. St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) geeft inzicht in de dynamiek rond het aanleveren van de data: 'Wij hebben ons de afgelopen periode geconcentreerd op goede data aanlevering vanaf januari 2020, dat is gelukt. Met terugwerkende kracht zal data over 2018 en 2019 aangeleverd worden. Dat wordt naar verwachting in de loop van 2020 afgerond, maar is afhankelijk van de ontwikkelingen rondom de coronacrisis.' De laatste opmerking zal veel herkenning geven bij alle betrokkenen. Rijnstate (Arnhem, Velp, Zevenaar) geeft een verklarende toelichting bij een incomplete dataset: 'Helaas is het op dit moment niet mogelijk om de juiste data voor de indicatoren aan te leveren voor 1 juni 2020. De stichting NICE heeft ons de voorlopige cijfers van 2019 aangeleverd in maart j.l. Op dat moment was er door de Corona-crisis geen tijd/mankracht vanuit de IC beschikbaar om deze data te controleren. Er is een automatische aanlevering van data van opgenomen IC-patiënten vanuit HiX, waarbij er altijd een controle achteraf plaats vindt. Bij controle van deze data eind april bleek dat er ruim 150/200 patiënten missen in de door de NICE aangeleverde data, vergeleken met onze eigen NICE-registratie. Daarop is nader onderzoek gedaan door de functioneel beheerder van HiX en de aandachtsvelder NICE/HiX van de IC, waarna zij vragen gesteld hebben aan de stichting NICE om aanvullende gegevens. Met deze gegevens wordt nu een analyse gedaan en verwachten we de ontbrekende data te verzamelen in de komende weken. We hebben dus op dit moment geen volledige dataset om de indicatoren juist aan te kunnen leveren.' Het is voor de inspectie belangrijk om te zien dat het ziekenhuis een eigen controle uitvoert. Gezien de uitzonderlijke omstandigheden COVID-19 is het niet mogelijk gebleken de dataset tijdig aan te kunnen leveren.

Tien (één meer dan in 2018) ziekenhuizen leveren geen data aan voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren. Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (Tilburg) geeft hier dezelfde toelichting voor als in 2018: 'De kwaliteitsindicatoren en complicaties worden geregistreerd, maar kunnen om technische redenen nog niet worden aangeleverd aan de stichting NICE.' In 2018 gaf het ziekenhuis eenzelfde toelichting. De inspectie verwacht verbetermaatregelen gezien het toenemend belang van goede data en ICT.

21 ziekenhuizen (evenveel als in 2018) registreren geen complicaties in NICE. Zes ziekenhuizen geven geen toelichting. IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) meldt nog bezig te zijn met een implementatietraject: 'Registratie van de complicaties op de IC-afdeling in HiX is nu niet mogelijk. Wordt aan gewerkt.' Het

ziekenhuis leverde vorig jaar wel data aan. Meerdere ziekenhuizen geven in de toelichting aan dat de IC-afdeling complicaties registreert in het EPD.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt in 2020 voor het laatst uitgevraagd. De inspectie roept de NVIC op om op de tekortkomingen in de registratie te acteren. Ook in het licht van potentiële mogelijkheden voor geaggregeerd wetenschappelijk onderzoek naar wat zich in de COVID-19 pandemie aan complicaties heeft voorgedaan.

Richtlijnen: De kwaliteitsstandaard Organisatie van de Intensive care is medio 2017 in het register van het ZiN ingeschreven, de implementatietermijn is hiervan inmiddels verstreken. In het najaar 2018 is het addendum op deze richtlijn toegevoegd. Jaarlijks brengt de stichting NICE een [jaarboek](#) uit.

## 3 INTENSIVE CARE

### 3.1.2 Hypoglycemie

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen van een goede regulatie van de bloedglucosewaarden bij intensive care (IC) patiënten.

#### RICHTLIJN

[Kwaliteitsstandaard Organisatie van de Intensive Care](#). Het is aannemelijk dat een integraal kwaliteitsbeleid met verbetercyclus noodzakelijk is om tot een continu kwaliteitsverbetering te komen. In deze verbetercyclus wordt aandacht gegeven aan lokale factoren, de zorgketen, het netwerk en landelijk kwaliteitsbeleid.

#### RISICO'S

Hypoglycemie is geassocieerd met een slechtere uitkomst. De ernst en duur van de hypoglycemie spelen hierbij een rol. Doordat niet voldoende inzicht is in de bloedglucosewaarden van IC-patiënten is er een potentieel risico op ernstige hypoglycemie. Ook bestaat de kans dat er onvoldoende inzicht is in het eigen handelen met als gevolg dat problemen langer blijven bestaan.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De gemiddelde resultaten over 2019 zijn vrijwel identiek aan de twee voorgaande verslagjaren. Dat wil zeggen dat de opvallende verbetering van het aantal hypoglycemische periodes (17,8%) en de verkorting van de duur van de hypoglycemie (30,0%) ten opzichte van 2016 is gehandhaafd. Er blijft een grote spreiding in het aantal hypoglycemische periodes van 0 tot 44, net als het percentage van 0% tot 0,94% van de metingen. De hoogste percentages komen voor bij de IC's met het laagste aantal metingen komen voor bij de kleinere IC's.

Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) geeft aan het hoge percentage gezien te hebben: 'NICE waarden kloppen niet. Dit is meerdere malen door ZR aan leverancier IT-medical aangegeven. In de praktijk wordt bij hypoglycaemie direct geacteerd. Dit laatste is met handmatige controle van dossiers bevestigd.' Zij hebben ook het langste interval tot normale glucosewaarden (3 uur). De toelichting geeft echter geen verklaring voor het grote aantal periodes (28). De inspectie verwacht hier wel een toelichting op.

Er zijn dit jaar weer iets meer toelichtingen gericht op de zorgverlening. Net als vorig jaar is de toelichting van Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) informatief. 'Vijf van de tien metingen hadden betrekking op een patiënt in de laatste fase van de IC-behandeling, waarin de hypoglycemie een uiting was van onbehandelbaar multi-orgaanfalen. Vier hadden betrekking op twee wakkere patiënten met een auto-intoxicatie met glucoseverlagend middel. De lage glucosespiegels waren van tevoren verwacht en werden adequaat gemonitord. Bij één meting was de hypoglycemie niet verwacht. Deze patiënt heeft hiervan geen schade ondervonden.' Belangrijk hierbij is dat het ziekenhuis ook zelf de data beoordeeld en laat zien dat 9 van de 10 periodes een voor het ziekenhuis verklaarbare oorzaak hadden. De tijdsduur tot normoglycemie ligt onder het gemiddelde, dus de reactietijd hoeft niet toegelicht te worden, iets wat overigens geen enkel ziekenhuis doet.

De toelichting van Meander Medisch Centrum (Amersfoort) geeft inzicht in een valkuil bij automatische metingen: 'In Meander wordt de glucose waarde bepaald met behulp van een point of care meting. Het is de afspraak dat de verpleegkundige bij het meten van een sterk afwijkende glucose waarde (bijv. diepe hypoglykemie) de bepaling herhaalt ter verificatie. Beide bepalingen worden geautomatiseerd doorgegeven aan Mediscore en NICE. Het aantal daadwerkelijke hypoglykemien is hierdoor dus in principe de helft van het aantal geregistreerde hypoglykemien. Dit verklaart het relatief hogere percentage.' Het percentage is inderdaad in de buurt van de P90, dus het ziekenhuis concludeert terecht dat het een 'relatief hoog' percentage te verklaren heeft. Na halvering is dat zeker niet meer het geval.

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) heeft over 2019 (net als 2018) een percentage lage bloedglucosewaarden boven de P90 en de langste periode tot herstel. Het ziekenhuis geeft geen eigen interpretatie.

Amphia Ziekenhuis (Breda) geeft een toelichting die niet voldoet: 'Deze indicator kunnen we niet aanleveren omdat we, vanwege verschillende glucose afname/meet mogelijkheden, de mediane tijdsduur niet kunnen berekenen.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting niet zien dat zij zicht hebben op eigen resultaten. Zicht op eigen resultaten en het analyseren daarvan is cruciaal in het komen tot verbetering van het zorgproces. Het zou goed geweest zijn als het ziekenhuis in zijn toelichting had aangegeven hoe zij dit zorgproces, ondanks verschillende glucose afname/meet mogelijkheden, monitoren.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Deze indicator wordt over het verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 5 DIAGNOSTIEK

### 5.2.1 Diabetische voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

#### DOEL INDICATOR

Het bevorderen van een multidisciplinaire behandeling van een patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus en het tijdig inzetten van diagnostiek naar perifere arterieel vaatlijden (PAV).

#### RICHTLIJN

[Diabetische voet](#), 2017.

Hoe is de zorg voor een patiënt met een voetulcus georganiseerd in Nederland.

#### RISICO'S

Onvoldoende diagnostiek en behandeling van patiënten met een diabetische voet kan onnodig weefselverval tot gevolg hebben en er bestaat de kans op gevaarlijke infecties met mogelijke amputatie als gevolg.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

##### **Multidisciplinaire behandeling diabetisch voetulcus**

Deze indicator werd in 2019 voor het eerst uitgevraagd. In het kader van het onderwerp diabetische voet werd eerder gevraagd naar de uitkomst van de behandeling door een multidisciplinair voetenteam. Nadat het onderzoek van een uitkomst niet succesvol was gebleken is teruggegaan naar de analyse van structuur en proceskenmerken. Of er een wekelijks multidisciplinair spreekuur is lijkt af te hangen van het patiënten aanbod, gezien de toelichtingen. Meestal wordt er dan een MDO in een lagere frequentie (tweewekelijks tot maandelijks) georganiseerd.

Alle 73 ziekenhuizen beschikken over een wondzorgverpleegkundige binnen het multidisciplinair team. 64 ziekenhuizen hebben minimaal één keer per week een multidisciplinair spreekuur van het multidisciplinaire voetenteam, waarbij minimaal twee professionals uit het voetenteam aanwezig zijn. Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag) geeft een inhoudelijk goede toelichting wat een goed beeld geeft van de dagelijkse praktijkvoering van het ziekenhuis op dit thema: [‘twee per week waarop patiënten gezien kunnen worden door revalidatiearts, wondverpleegkundige, orthopedisch schoenmaker, gipsverbandmeester en podotherapeut. Met vaatchirurg/verpleegkundig specialist op afroep. Drie keer per week papieren MDO voor alle nieuwe en geziene spoed patiënten, waarbij internist, revalidatie arts, vaatchirurg, interventieradioloog, verpleegkundig specialist, wondverpleegkundige en zaalarts aanwezig zijn’](#).

Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) geeft in de toelichting aan dat: [‘Alle genoemde zorg professionals zijn op \(afroep\) aanwezig’](#). Uit de toelichting blijkt niet dat er minimaal één keer per week een multidisciplinair spreekuur van het multidisciplinaire voetenteam is, waarbij minimaal twee professionals uit het voetenteam aanwezig zijn. Is er elke week een voltallig en volwaardig MDO? Zijn alle genoemde zorgprofessionals daadwerkelijk betrokken bij het zorgproces als zij op afroep beschikbaar zijn?

Bij LUMC (Leiden) ontbreken in het MDO een (diabetische) podotherapeut, revalidatiearts en gipsverbandmeester. Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting: [‘Dit zorgpad is alleen beschikbaar voor interne patiënten.’](#) Betekent dit dat alleen patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus worden behandeld die zijn opgenomen in het ziekenhuis? Of betreft het patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus alleen voor de interne geneeskunde? En is in dat geval minder multidisciplinaire kennis noodzakelijk?

In negen andere ziekenhuizen ontbreekt een (diabetische) podotherapeut. Dit wordt een enkele maal toegelicht. Amphia Ziekenhuis (Breda): [‘De \(diabetische\) podotherapeut sluit niet structureel aan vanuit](#)

financieel oogpunt'. Ziekenhuis Tjongerschans (Heerenveen): 'De (diabetisch) podotherapeut is niet standaard bij het overleg aanwezig, hiernaar wordt wel verwezen.'

MCL (Leeuwarden) geeft een toelichting die toelichting behoeft: 'Het wekelijkse overleg is afgeschaft omdat er een wondexpertisecentrum is opgericht. Hierbij MDO naar behoefte'. Een wondexpertisecentrum zal ook een multidisciplinair spreekuur nodig hebben om aan de diverse kennisbehoeften te voldoen. Het is dus niet duidelijk waarom het oprichten van een expertisecentrum heeft geleid tot vervallen van de noodzaak voor het spreekuur.

Alrijne ziekenhuis (Leiderdorp) heeft geen van de vragen over dit onderwerp beantwoord. In 2018 behandelden zij wel patiënten.

### **Diagnostiek perifeer arterieel vaatlijden bij nieuwe patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus**

71% van de patiënten krijgt een vasculaire analyse binnen acht dagen. Zoals gebruikelijk bij een nieuwe indicator is de spreiding groot, van 10 tot 100%. Bij deze indicator is de spreiding in het aantal patiënten groot: van 11 tot 275 patiënten. Meander Medisch Centrum (Amersfoort) geeft als enige ziekenhuis geen data, maar geeft ondanks een zeer uitgebreide toelichting geen data om de situatie in het ziekenhuis te beoordelen. De toelichting betreft alleen een procesbeschrijving: 'Dit hebben wij op de volgende wijze georganiseerd: bij presentatie van een patiënt met een diabetische voet wordt altijd vaatonderzoek verricht, tenzij recent vaatonderzoek beschikbaar is (bv wegens probleem aan de andere zijde, we meten in het algemeen beide zijden door). Dit is soms gekoppeld aan een polikliniek bezoek, maar dit kan ook tijdens een opname geschieden. Daarnaast werken wij samen met de Da Vinci kliniek. Dit biedt patiënten het volgende voordeel: alle vereiste deelnemers voor het multidisciplinaire spreekuur zijn aanwezig, dan wel direct oproepbaar. Voorts kunnen we voor de ambulante patiënt een optimale wondbehandeling aansluitend organiseren, waarbij er regie is op de wondgenezing door hetzelfde team. Door de intensieve samenwerking met de vaatchirurgen van het Meander is er ook een directe lijn naar de kliniek. Bij noodzaak tot opname zijn er korte lijnen en ook bij ontslag wordt via dezelfde poliklinische route gewerkt'. Het is voorstelbaar dat bij een dergelijk complex proces het moeilijk is om een indruk te krijgen hoe vaak het daadwerkelijk lukt om het voornemen ('altijd, tenzij') ook echt te realiseren. Toch is dat de vraag. Het ziekenhuis zegt daarover: 'In Meander zijn wij van mening dat deze indicator, mede door de complexiteit van het bepalen van de teller, geen goede weergave geeft van de geleverde kwaliteit van zorg. Uiteraard vinden wij het wel noodzakelijk dat bij patiënten met diabetes en een voetulcus een vasculaire analyse plaatsvindt of heeft plaatsgevonden'.

De overige ziekenhuizen geven wel data, maar laten ook zien dat er vele wegen zijn waarlangs een patiënt het vaatlab wel of niet kan bereiken. De kwaliteit van de toelichtingen verdient bij veel ziekenhuizen een compliment. Vaak is inzichtelijk hoe het resultaat geïnterpreteerd moet worden. Dat wil niet altijd zeggen dat er geen controverses zijn. Een speciale rol is weggelegd voor de perifere pulsaties. De richtlijn zegt er dit over: 'De literatuuranalyse van de IWGDF leverde geen studies op naar de diagnostische waarde van de aan- of afwezigheid van voetpulsaties bij lichamelijk onderzoek bij mensen met diabetes mellitus en een voetulcus. De richtlijnwerkgroep onderschrijft het standpunt van de IWGDF dat de aan- of afwezigheid van voetpulsaties te onbetrouwbaar is voor aantonen of uitsluiten van PAV.' Een voorbeeld: Tergooi (Blaricum en Hilversum): 'De tien patiënten die geen vasculaire analyse middels een enkel-arm index in rust met teendrukmeting hebben gehad, hadden palpabele pulsaties tijdens het eerste consult en derhalve geen verdenking op significant macrovasculair lijden.' Een dergelijke toelichting geven acht ziekenhuizen. De combinatie van de beschrijving en de toelichting geeft de indruk dat deze ziekenhuizen een deel van de patiënten ten onrechte uitsluit van aanvullende diagnostiek. Dit deel van de richtlijn is op basis van deze gegevens nog onvoldoende geïmplementeerd.

Een voorbeeld van een goede toelichting geeft Elkerliek ziekenhuis (Helmond en Deurne): 'Patiënten die worden verwezen door de huisarts worden binnen een week gezien op de polikliniek (bij de vaatchirurg of verpleegkundig specialist wondzorg). Indien sprake is van een spoedverwijzing worden patiënten binnen 24 uur gezien. Bij alle nieuwe patiënten die op de polikliniek komen met diabetes en een voetulcus wordt



standaard een doppler onderzoek op de polikliniek uitgevoerd. De uitkomst van dit onderzoek geeft reeds informatie, waardoor een nadere vasculaire analyse op een vaatlaboratorium niet altijd nodig is. Daarnaast is gestart met het uitvoeren van onderzoek met gebruik van een hyper spectraal camera (Tivita-meting). Dit onderzoek geeft direct informatie over het zuurstofgehalte in het weefsel, de doorbloeding in de voet en het oedeem van het weefsel. Op basis hiervan is er direct een goed beeld van de doorbloeding en de perfusie van het weefsel. Dit onderzoek kan het doppler onderzoek alsmede de transcutane zuurstofmeting aanvullen of mogelijk deels gaan vervangen. Ook worden alle patiënten besproken op het wekelijkse MDO, bestaande uit: verpleegkundig specialist wondzorg, gipsverbandmeester, revalidatiearts, podotherapeut, internist en vaatchirurg, waarna met behandeling wordt gestart. Het Elkerliek ziekenhuis kent een geëngageerd voetenteam. Al jaren behalen we hiermee goede behandelresultaten. Deze aanpak maakt dat 90 [%] van de voetwonden binnen het jaar is genezen'. Wat nog ontbreekt in de toelichting is de beoordeling van het eigen proces. 20% van de patiënten krijgt een vasculaire analyse binnen acht dagen. Het ziekenhuis is tevreden met de uitkomst. Die hangt natuurlijk ook af van de ernst van de verwezen wonden, dus de 90% genezing zonder zorgzwaarte aanduiding is waarschijnlijk positief, maar nog geen 'bewijs' van een goed proces. Dit roept de vraag op of het ziekenhuis een heeft doel voor het komende jaar?

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst in deze vorm uitgevraagd. Ook in een nieuw format van de basisset zal aandacht blijven voor multidisciplinaire behandeling van patiënten.

## 6 INTERVENTIES

### 6.1.1 Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies

#### DOEL INDICATOR

Om de veiligheid van de patiënt te vergroten en de kans op fouten zo klein mogelijk te maken, dient de radioloog en zijn team een time out procedure (TOP) uit te voeren en te registreren. Doel van de indicator is het stimuleren van het uitvoeren van de TOP bij een vasculaire radiologische interventie.

#### RICHTLIJN

[Normen Nvvr](#) Time-out procedure (TOP) bij vasculaire radiologische interventies.

Relevante tekst uit norm: 'De indicator geldt voor alle interventies m.b.v. een directe arteriële of veneuze punctie, die uitgevoerd worden door een radioloog op een afdeling radiologie. Dit betekent dat u in een verslagsysteem bij al uw vasculaire interventies dient vast te leggen of een TOP is doorlopen. De Nederlandse RADPASS en de Europese CIRSE checklists uit de interventieradiologie kunnen als voorbeeld gebruikt worden. De lijst dient te worden ingevuld door de 'behandelend' radioloog'.

De TOP is een gestandaardiseerd identificatie- en verificatieprocedure voor de start van een ingreep. Het doel van de TOP is om een veilige uitgangssituatie te maken vóór de start van de ingreep. Interventieradiologen voeren minimaal-invasieve behandelingen uit waarbij een TOP moet worden uitgevoerd.

#### RISICO'S

Doordat de TOP niet of onvolledig wordt uitgevoerd bestaat de kans dat er zich vermijdbare problemen voordoen met schade aan de patiënt als gevolg. Daarnaast is er een risico dat als de TOP niet of onvolledig wordt uitgevoerd (juiste patiënt, juiste interventie/onderzoek, juiste plaats en/of zijde indien van toepassing, markering aangebracht indien van toepassing, relevante comorbiditeit, medicatie en allergieën bekend, stollingsstatus bekend en goed bevonden, preoperatieve medicatie gegeven, benodigde materialen, apparatuur en/of implantaten aanwezig) kan resulteren in een mogelijke complicatie of calamiteit.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Complexe verrichtingen hebben baat bij een goed uitgevoerde TOP. De opvallendste verandering bij deze indicator is niet zozeer de toegenomen omvang van de toelichtingen (die zijn duidelijk toegenomen), maar de verandering van aandachtspunt. In 2018 lag de nadruk op het toelichten dat de werkelijke situatie beter was dan de getallen lieten zien. De toelichtingen in 2019 gaan voor het grootste deel over de analyse van de eigen data en de genomen verbetermaatregelen. Dat maakt de gemiddelde toelichting veel bruikbaar in het kader van leren en verbeteren van elkaar. Samen met de verbeterde resultaten van de in 2018 achterblijvende ziekenhuizen leidt dat tot de conclusie dat deze indicator in 2020 zijn doelstelling volledig zal bereiken. Daarom wordt in dit hoofdstuk extra aandacht geschonken aan de toelichtingen.

67 ziekenhuizen verrichten vasculaire interventies op de radiologie afdeling. In vergelijking met het voorgaande verslagjaar is het aantal goed uitgevoerde TOP's toegenomen van 93% naar 94%. De grootste verbeteringen zijn net als in 2018 te zien bij de laagst scorende ziekenhuizen. De P10 is opgeschoven van 80,0% naar 85,1%. De twee ziekenhuizen die vorig jaar nog vermeld werden als meerjarige achterblijvers hebben zich duidelijk verbeterd: Haga Ziekenhuis (Den Haag) nu 87,0% en Bernhoven (Uden en Oss) nu 98,7%. Beiden geven in de toelichting een verklaring voor de verbetering. De toelichting van Haga Ziekenhuis is het meest informatief: 'De verbeteracties in 2019 laten een stijging van het rapportage percentage van 74 naar 87 ten opzichte van 2018 zien. Met behulp van een *value stream* analyse is het proces aangepast met onder andere heldere taken en verantwoordelijkheden rondom de TOP. Dit heeft gezamenlijk met een communicatieplan, 'training on the job' en audits bovenstaande verbetering opgeleverd. De verwachting is dat deze verbetering met de recente aanpassing van wekelijkse monitoring in 2020 zal doorzetten'.

St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) is het ziekenhuis met het laagste percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting (65,2%). Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'Bij de time-out procedure (TOP) bij radiologische interventies is sprake van onder registratie in ons EPD. De TOP wordt standaard uitgevoerd, maar niet altijd op dezelfde wijze digitaal vastgelegd. Het komt regelmatig voor dat de laborant op het moment dat de radioloog de TOP start, niet het juiste scherm in het EPD voor zich heeft en de TOP op dat moment niet kan registreren. Er is de afgelopen periode veel aandacht besteed aan de oorzaak van de onder registratie. Alle betrokkenen onderschrijven het belang van de TOP en geven aan dat deze altijd wordt uitgevoerd. Komende periode wordt ingezet op een gestructureerde wijze van het vastleggen van de TOP in EPIC. De komende maanden wordt gemonitord of deze werkwijze effectief is.' Uit de toelichting blijkt dat het ziekenhuis inzicht heeft in de eigen data en onderzoek heeft gedaan naar het lage percentage en dat het concludeert dat er sprake is van het niet juist uitvoeren van de TOP waarvoor een aantal oorzaken worden genoemd. Het is belangrijk dat alle betrokkenen het belang van de TOP onderschrijven en er het streven is naar een effectieve werkwijze van het vastleggen van de TOP in het EPD.

Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) is het ziekenhuis met het op een na laagste percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting (74,4%). Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'De TOP wordt altijd volledig uitgevoerd voor de start van de verrichting. Uitkomst is op basis van geregistreerde procedures in het EPD'. In tegenstelling van de toelichting van voorgaande ziekenhuis blijkt uit deze toelichting niet waarom het percentage in negatieve zin afwijkt van het landelijk gemiddelde en lager uitvalt dan de signaleringsgrens van 85,1% (P10). Het ziekenhuis gaat er van uit dat de TOP altijd volledig wordt uitgevoerd voor de start van de verrichting maar kan dit niet onderbouwen op basis van de data. De inspectie mist een nadere analyse op basis van eigen data en daarop gebaseerde verbetermaatregelen.

LUMC (Leiden) heeft een percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting van 78,8%. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'Naar aanleiding van de analyse van de time-out registraties van 2017 en 2018 is het volgende verbeterpunt naar voren gekomen: In de praktijk wordt er altijd een time-out verricht maar helaas wordt dit niet 100 geregistreerd. Verbeteracties: 1) In iedere interventiekamer hangt een poster op de muur waarop alle punten staan die in de time-out aan bod moeten komen. 2 Er zijn verbeteringen aangebracht in de digitale checklijsten in HIX (realisatie per 1 februari 2020). Daarnaast wordt er tijdens de time-out gebruik gemaakt van computer on wheels (COW) om de time-out items direct aan bedside te registreren en uiteindelijk akkoord voor de procedure aan te vinken. De verrichtingen die onder anesthesie plaatsvinden zijn meegenomen in de analyse voor aanlevering van de cijfers van 2019.' Met deze toelichting laat het ziekenhuis zien dat naar aanleiding van de data van eerdere verslagjaren (2017 en 2018), een analyse is verricht waaruit verbetermaatregelen zijn voortgekomen.

Ook Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) heeft een percentage (80,5%) vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting onder de signaleringsgrens (P10 = 85,1%). Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'In 2019 is de registratie gedigitaliseerd en daarmee is ook het registratiesysteem veranderd (van SURPASS naar RIS). Dit heeft er voor gezorgd dat de aantallen patiënten waarbij de registratie digitaal herleidbaar is, is toegenomen. In 2020 vindt er een doorontwikkeling plaats in de registratie van stopmomenten in het EPD, hieruit wordt stuurinformatie ontwikkeld waarop deze indicator actief gemonitord kan worden.' Het ziekenhuis heeft een verbeteringslag doorgemaakt en met de nieuwe werkwijze een doorontwikkeling ingezet waarbij het aangeeft actief op deze indicator te monitoren. Een verdieping slag in de toelichting zou zijn als het ziekenhuis in de toelichting had duidelijk gemaakt hoe de werkwijze van actieve monitoring er in de praktijk uit gaat zien.

Het volgende ziekenhuis is Martini Ziekenhuis (Groningen) met een percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting van 80,7%. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'Binnen onze dataset vallen zowel alle reguliere als spoed interventies en is niet te herleiden of een interventie op de afdeling radiologie of op de OK is uitgevoerd. Deze aspecten kunnen voor een vertekend

beeld scoren waardoor ons percentage achterblijft ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Binnen het Martini Ziekenhuis wordt gewerkt aan het herleidbaar maken van deze aspecten om zo een nog beter beeld te krijgen over het uitvoeren van de TOP.' Bij deze toelichting zijn een aantal vragen te stellen. Is het zo dat bij patiënten die met spoed een interventie ondergaan geen TOP wordt verricht? Dat terwijl misschien wel juist het belang van een TOP in spoed setting het verschil kan maken. En wat is de reden dat het niet is te achterhalen waar een interventie (op de afdeling radiologie of op de OK) heeft plaatsgevonden? Daarnaast zijn de woorden 'nog' en 'beter' in de quote 'om zo een nog beter beeld te krijgen over het uitvoeren van de TOP' minder gelukkig gekozen voor een ziekenhuis met een percentage onder de P10. De inspectie mist naar aanleiding van dit resultaat inzicht in de eigen data van het ziekenhuis en de daarbij passende verbetermaatregelen.

Flevoziekenhuis (Almere) heeft een percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting van 82,9%. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'Er bestaat het vermoeden dat er niet volledig wordt geregistreerd door beperkingen in het registratie systeem.' Deze toelichting is ontoereikend. Het ziekenhuis heeft geen inzicht in het daadwerkelijke aantal vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting en laat niet zien verbetermaatregelen in te zetten naar aanleiding van het lage percentage. Uit deze toelichting blijkt niet dat het ziekenhuis op dit thema in control is.

Laurentius Ziekenhuis (Roermond) heeft een percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting van 84,5%, dit is onder de signaleringsgrens (P10 = 85,1%). Het ziekenhuis geeft geen toelichting. Het is voor de inspectie belangrijk om te weten of een ziekenhuis inzicht heeft in eigen data en als de resultaten achter blijven bij het landelijk gemiddelde, kennis te nemen van de verbetermaatregelen die het ziekenhuis neemt om te verbeteren.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt in ziekenhuizen over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 7 MEDICATIEPROCES

### 7.1.1 Elektronisch voorschrijven

#### DOEL INDICATOR

Het bevorderen van elektronisch voorschrijven op afdeling en polikliniek.

#### RICHTLIJN

[Richtlijn Elektronisch Voorschrijven](#) Artikel 2: 'Voorschrijvers schrijven geneesmiddelen voor met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken.'

#### RISICO'S

Als medicatie wordt voorgeschreven zonder een EVS bestaat er een risico op fouten in het voorschrijven van medicatie met patiëntschaade als gevolg.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 84 van de 85 zorginstellingen wordt er op 31 december 2019 medicatie voorgeschreven met een EVS dat voorzien is van vijf genoemde functionaliteiten. Instituut Verbeeten (Tilburg) is de enige die dat niet doet, met als toelichting: 'Wij verstrekken geen medicatie'. Dit is een opvallende toelichting, omdat de overige radiotherapeutische instituten wel medicatie voorschrijven en doen dat elektronisch.

80 van deze 84 zorginstellingen geven aan dat er klinisch (exclusief IC) voorgeschreven wordt met een EVS dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten. De overige vier zijn radiotherapie instituten en leveren uitsluitend poliklinische zorg.

De IC is de afdeling waar het vaakst nog deels elektronisch wordt voorgeschreven. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat ze over een EVS beschikken dat niet alle vereiste functionaliteiten bevat, met name wordt daarin benoemd dat de medicatiebewaking hierbij ontbreekt. Negen Nederlandse ziekenhuizen met een IC, waaronder drie UMC's, geven aan niet of deels op de IC, medicatie wordt voorgeschreven met een EVS dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten.

MUMC+ (Maastricht) geeft aan niet elektronisch voor te schrijven op de IC en geeft hierbij de volgende toelichting: 'Op de IC wordt handmatig door de apotheek medicatiebewaking uitgevoerd.' Het ziekenhuis gaf in het voorgaande verslagjaar aan dat er gewerkt werd aan een nieuw geïntegreerd EVS. Omdat het hier een duidelijke minimumnorm betreft en uit de toelichting geen verbeterplan blijkt is de inspectie in gesprek gegaan met het ziekenhuis. Het ziekenhuis komt met daaropvolgend met de volgende toelichting: 'Op de IC van het MUMC+ wordt een patiënt datamanagementsysteem (PDMS) gebruikt, waarbinnen geen geautomatiseerde medicatiebewaking mogelijk is. Op de IC wordt echter een beperkte set van medicatie voorgeschreven. Daarnaast is er een vast team van dedicated IC-ziekenhuisapothekers dat aansluit bij het MDO en actief alle voorgeschreven medicatie controleert op interacties met andere geneesmiddelen, individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden, dosering, dubbelmedicatie en contra-indicaties, waarmee de risico's gecontroleerd zijn.'

Zowel LUMC (Leiden) als UMCU (Utrecht) geven in hun toelichting slechts een constatering van het feit dat het elektronisch voorschrijven op de IC niet voldoet aan de vijf genoemde functionaliteiten, echter geven niet aan welke verbetermaatregelen zijn of worden genomen om aan de landelijke standaard te gaan voldoen. LUMC: 'Wat betreft de IC: Aan onderdeel A, B en D wordt volledig voldaan.' Dit is niet in overeenstemming met de toelichting van het voorgaande jaar waarbij het LUMC aangaf dat in de loop van 2019 er een interactiemodule zou worden geïmplementeerd op de IC. Daarnaast gaf het ziekenhuis aan dat er actieve bewaking was op specifieke middelen in geval van dubbelmedicatie.

De toelichting van UMCU is als volgt: 'Op de IC's wordt elektronisch voorgeschreven, maar zonder geautomatiseerde medicatiebewaking.' Het voorgaande verslagjaar gaf het ziekenhuis ook al aan in de toelichting dat op de IC elektronisch wordt voorgeschreven maar zonder geautomatiseerde medicatiebewaking. Het ziekenhuis geeft wederom niet aan hoe medicatieverificatie in de praktijk wordt uitgevoerd. De inspectie mist een inhoudelijke toelichting van het ziekenhuis en de bijpassende verbetermaatregelen.

Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) licht toe: 'De IC gebruikt een eigen EPD (MetaVision) dat niet de 5 functionaliteiten bevat. Eenmaal per dag worden alle medicatieopdrachten uit MetaVision ingevoerd in HiX (EPD JBZ) door de apotheek. Daarin vindt wel de controle op de 5 functionaliteiten plaats. Daarnaast worden in MetaVision bij de relevante interacties meldingen getoond aan de voorschrijver en verpleegkundigen.' Het ziekenhuis geeft geen eigen beoordeling van het proces. Het lijkt foutgevoelig. IC medicatie wordt immers vaak snel gebruikt, is eenmalige controle per dag voldoende als de patiënt al meerdere dosis van het middel heeft gehad?

Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) kiest voor een personele oplossing in plaats van een geautomatiseerde: 'Vanwege de vaak complexe problematiek van deze patiëntenpopulatie worden de intensivisten pro-actief ondersteund door een ziekenhuisapotheker in het te voeren medicatiebeleid voor de individuele IC patiënt.' Het ziekenhuis heeft geen EVS voor de IC en heeft hier ook geen plannen voor aangegeven. Gezien de eigen toelichting 'vaak complexe problematiek van deze patiëntenpopulatie' is de vraag of dit nog acceptabel is.

Dit geldt ook voor Bernhoven (Uden en Oss): 'Op de IC is geen volledig geautomatiseerde medicatiebewaking. De apotheker voert dit handmatig uit. Voor wat betreft het cytostaticaproces worden recepten op papier voorgeschreven en vervolgens digitaal verwerkt.' Voor beide ziekenhuizen geldt dat de eigen beoordeling van het ziekenhuis ontbreekt, is dit een goed werkend systeem?

Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) geeft in de toelichting aan dat in 2020 het PDMS van de IC gekoppeld wordt aan het EVS: 'Op de IC wordt gedeeltelijk gewerkt met het centrale EVS en gedeeltelijk met het PDMS. Laatstgenoemde systeem wordt in 2020 gekoppeld aan het EVS zodat ook op deze recepten medicatiebewaking uitgevoerd wordt in het EVS.' De opdracht voor het ziekenhuis is te monitoren of met deze koppeling ook daadwerkelijk de medicatiebewaking gewaarborgd is.

Antonius Ziekenhuis (Sneek) is het enige ziekenhuis waarbij zowel op de polikliniek (oogheelkunde) als op de IC deels wordt voorgeschreven met een EVS dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten. Zij geven in hun toelichting aan: 'Alleen polikliniek oogheelkunde heeft nog geen elektronisch voorschrijfsysteem ivm gebruik van IFA. Eind 2020 start implementatie standaard content HIX waarbij OOG ook overgaat op HIX. In 2020 gaat de IC over naar het gebruik van HIX-IC' en lijken hiermee eind 2020 volledig te voldoen aan de landelijke norm. Een mooi voorbeeld dat het wel kan.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator zal in ziekenhuizen over verslagjaar 2020 voor het laatst worden uitgevraagd door de inspectie.

## 7 MEDICATIEPROCES

### 7.2.1 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

#### DOEL INDICATOR

Voor het veilig gebruik van medicatie is een goed inzicht in de actuele medicatie essentieel. De indicator is bedoeld om een goede verificatie van het gebruik van de actuele medicatie door patiënten te stimuleren.

#### RICHTLIJN

[Addendum Medicatieoverdracht](#) 31 maart 2015:

Een medicatieoverzicht is pas een actueel medicatieoverzicht (AMO) als gegevens zijn geverifieerd met de patiënt. In internationale literatuur is consensus dat een AMO gebaseerd is op zowel gegevens uit een digitale bron (zoals bijvoorbeeld AIS, cluster, LSP) als gegevens uit een verificatiegesprek bij de patiënt of diens vertegenwoordiger.

#### RISICO'S

Wanneer er geen juiste medicatieverificatie plaatsvindt bestaat de kans dat er onvoldoende of verkeerde informatie beschikbaar is over het actuele medicatiegebruik van de patiënt. Dit heeft tot gevolg dat bij voorschrijven van nieuwe medicatie er onvoldoende effect of onnodige bijwerkingen kunnen optreden.

Additionele risico's voor de doelgroep kinderen: Veel elektronische voorschrijfsystemen hanteren 'volwassen' normaalwaarden voor dosiscontrole. Dit kan er toe leiden dat voorschrijvers niet gewaarschuwd worden en overdoseringen kan worden gegeven.

Additionele risico's voor de doelgroep ouderen: Veel patiënten van 70 jaar en ouder gebruiken meerdere medicamenten. Het risico van interacties tussen medicamenten is daardoor groter.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De algemene ontwikkeling bij deze indicatoren is dat elk jaar de uitkomst met twee tot drie procent verbetert, zowel bij opname als bij ontslag bij zowel kinderen als bij patiënten van 70 jaar en ouder. De verbetering bij patiënten van 70 jaar en ouder is dit jaar kleiner, na de kwaliteitssprong in 2018, die in 2019 nog weer wel (licht) werd overtroffen. De medicatieverificatie bij opname is beter geregeld dan bij ontslag en bij patiënten van 70 jaar en ouder beter dan bij kinderen. Dat patroon is al aanwezig vanaf de start van de indicator. Er zijn dit jaar veel minder ziekenhuizen die geen gegevens hebben over de verificatie bij ontslag van kinderen (28 dagen-18 jaar). Dat wordt deels veroorzaakt door een andere wijze van rapporteren (de kinderarts voert dit altijd uit, maar legt dit niet altijd vast) en deels door een ander beleid.

#### **Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen: kinderen (28 dagen-18 jaar)**

Volgens veel toelichtingen hebben kinderartsen die de medicatieverificatie bij kinderen doen een actieve rol maar registreren zij minder dan apothekersassistenten die de medicatieverificatie doen bij patiënten van 70 jaar en ouder.

Het is duidelijk dat het opname proces bij kinderen complex is. De toelichting van Ziekenhuis St. Jansdal (Harderwijk) laat deze verdeling goed zien: '[Medicatieverificatie wordt standaard door de kinderarts gedaan bij kinderen waarbij de kinderarts de hoofdbehandelaar is. Bij kinderen van andere specialismen \(KNO, chirurgie, etc.\) wordt medicatieverificatie alleen op aanvraag gedaan \(risico gestuurd\).](#)' Het ziekenhuis maakt duidelijk dat er twee groepen patiënten zijn met een verschillend proces en dus met verschillend kwaliteitsbeleid. Kinderen opgenomen voor de kinderarts en kinderen opgenomen voor andere specialismen. Het is uit de toelichting niet duidelijk hoe deze verschillen leiden tot de uitslag. Vervolgens wordt verschil in risico toegelicht: '[Het risico op medicatiefouten is kleiner bij deze kinderen: vaak gebruikt het kind geen medicijnen en zijn ouders goed op de hoogte. Als er opvallende medicatie is, schakelt de verpleegkundige/arts de](#)



apothek in voor medicatieverificatie.' De data voor 2019 wijken af van die van 2018. Het ziekenhuis heeft dat gezien en licht toe: 'De noemer in 2019 is veel groter dan in 2018. Dit komt omdat er in 2018 een steekproef is genomen van de kinderen waarbij de kinderarts hoofdbehandelaar was. In 2019 zijn alle opgenomen kinderen meegenomen in de noemer.' Het ziekenhuis komt daarmee op 41,2%, het laagste percentage van Nederland. Het ziekenhuis geeft daarbij geen conclusie over de eigen kwaliteit, maar geeft wel verbeteracties aan: 'Verbeteractie 2020: Afdeling Kwaliteit & Veiligheid en de ziekenhuisapothek zullen een analyse uitvoeren van 1) het percentage medicatieverificatie opgesplitst per specialisme; 2) het aantal kinderen bij overige specialismen dat geen medicatie gebruikt. Daarna zal het proces ingericht worden voor hoofdbehandelaars van alle specialismen om in het geval dat er geen medicatie is of enkel simpele medicatie die zij zelf beoordelen, ook zelf vast te leggen in EPD dat de medicatie beoordeeld is.' Al met al past deze toelichting heel erg bij de trend naar informatievere toelichtingen. Er zijn bij deze groep specifieke factoren. Kinderen worden vaker opgenomen en ontslagen zonder medicatie. Het Amsterdam UMC, locatie AMC (Amsterdam) besteedt hier ook aandacht aan: 'Het huidige medicatiegebruik is een standaardonderdeel van het opnamegesprek bij zowel de arts als de verpleegkundige. Dit wordt bevestigd door het feit dat de medicatie bij opname opnieuw moet worden voorgeschreven in het EPD. Circa 20 van de opgenomen patiënten in het EKZ heeft geen medicatie bij opname; het niet hebben van medicatie wordt wel geconstateerd maar onvoldoende geregistreerd.' De inspectie gaat in deze toelichting er van uit dat het over een percentage van 20% gaat. In dat geval geeft de toelichting een beeld hoe het ziekenhuis het zorgproces heeft ingeregeld.

Het ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) geeft een goed voorbeeld van een toelichting op een sterk verbeterde situatie (verificatie bij opname): 'Onze uitkomsten van medicatieverificatie bij opname zijn in 2019 sterk verbeterd en liggen boven het landelijk gemiddelde. Het is goed om te zien dat de ingezette verbetermaatregelen, zoals het inzetten van apothekersassistenten bij verificatie bij opname, daadwerkelijk geleid hebben tot een verbetering van deze uitkomsten.' Vervolgens komt het ziekenhuis tot een heldere conclusie over het vervolg: 'We zijn uiteraard nog niet tevreden met de uitkomsten op de indicator medicatieverificatie bij ontslag.' Het ziekenhuis beschrijft vervolgens het traject voor verbetering. Problemen uit het verleden zijn voor een duidelijk deel aangepakt. Het ziekenhuis geeft zelf aan dat er nog problemen zijn en laat zien wat daaraan gedaan zal worden. Het ziekenhuis laat vervolgens ook zien welke resultaten er al zijn: 'De cijfers over de eerste maanden van 2020 laten zien dat met deze aanpassing het percentage patiënten bij wie bij ontslag de medicatie geïnficeerd is en daarna een actueel medicatie-overzicht (AMO) is gemaakt, gestegen is naar 82.6 voor ouderen; voor kinderen is dit 54.' Een dergelijke opbouw, resultaten 2019, analyse met eigen conclusie, maatregelen, afgesloten met voorlopige resultaten en nog voor te zetten maatregelen is een uitstekend format dat ook toekomstbestendig is.

### **Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen: patiënten van 70 jaar en ouder**

Ook hier is een trend op te merken van een lichte verbetering van de uitslagen gecombineerd met betere toelichtingen. Een voorbeeld hiervan is LUMC (Leiden). Dit ziekenhuis is het laatste ziekenhuis dat op dit onderwerp geen data aanlevert, wel worden data genoemd in de toelichting. In tegenstelling tot 2018 is nu wel duidelijk wat het ziekenhuisbeleid is: 'De voorschrijver/medisch specialist is verantwoordelijk voor de medicatieverificatie bij opname en ontslag.' Er zijn beperkte data aanwezig: 'In 2019 heeft de ziekenhuisapothek bij 63 (2220/3548) van de patiënten van 70 jaar of ouder met een meerdaagse opname de medicatieverificatie bij opname uitgevoerd.' Het is ook duidelijk welke conclusie het ziekenhuis daaruit trekt: 'In 2019 heeft de ziekenhuisapothek bij 63 (2220/3548) van de patiënten van 70 jaar of ouder met een meerdaagse opname de medicatieverificatie bij opname uitgevoerd. Voor de patiënten die niet door de ziekenhuisapothek worden gezien geldt dat er geen duidelijke afspraken zijn over het vastleggen in het ziekenhuissysteem of de verificatie is uitgevoerd en kunnen daarom niet eenduidig uit het systeem gehaald worden en meegenomen in de ziekenhuisbrede indicator. Dit geldt zowel voor opnameverificatie als bij ontslag. Deze verificatie vindt wel degelijk plaats.' Het is niet duidelijk hoe het ziekenhuis dit vastgesteld heeft. Er zijn wel verbeteracties gedefinieerd: 'In 2019 is de poliklinische apothek gestart met een pilot dat de poli apothek ondersteunt bij de medicatieverificatie tijdens het ontslaggesprek. De verbeteracties zijn belegd bij



het ziekenhuisbreed verbeterteam 'Opname, Overdracht en Ontslag'. Op dit moment wordt een alternatieve manier ontwikkeld om intern beter zicht te krijgen op in ieder geval de medicatieverificatie bij ontslag en deze zal ook toegevoegd worden aan de interne kwartaalrapportage.' Bij deze toelichting ontbreekt de eigen conclusie van het ziekenhuis. Het helpt in dit geval als bijvoorbeeld verklaard wordt waarom de medicatie van 37% van de patiënten op een andere niet gedocumenteerde vorm geverifieerd is. Ook antwoordt het ziekenhuis dat het niet over data beschikt, terwijl het wel data vermeldt in de toelichting. De toelichting is dan ook een duidelijke verbetering ten opzichte van vorig jaar, maar is nog niet voldoende.

Spijkenisse Medisch Centrum werd vorig jaar als achterblijver vermeld en is duidelijk verbeterd. Het ziekenhuis geeft een korte toelichting die laat zien dat dat geen toeval is: 'Ten opzichte van 2018 is het percentage gestegen met ruim 30. Spijkenisse Medisch Centrum heeft een verbeterplan opgesteld naar aanleiding van de eerdere scores en dit plan hanteren wij ook in 2020 met als doel constante verbetering.' Hier ontbreekt een conclusie van het ziekenhuis over de eigen data. Het is voorstelbaar dat het ziekenhuis tevreden is met een verdubbeling van het percentage, maar ook de 130 patiënten waarvan de medicatie niet geverifieerd is moeten goede zorg krijgen. Het is de vraag of het ziekenhuis daar inzicht in heeft.

Eén van de andere ziekenhuizen dat vorig jaar genoemd werd, Groene Hart Ziekenhuis (Gouda), geeft hier enig inzicht in. De toelichting begint met het omschrijven van de eigen norm: 'Ontslagverificatie is standaardzorg bij overdracht naar de volgende lijn.' Het ziekenhuis geeft een verklaring voor het percentage: 'De registratie hiervan gebeurt handmatig, omdat er geen verplicht veld in ons huidige EPD voor is. Dit betekent dat het vermelde cijfer per definitie een te laag percentage weergeeft.' Ook hier ontbreekt de eigen conclusie van het ziekenhuis. Geeft deze uitslag de door het ziekenhuis gewenste situatie weer?

De meest interessante toelichting bij deze indicator wordt gegeven door Medisch Spectrum Twente (Enschede): 'De oorzaken voor de lage medicatieverificatie bij ontslag zijn deels bekend. Herhaaldelijk is in MST in 2019 code rood gegeven. Wat betekent dat er niet genoeg bedden zijn voor de (verwachte) toestroom waardoor het ontslag van opgenomen patiënten snel moest worden uitgevoerd in verband met 'beddendruk'. Hierdoor werd het apotheketeam niet altijd adequaat ingeschakeld. etc.' Dit is een analyse die inzicht geeft in de problematiek, maar die natuurlijk ook vervolgvragen oproept. Hoe wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd op het moment dat patiënten door code rood snel moeten worden ontslagen? De grote winst van een dergelijke toelichting is dat het een goede dialoog mogelijk maakt. Data uit een indicator maakt een probleem zichtbaar. Dat probleem wordt vervolgens helder omschreven. De rest van de toelichting wordt gebruikt om de maatregelen te beschrijven die het ziekenhuis vervolgens heeft genomen om het probleem op te lossen. De toelichting zou nog sterker worden als er al voorlopige resultaten van een verbeteractie zichtbaar gemaakt werden en als duidelijk was welk doel het ziekenhuis wilde bereiken. Dat kan een percentage zijn, maar ook een procedureel doel, bijvoorbeeld dat alle patiënten ook in een 'code rood' situatie veilig worden ontslagen. Dat zal zeker ook in de eerste helft van 2020 relevant zijn geweest, gezien de COVID-19 crisis.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Voor de indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen zijn geen veranderingen. De nieuwe richtlijn over [medicatieoverdracht](#) is vastgesteld in november 2019. Data opgenomen in deze indicator worden indien relevant getoetst aan de oude richtlijn.

## 7 MEDICATIEPROCES

### 7.3.1 High Risk medicatie

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen van de medicatieveiligheid op gebied van parenterale geneesmiddelen door middel van een juiste werkwijze rondom het klaarmaken en toedienen van parenterale geneesmiddelen.

#### RICHTLIJN

Richtlijn [Voor Toediening Gereed Maken \(VTGM\)](#)

Praktijkgids [High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia](#)

#### RISICO'S

Het klaarmaken en toedienen van parenterale geneesmiddelen is een risicovol proces. De toedieningsweg van parenterale geneesmiddelen passeert de biologische barrières tegen micro-organismen van vaak kwetsbare patiënten. Daarnaast kunnen parenterale geneesmiddelen een smalle therapeutische breedte hebben, een snel klinisch effect sorteren en een direct effect hebben op vitale functies. Er is een relatief groot risico op bijwerkingen. Om bovengenoemde redenen worden parenterale geneesmiddelen als high risk medicatie gezien.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 82 van de 85 zorginstellingen wordt er high risk medicatie toegediend, niet in Maastricht (Maastricht), Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden) en Radiotherapiegroep (Arnhem). Er is gevraagd naar de verhouding afdelingen waar high risk medicatie gegeven wordt en de afdelingen waar een interne audit is uitgevoerd op het thema voor toediening gereed maken (VTGM) en het toedienen van parenterale geneesmiddelen.

Een onverwachte complicatie is de afgrenzing van het begrip high risk medicatie. Die is het eenvoudigst te zien bij radiotherapeutische instellingen. Toediening van intraveneuze contrastmiddelen is volgens de patiënten voorlichting een te verwachten onderdeel van de zorg. Daarbij is het evident dat het gaat om parenteraal toegediende middelen. Het is evident dat het gaat om middelen met een hoog risico, maar valt het ook onder de medicatie?. Als een handeling sterk lijkt op een risicovolle handeling waar veiligheidsvoorzieningen voor zijn, dan moet de instelling aantonen dat het veilig is. Een toelichting als: '[We zijn een zelfstandige radiotherapie instelling](#)' is dan dus geen voldoende verklaring voor het niet leveren van data.

Zowel het gemiddelde percentage interne audits op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen, als ook de P10 zijn duidelijk toegenomen. Gemiddeld werden in 2018 77,5% van de afdelingen geaudit, in 2019 is dit percentage toegenomen tot 86,3%. De P10 nam toe van 31,3% naar 56,3%. Zoals bij de andere indicatoren is ook hier de grootste verandering in de toegenomen kwaliteit van de toelichtingen. Van de acht ziekenhuizen met de laagste percentages audits geven alleen Alrijne ziekenhuis (Leiderdorp) en Dijklander Ziekenhuis (Purmerend) geen verklaring. De andere ziekenhuizen geven ook duidelijk aan hoe zij het toedieningsbeleid voor parenteralia veilig menen te houden, ook bij een lager percentage interne audits. Zij besteden daarbij ook aandacht aan de hoogte van het risico op de betreffende afdelingen.

De toelichting van Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk) is hiervan een goed voorbeeld: '[Op de verpleegafdelingen wordt VTGM veel meer gebruikt dan op de poli's. De verpleegafdelingen vormen de hoog-risico afdelingen. De audits in 2019 zijn daarom met name gedaan op de verpleegafdelingen \(6/14 afdelingen geaudit \(43\)\)](#)'. Er is een ziekenhuisbeleid waarbinnen prioriteiten worden bepaald. Het ziekenhuis gaat verder: '[In de medicatieveiligheidscommissie is afgesproken dat alle verpleegafdelingen zelf VTGM audits uitvoeren m.b.v.](#)

de 'NIAZ zelftest VTGM' op iProva. Dit is echter niet voor de poliklinieken afgesproken. Afdeling K&V heeft de afdelingen niet voldoende in staat gesteld om de zelftest te gebruiken'. Het ziekenhuis geeft daarmee een oordeel over de eigen kwaliteit van zorg. Voor de inspectie is dan belangrijk wat het ziekenhuis hier zelf aan wil doen: 'Verbeteractie 2020: Er zijn door afdeling K&V audits op alle afdelingen ingepland in de auditweek in november 2020. Daarnaast worden de 'NIAZ zelftest VTGM' actief ingezet zodat meer poli's en verpleegafdelingen ook tussentijds aan de slag zijn met VTGM zelftests'.

Een ander voorbeeld van een goede inhoudelijke toelichting geeft Catharina Ziekenhuis (Eindhoven): 'Audit vindt voor de verpleegafdelingen 1x per jaar en de poliklinieken en functie afdelingen 1x per 2 jaar plaats. Een uitzondering daarop is de oncologie dagbehandeling, deze afdeling bezoeken we 1x per jaar. Deze afdeling is intensief bezig met (risicovolle) geneesmiddelen. Waarom wij sommige afdelingen (poliklinieken en/of functieafdelingen) 1x per 2 jaar bezoeken heeft als reden dat op deze afdelingen niet veel medicatie aanwezig is. De processen rondom medicatie wijzigen daar ook niet snel. Wel hebben wij als contactpersoon meerdere malen per jaar contact met de afdeling. Voor een aantal poliklinieken en functieafdelingen is ons beleid om de medicatieveiligheidsronde 1 x per 2 jaar te doen. Om die reden zijn deze afdelingen in de teller meegenomen omdat de audits conform die afspraak zijn uitgevoerd.' Uit deze gedetailleerde informatie over de wijze waarop het ziekenhuis interne audits op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen heeft vormgegeven, blijkt dat het ziekenhuis op dit thema duidelijk in control is. Ziekenhuizen die op dit thema nog niet zo ver zijn kunnen van deze toelichting leren en verbeteren.

UMCU (Utrecht) heeft een percentage van net onder de 50%. Het ziekenhuis laat in de toelichting zien dat er ruimte is voor verbetering: 'In 2019 is op alle verpleegafdelingen in het UMCU waar high risk medicatie wordt toegediend een interne audit uitgevoerd (=tracer in UMCU terminologie), gebaseerd op een integraal verbeterplan VTGM en toedienen van parenteralia. Tijdens het uitvoeren van de tracers is gebleken dat dit 37 afdelingen waren in plaats van de in 2018 gerapporteerde hoeveelheid van 41 afdelingen (door fusies). De resultaten van de 37 tracers zijn geanalyseerd, gerapporteerd aan de individuele afdelingen en worden gebruikt bij het formuleren van het verbeterplan. Aangezien er naast verpleegafdelingen in kleinere getalen ook parenteralia worden klaargemaakt en toegediend op poliklinieken en dagbehandel-afdelingen, is het zuiverder om ook op deze afdelingen tracers uit te voeren. De noemer van de KPI is hierop aangepast naar 75 afdelingen. Voor 2020 en de jaren erna is daarom de doelstelling om tracers uit te voeren op de (38) poliklinieken/dagbehandeling-afdelingen en daarnaast risico-gestuurd tracers te gaan uitvoeren op de verpleegafdelingen, waarbij de afdelingen die de slechtste score hadden voor de tracer uit 2019 als eerste bezocht zullen worden. Hierbij blijft de doelstelling om alle afdelingen waar VTGM handelingen plaatsvinden minimaal eens in de drie jaar te auditeren (indien de resultaten dit vereisen, kan bij specifieke afdelingen een hogere frequentie worden aangehouden).' Het is cruciaal dat met deze toelichting het ziekenhuis laat zien dat het inzicht heeft in eigen resultaten, concludeert dat er ruimte is voor verbetering en vervolgens verbetermaatregelen ingezet.

## RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 202 particuliere klinieken (39%) aan dat zij high risk medicatie toedienden in de instelling. Binnen de particuliere klinieken werd op 93,7% van de afdelingen een interne audit uitgevoerd op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen. Dit is een hoger percentage dan in de ziekenhuizen. Van de 202 particuliere klinieken die aangaven dat een audit was uitgevoerd, gaven 17 particuliere klinieken aan dat de resultaten van de audits niet in een PDCA-cyclus waren geborgd. Elf van de zeventien klinieken betroffen locaties van één particuliere klinieketen, waarbij deze als toelichting gaven dat zij dat per 2020 starten met de interne audits volgens de PDCA-methode. Bij twee locaties van één particuliere kliniek werd aangegeven dat 'de infusen volgens een vast protocol werden bereid en gecontroleerd, batchnummers werden genoteerd', dit is geen afdoende verklaring voor het niet uitvoeren van de PDCA-cyclus. De overige vier particuliere klinieken gaven geen toelichting.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator zal over verslagjaar 2020 voor het laatst worden uitgevraagd door de inspectie.

## 8 ZORG

### 8.2.1 Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

### 8.2.2 Behandeling van ondervoeding

#### DOEL INDICATOR

Herkenning van de ondervoede patiënt bij opname en inzicht verkrijgen in preventiemaatregelen ter voorkoming van potentiële risico's bij een klinisch opgenomen patiënt.

#### RICHTLIJN

##### [Screening en behandeling van ondervoeding](#)

Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding kan er voor zorgen dat een patiënt sneller herstelt. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is eerst een goede screening op ondervoeding nodig. De eerste indicator richt zich op de screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen. De tweede indicator richt zich op behandeling van ondervoeding bij volwassenen en kinderen en inventariseert het percentage ondervoede patiënten dat de vastgestelde eiwitbehoefte, en bij kinderen ook de energiebehoefte, op de vierde opnamedag heeft gehaald.

#### RISICO'S

Doordat ondervoeding niet wordt (h)erkend bestaat de kans op complicaties met patiënt schade als gevolg, bijvoorbeeld door vertraagde wondgenezing.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

##### **Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen**

De indicatoren voor ondervoeding laten het beeld zien wat verwacht mag worden van een langlopende indicator. Het percentage gescreende kinderen stijgt niet of heel langzaam. Het aantal opgegeven opgenomen kinderen daalt met circa 10% per jaar. De grootste afname van het aantal opgegeven opgenomen kinderen wordt veroorzaakt doordat het Erasmus MC (Rotterdam) en het UMCU (Utrecht) samen ongeveer 3.000 kinderen minder opgeven dan in 2018. Het Medisch Spectrum Twente (Enschede) is het enige ziekenhuis dat ook een verklaring geeft voor de daling van het aantal: '[De daling in zowel teller en noemer ten opzichte van verslagjaar 2018 wordt veroorzaakt door het feit dat kinderen waarbij sprake is van een opnameduur van minder dan 24 uur nu in de cijfers ook daadwerkelijk geëxcludeerd zijn.](#)'

In 75 Nederlandse ziekenhuizen worden kinderen behandeld en in 72 van deze ziekenhuizen is het aantal kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend. Sint Maartenskliniek (Boxmeer) verwijst in de toelichting naar Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer): '[Voor de beantwoording van deze vraag verwijzen wij naar het Maasziekenhuis Pantein, waarin ook patiënten van de SMK zijn geïncludeerd](#)' en Dijklander Ziekenhuis (Purmerend) verwijst naar Dijklander Ziekenhuis, locatie Hoorn: '[Op locatie Purmerend worden geen kinderen meer opgenomen sinds eind 2018.](#)' Het ziekenhuis Bernhoven (Uden en Oss) geeft in een uitvoering toelichting aan waarom zij gestopt zijn met het screenen van kinderen. Op zich is het goed om die onderbouwing te geven, maar het betreft hier kindergeneeskundig beleid en het ziekenhuis zal hierbij de NVK moeten overtuigen dat het niet screent en toch goede zorg levert. Dit is ook belangrijk gezien de argumentatie: '[\(...\) De indicator komt voort uit de IC-setting voor kinderen waar door de veelheid aan acute problematiek het domein van voeding te vaak werd ondergesneeuwd. Daar is deze ook begrijpelijk. Op een algemene afdeling kindergeneeskunde zoals in ons ziekenhuis ligt dat anders. Voeding is een wezenlijk standaard onderdeel van de zorg waar elke dag bij wordt stilgestaan. Groei als gevolg is een continu punt van aandacht. Er ligt op onze afdeling geen enkel kind waarvan niet bekend was dat die ondervoed was \(...\).](#)' Dit zou een goed onderwerp zijn om bijvoorbeeld in een visitatie van de NVK te bespreken.

Deze indicator geeft ook inzicht in de problemen van de gegevens verwerking van een routine screening. De toelichting van het Erasmus MC is daarbij illustratief. 'Het zou voor ziekenhuizen die problemen hebben met het vastleggen van de scores in HIX nuttig kunnen zijn om kennis te nemen van de toelichting van het ziekenhuis. Deze is te lang om hier integraal op te nemen.' Dit is een relevante toelichting. Het maakt duidelijk dat het ziekenhuis laat zien dat het zich doelen heeft gesteld, een goede analyse heeft gedaan over de mogelijke problemen en deze problemen zo goed mogelijk heeft aangepakt. Daarbij is het ook belangrijk dat het ziekenhuis zelf het resultaat van de maatregelen beoordeeld: 'Dit is conform resultaten die verwacht kunnen worden met het gebruik van het STRONGkids screeningsinstrument. Conclusie; de problematiek HiX is zowel lokaal als landelijk opgepakt.' Kortom het ziekenhuis doet alles wat redelijkerwijs mogelijk is om op dit punt goede zorg te leveren en geeft hierop een inhoudelijk goede toelichting.

Amsterdam UMC, locatie AMC (Amsterdam) geeft de volgende uitgebreide inhoudelijke toelichting: 'Indicator is niet betrouwbaar in beeld te brengen omdat voor kinderartsen de eiwit- en energie-inname op de vierde opnamedag niet de standaard manier is om te beoordelen of de behandeling leidt tot het beoogde resultaat. In de academische setting is ondervoeding vaak de reden van opname. Veelal in kader van het te onderzoeken onderliggend lijden waar de behandeling zich dan ook primair op richt. Het optimaliseren van de voedingstoestand gebeurt in multidisciplinair verband (kinderarts-MDL-diëtetiek) en het opstellen/monitoren van een behandelgoal is sterk afhankelijk van het onderliggend lijden. De eiwit- en energie-inname zijn hierin zeer belangrijk maar niet leidend. De eiwit- en energie-inname zijn tevens belangrijke parameters die richting kunnen geven aan de differentiaal diagnose indien ondervoeding (mede) de reden van opname is. De inname moet in balans worden gebracht met het metabolisme van de patiënt (bijvoorbeeld sterke toename van behoefte ten gevolge van onderliggend lijden door bijvoorbeeld kanker). Alleen het meten/bepalen van een eiwitintake is bij dit soort patiënten onvoldoende. Bij opnames waar diëtetiek bij in consult is zijn vaak wel gegevens over de energie- en eiwitinname op opnamedag vier in beeld gebracht. Diëtetiek was bij 46 van de 103 opnames betrokken. Bij 45 van de 46 opnames is de energie- en eiwitinname op de vierde opnamedag in beeld gebracht. Bij 9 van deze 45 opnames is de uitkomst van deze beoordeling 'anders'. Als er bij adequate energie- en eiwitinname 'anders' staat, wordt dit als 'geen adequate energie- en eiwitinname' meegeteld. Maar deze 'anders' duidt op een ander behandelgoal en betekent niet vanzelfsprekend dat het behandelgoal niet is gerealiseerd. Om de kwaliteit van de behandeling van ondervoeding bij kinderen te meten is een steekproef gedaan. Hierin is de werkwijze van locatie VUmc gevolgd: Als de gegevens over energie- en eiwitinname op de vierde opnamedag worden aangevuld met de informatie uit de steekproef, is sprake van een adequate navolgbare behandeling van ondervoeding bij 79 van de opnames die in de inclusiecriteria van de behandelindicator vallen.' Het is belangrijk dat het ziekenhuis een goed beeld heeft van de eigen data, maar nog belangrijker dat het een oordeel geeft over het eigen handelen. Het ziekenhuis geeft een zeer uitgebreide toelichting over het beleid ten aanzien van screening en behandeling van ondervoeding bij kinderen. Deze toelichting zou beter zijn als het ziekenhuis een eigen oordeel en een verbeterdoel opneemt. Ook een belangrijk aspect in de toelichting is dat het ziekenhuis dezelfde werkwijze toepast als de andere locatie van het Amsterdam UMC. Hieruit blijkt dat men actief het zorgproces wil integreren.

UMCG (Groningen) is het enige ziekenhuis dat in 2019 aangeeft geen continue meting te doen. In de toelichting wordt verwezen naar problemen met het EPD: 'Het EPD beschikt nog niet over de functionaliteit om deze cijfers te genereren uit de groeicurves. Daarom is ervoor gekozen om de gegevens met betrekking tot het percentage acute ondervoeding, via de STRONGkids naar voren te halen. Hiervoor is een steekproef gedaan. Vanaf 1 september t/m 31 december zijn alle gegevens bekeken van kinderen die een score 4-5 hebben op de STRONGkids, dit percentage komt uit op 6,2 procent en wijkt dus af van de berekening uit de groeicurve getallen. De OmniQ portal staat begrijpelijk niet toe deze gegevens naast elkaar te rapporteren. Het beleid ten aanzien van het screenen op ondervoeding is begin dit jaar nogmaals aangescherpt en de cijfers van begin 2020 tot nu toe laten een positieve ontwikkeling zien.'

## Behandeling van ondervoeding

De lange termijn trend bij de indicator voor kinderen is elk jaar een lichte verbetering van de resultaten bij de behandeling. 2019 wijkt daar vanaf in de zin dat een stijging met 9 procentpunt groter is dan verwacht. Het aantal ondervoede patiënten is daarbij met 34% gedaald. Wat deze data lastig te interpreteren maakt is dat het aantal bij opname als acuut ondervoed geclassificeerde patiënten ook met 25% is gedaald. Het aantal behandelde patiënten is ongeveer 25% van het aantal als acuut ondervoed geclassificeerde patiënten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat 25% van deze groep langer dan vier dagen opgenomen blijft. De toelichting van St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) is een mooi voorbeeld van een toelichting die helpt bij de interpretatie. Het ziekenhuis heeft 79 kinderen geclassificeerd als acuut ondervoed en geeft over 28 kinderen data: 'In 2019 zijn 28 kinderen langer dan vier dagen opgenomen met een Strongkids score van 4 of 5. Zes kinderen met een eetstoornis zijn niet in deze indicator meegeteld. Bij vier van de negen kinderen is de inname niet behaald vanwege medisch beleid: een optimaal voedingsbeleid sluit niet (altijd) aan op het medische behandelbeleid.' Er zijn meer ziekenhuizen die aandacht vragen voor het conflict tussen het medische doel van de opname en een voedingsdoel. Het gesprek hierover is interessant. Er kan ook sprake zijn van een conflict tussen het niet over willen gaan op sondevoeding gezien de impact voor het kind. Een dergelijke toelichting, mits zo onderbouwd met data is nuttig. Het gaat hier niet om het ten koste van alles bereiken van een voedingsdoel, maar om aandacht voor een juiste balans tussen de medische en de voedingsdoelen.

De indicator voor behandeling van volwassenen laat dat ook zien. De getallen zijn al meerdere jaren onveranderd. Maar een toelichting als van Zuyderland MC (Heerlen) laat zien dat de analyse verder ontwikkeld is: 'Binnen Zuyderland MC heeft 47.9 van de ondervoede patiënten hun eiwitintake op dag 4 behaald. Dit percentage is verbeterd ten opzichte van verslagjaar 2018. De ingezette acties hebben tot verbetering geleid. De doelgroep die de eiwitintake niet behaald heeft, betreft 46.2 die de doelstelling niet behaald heeft. De overige 5.9 betreffen patiënten zonder doelstelling ten gevolge van palliatief beleid of acceptabele verminderde intake bij dementie. Indien deze laatste patiëntencategorieën worden geëxcludeerd, tonen we aan dat 50.9 van de ondervoede patiënten met doelstelling hun eiwitintake op dag 4 ook daadwerkelijk heeft behaald. De resultaten met betrekking tot ondervoeding worden maandelijks gemonitord middels een kwaliteitsdashboard.' Dit is overigens een verdere ontwikkeling bij een ziekenhuis die in 2018 ook al een goede toelichting gaf.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Deze indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 8 ZORG

### 8.2.2 Screening op en observatie van delirium

#### DOEL INDICATOR

Tijdig signaleren dat een hoog- risico patiënt een delirium ontwikkeld.

#### RICHTLIJN

##### [Delirium bij volwassenen](#)

Een delirium is een veel voorkomende vorm van psychopathologie bij opgenomen patiënten ouder dan 70 jaar. Een delirium kenmerkt zich door het snelle ontstaan en de wisseling van symptomen. De delirium observatie screening schaal (DOSS) bevat dertien observaties van gedrag (verbaal en non-verbaal). De DOSS geeft de symptomen van het delirium weer. Het is van belang om per dienst de observaties van het gedrag vast te leggen<sup>2</sup>. De confusion assesment method (CAM) is een veelgebruikt instrument voor het vaststellen van een delirium door niet-psychiaters. De CAM is sensitief, specifiek, betrouwbaar en eenvoudig in de praktijk<sup>3</sup>. Gebruik van de DOSS voor screenen op delirium door verpleegkundigen. Bevestig als arts de diagnose delirium met de geldende DSM criteria, mogelijk door gebruik te maken van de CAM.

#### RISICO'S

Wanneer het ontstaan van een delirium gemist wordt bij een patiënt met een delirium bestaat de kans op complicaties met een ongewenst verlengde opname en een slechtere prognose tot gevolg.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Voor het jaar 2018 is het deel van de indicator dat vroeg naar risico op delirium voor ziekenhuizen komen te vervallen. Dat resulteerde in een daling van het aantal opgenomen patiënten met ongeveer 40.000 (noemer populatie). In 2019 is dat probleem kennelijk opgelost. De omvang van de noemer populatie is met 150.000 ongeveer gelijk aan die van 2016 en 2017.

De bandbreedte van het aantal patiënten dat is opgenomen in de indicator varieert voor algemene ziekenhuizen van 24 tot 9.670. Dat zal voor een deel te verklaren zijn door verschil in meetmethoden en een verschil in patiënten populatie. Maar het is tegelijkertijd moeilijk voor te stellen dat er zo veel minder kwetsbare ouderen zijn in Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) (24) dan in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) (Almelo en Hengelo) (9670). Wellicht is er ook samenwerking mogelijk tussen instellingen in het ijken van screeningsmethoden. Worden de juiste patiënten bewaakt?

In vergelijking met het voorgaande verslagjaar zijn de andere parameters onveranderd wat opmerkelijk is bij een stijging in het aantal patiënten van 30%.

MUMC+ (Maastricht), Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) en Radboud UMC (Nijmegen) hebben evenals in 2018 de laagste percentages (37,5%, 51,1 en 51,8%). Het MUMC+ als ziekenhuis met het laagste percentage geen toelichting. MUMC+ geeft in 2018 aan verbeteracties te hebben ingezet waarbij afdelingen continu inzage hebben in hun score op delier. Dat heeft echter niet geleid tot verbetering. Het percentage bewaakte patiënten is gedaald en er is geen nieuwe toelichting gegeven.

Het is interessant om de toelichtingen over de tijd te volgen: Antoni van Leeuwenhoek gaf in 2018 aan te onderzoeken hoe het de verpleegkundigen via het EPD beter kan ondersteunen bij het opvolgen van verhoogde delierscores. Ze actualiseerden het protocol delier en planden bijscholing van de zorgprofessionals. In 2019 laten ze zien wat daar de gevolgen van waren: ['Bij patiënten met een verhoogd risico op delier wordt](#)

<sup>2</sup> Handreiking.ysis.nl/delier/delirium-observatie-screening-dos

<sup>3</sup> Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method: A New Method for Detection of Delirium. Ann Intern Med 1990;113(12):941-948



automatisch het verpleegplan delier gestart voor verpleegkundigen, waar ook het afnemen van een DOSS in vermeld staat. Het registreren van een DOSS score bij patiënten met een verhoogd delier is een aandachtspunt. In 2019 is er gewerkt aan het inzichtelijk maken van bij hoeveel patiënten met verhoogd risico op delier een DOSS afgenomen is, door middel van een dashboard. In 2020 wordt Chipsoft Maps geïmplementeerd dat direct overzicht geeft per patiënt welke indicatoren of scores er nog afgenomen en geregistreerd moeten worden.' Dit is belangrijke informatie. Aan de ene kant is het duidelijk dat de maatregelen effect beginnen te hebben. Er is een stijging met 12 procentpunt. Aan de andere kant is nog ruimte voor verbetering met een score van 50%, iets wat de verdere plannen voor 2020 ook laten zien. Het enige dat ontbreekt om dit een perfecte toelichting te maken is een conclusie van het ziekenhuis over de geleverde zorg en de eerste resultaten van die verdere verbetering

Radboud UMC (Nijmegen) geeft de volgende toelichting: 'Hierbij zijn niet de patiënten opgenomen in de teller die op de IC zijn geobserveerd met de CAM-ICU (omdat die niet in de epic indicator zit), terwijl hier wel systematisch bij iedereen met een verhoogd risico op delier de CAM-ICU wordt gebruikt.' Deze toelichting geeft geen voldoende verklaring voor het lage percentage, het is niet aannemelijk dat de patiënten van de IC de helft van de patiëntenpopulatie omvat.

Het UMCU (Utrecht) had in 2018 ook een opvallende toelichting, waarbij acties waren aangekondigd. Een belangrijk aspect daarvan was het verminderen van de last van het vastleggen. Zeker bij een dagelijks terugkerende handeling blijkt vaker dat de handeling zelf niet zo belastend is, maar de vastlegging daarvan in het dossier wel. 2018: 'Daarbij kwam naar voren dat het digitaal dossier onvoldoende ondersteunt in de afname van de DOSS'. Het ziekenhuis heeft een aantal acties ingezet om de DOSS registratie te optimaliseren. Met resultaat in 2019: 'Afname van de DOS is gestegen in 2019 t.o.v 2018. Er zijn een aantal acties ingezet met goed resultaat, zoals: er is een projectgroep bezig geweest om de registratielast te verminderen. Er is een technische aanpassing geweest waardoor het makkelijker is om de DOS in te vullen. Middels de inzet van bovenstaande acties van het afgelopen jaar hebben we een structurele verbetering gerealiseerd. [van 53 naar 71%] Voor komend jaar wordt extra ingezet op scholing van verpleegkundigen in het gebruik van de DOS. Hiermee verwachten we nog een verbetering te kunnen realiseren.' De inspectie toetst op goed bestuur. Dit is daar een mooi voorbeeld van. Er zijn in 2018 doelen gesteld, met passende maatregelen en het ziekenhuis geeft een eigen oordeel over het succes van het sturen op die doelen en past de plannen daarop aan.

Belangrijk is dat wanneer een patiënt meer risico loopt op het ontwikkelen van een delier, bijvoorbeeld omdat de patiënt bepaalde medicatie gebruikt of een alcoholverslaving heeft, dat dat herkend wordt en passende maatregelen kunnen worden getroffen. Er zijn nog steeds ziekenhuizen die aangeven dat in de teller en noemer geen patiënten opgenomen zijn waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld dan de drie screeningsvragen. In 2018 gaven 23 ziekenhuizen aan ook patiënten mee te nemen die op andere gronden een verhoogd risico op delirium hadden, in 2019 waren dat er 56!

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Over verslagjaar 2020 is de indicator doorontwikkeld. Over verslagjaar 2020 worden ook de indicatoren Risico op delirium, Zorgplan delirium en Screening op delirium op de SEH uitgevraagd.

## 8 ZORG

### 8.3.1 Pijnmeting

#### DOEL INDICATOR

Stimuleren systematische aandacht voor pijn als symptoom en als probleem van oncologische patiënten.

#### RICHTLIJN

[Pijn bij kanker. Relevante tekst uit de richtlijn](#)

Meet pijn regelmatig bij patiënten met kanker. Het aantal keer is afhankelijk van de plaats waar de patiënt verblijft: Ziekenhuis: Meet bij opgenomen patiënten pijn twee- tot driemaal daags. Meet pijn bij elk poliklinisch bezoek; implementatietermijn <1 jaar. Indicator: Structurele pijnmeting (vanaf pagina 303 van de richtlijn).

#### RISICO'S

Indien pijn als signaal van problemen wordt gemist, is de kans groter dat complicaties te laat worden ontdekt en patiënten onnodig pijn lijden. Pijn kan zelf ook complicaties veroorzaken.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De resultaten van de numerieke gegevens in deze indicator zijn gelijk aan de resultaten over 2018 en tegelijk zijn de indicator resultaten sterk verschillend uitgaande van het principe dat de indicator vraagt naar de data plus de interpretatie. Zoals eerder gesteld vraagt de indicator naar de mate van implementatie van en vrij scherp omschreven aanbeveling in de richtlijn pijn bij kanker. Het is na twee jaar duidelijk dat het betreffende deel van de richtlijn onvoldoende is geïmplementeerd. Wat de resultaten beter maakt is dat veel ziekenhuizen in de toelichting laat zien wel een serieuze inspanning te hebben geleverd om tot implementatie te komen.

Een voorbeeld: Er heeft in Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) een pilot plaatsgevonden. 'Patiënten ontvingen op de polikliniek interne oncologie een instructie over de pijnmeting en dit leidde tot uitvraag en registratie van de pijnscore in het dossier. De pijnscore kon tijdens het consult door de oncoloog en/of oncologieverpleegkundige ingezien worden. De pilot is na Q1-2019 gestopt. Het uitvragen van de pijnscore bleek in de praktijk meer verwarring/onrust te veroorzaken bij patiënten. Dit is een onwenselijke situatie en om die reden is Ikazia gestopt met de structurele vastlegging van een pijnscore in het dossier. Bij ieder consult bij de oncoloog/oncologieverpleegkundige wordt een gestructureerde anamnese afgenomen en is het al dan niet hebben van pijn standaard onderdeel van het consult. Indien bij een patiënt pijn aanwezig is dan wordt de mate van pijn beschrijvend vastgelegd in het dossier en niet m.b.v. een numerieke pijnscore. Tevens wordt in Ikazia de LAST-meter in de behandelfase bij het tweede consult afgenomen. Mede afhankelijk van de uitkomst en behandeling wordt wederom de LAST-meter afgenomen.'

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) geeft een inhoudelijke toelichting over het zorgproces: 'Aan de bron wordt de pijnscore van alle poliklinische oncologische patiënten niet systematisch geregistreerd. OLVG heeft een volledig pijnprotocol en een pijnteam dat laagdrempelig benaderbaar is. De controlevraag naar pijn is een integraal onderdeel van het basisconsult oncologie.' Hoewel de pijnscore van alle poliklinische oncologische patiënten niet systematisch wordt geregistreerd, blijkt voldoende uit deze toelichting.

Er blijft ook een groep ziekenhuizen die in de publieke toelichting aangeeft dat zij geen data leveren omdat de meerwaarde niet bewezen is: Sint Franciscus Vlietland Groep (Rotterdam, Schiedam): 'Pijn wordt besproken in het consult met de patiënt, maar niet structureel vastgelegd in het EPD. Er is geen bewijs dat het registreren van pijn tot betere zorg ten aanzien van pijnbehandeling leidt. De effort staat niet in verhouding tot de (niet bewezen) opbrengst.' Het lastige van deze toelichting is dat het Nederlandse systeem voor het borgen van kwaliteit beroepsgroepen het recht en de plicht geeft om goede zorg te omschrijven. De manier om dat te

doen is het opstellen van richtlijnen. Ziekenhuizen die de richtlijn goed interpreteren en implementeren voldoen aan die norm. In de richtlijn wordt de onderbouwing en het bewijs geleverd voor de norm.

Tot slot is er een grote groep ziekenhuizen waarbij de structuur van het EPD of het gebruik van het EPD niet zo gestructureerd is dat pijnscores te analyseren zijn. 30 Nederlandse ziekenhuizen zijn in staat om data te leveren. Veel ziekenhuizen geven aan dat er wel op een of andere manier naar pijn wordt gevraagd, maar niet structureel wordt vastgelegd. De 30 ziekenhuizen die de richtlijn wel geïmplementeerd hebben leggen de pijnscore in 61,4% van de gevallen (altijd) vast.

Een mooi voorbeeld van een toelichting waarin wordt uitgelegd hoe dat gebeurt is van St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein): 'Deze cijfers zijn gebaseerd op alle consulten van verpleegkundig specialisten, waarbij gekeken is of de tekst "NRS" voorkomt in het verslag van het consult. Verpleegkundig specialisten hebben de afspraak om wanneer pijn besproken wordt, de NRS vast te leggen in het dossier. Oncologen vragen uiteraard ook naar pijn, maar niet met behulp van de NRS.' Vervolgens wordt toegelicht voor welke specifieke populatie meting niet zinnig is: 'Onze populatie (noemer) bestaat voor een groot deel uit patiënten die in de follow-up fase zitten en die geen aantoonbare kanker (het is onduidelijk of deze patiënten kanker hebben of niet, dat is ook de reden van de follow-up) hebben. Het is bij deze groep voor de hand liggend dat er niet structureel naar pijn wordt gevraagd.'

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De vraagstelling in deze indicator is licht aangepast. Het aantal pijnmetingen op het aantal polikliniekpatiënten is vanaf 2020 de standaard. Zie de basisset 2020 voor de exacte tekst: Teller: Het aantal consulten van patiënten van 18 jaar of ouder dat de polikliniek Medische Oncologie bezoekt waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd. Noemer: Totaal aantal consulten van patiënten van 18 jaar of ouder dat de polikliniek Medische Oncologie bezoekt. Het voorstel van de werkgroep om alternatief te registreren is om een steekproef in het verslagjaar 2020 te nemen en daarbij een maand te vergelijken voor en tijdens de COVID-19 crisis. De indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst in deze vorm uitgevraagd. Ook in een nieuw format van de basisset zal aandacht blijven voor pijn.

## 8 ZORG

### 8.3.2 Pijnregistratie

#### DOEL INDICATOR

Stimuleren systematische aandacht voor pijn als symptoom en als patiënten probleem na operatie.

Een voorwaarde voor het goed uitvoeren van pijnbeleid en -evaluatie in het ziekenhuis is het digitaal vastleggen van de meting. Het belang van het herkennen van pijn is evident. Pijn is het eigen systeem van het lichaam om de integriteit van dat lichaam te bewaken en actie te nemen bij beschadiging. Het is aangetoond dat belangrijke groepen patiënten pijn onvoldoende aangeven en een systematische vraag noodzakelijk is, evenals het documenteren van pijn over de tijd.

Deze indicator is sinds 2018 een afgeslankte vorm van de indicator pijnmeting op de verpleegafdeling die vanaf 2003 is opgenomen in de basisset. In de indicator wordt de term chirurgische patiënten gebruikt. Daarmee wordt dezelfde doelgroep bedoeld als de postoperatieve groep uit de oude indicator. In deze indicator wordt gevraagd naar het vastleggen van één pijnmeting per opnamedag.

#### RICHTLIJN

[Organisatie van postoperatieve pijnbehandeling](#). Relevante tekst uit de richtlijn: 'De basis van het verminderen van pijn is de vroege herkenning. Door regelmatig te meten kan adequate behandeling toegepast worden. Een goede registratie maakt het effect van de pijnbehandeling duidelijk. Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) stelt de volgende doelstellingen:

- Bij 90% van de patiënten wordt drie keer per 24 uur pijn gemeten;
- Pijnmeting door middel van de *numeric rating score* (NRS);
- <5% geeft een pijnscore hoger dan 7 in de eerste 72 uur post operatief.

#### RISICO'S

Doordat pijn als signaal van problemen wordt gemist, is de kans groter dat complicaties te laat worden ontdekt. Met als gevolg dat patiënten behoed hadden kunnen worden voor te laat of laat ontdekte complicaties en onnodig pijn lijden. Pijn kan zelf ook complicaties veroorzaken.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De resultaten op landelijk niveau zijn iets beter dan eerdere jaren. Bij 88,1% van de patiënten wordt minimaal één keer per dag een pijnscore vastgelegd. De populatie is ook 12% groter en het aantal keren dat de pijnscore is vastgelegd is groter dan in 2018: 540.000 nu versus 487.000 in 2019. Het aantal toelichtingen en de kwaliteit ervan zijn minder dan bij de pijnscore op de polikliniek. Dat is op zich niet verwonderlijk omdat dit een al veel langer bestaande indicator is met minder controverses.

Dat neemt niet weg dat de bruikbaarheid van de toelichting voor het toezicht nu ook weer duidelijk is verhoogd. Een goed voorbeeld hiervan is de toelichting van Medisch Spectrum Twente (Enschede): 'De aantallen in teller en noemer zijn lager t.o.v. 2018, omdat alleen de cijfers van januari t/m oktober 2019 zijn weergegeven. Dit in verband met de start van de pilot 'Ontregel de zorg' in november 2019 waarbij MST o.a. bezig zijn de registratielast bij de verpleegkundige te verminderen. Eén van de acties is dat er wel dagelijks bij patiënten naar de pijn wordt gevraagd, maar bij een pijnscore 0 t/m 4 (pijn is acceptabel) er geen actie wordt ondernomen én geen registratie van de pijnscore in onze digitale statusvoering (DSV). De teller geeft niet alle pijnregistraties weer die zijn uitgevoerd. Dit komt o.a. omdat de data voor deze indicator alleen wordt gegenereerd uit DSV (EPD voor de kliniek). De SEH werkt met een ander EPD (E-care) dan de kliniek (DSV). Dit kan ervoor zorgen dat patiënten die via de SEH worden opgenomen, op de opnamedag wel degelijk een pijnregistratie hebben gehad in E-care, maar dat we dit niet terugzien in de cijfers omdat de eerste pijnmeting in DSV wellicht op de tweede opnamedag wordt geregistreerd waardoor de patiënt buiten de teller valt.

Uiteraard geldt op alle afdelingen in MST volgens het VMS-thema dat men minimaal 3x per dag naar de pijn vraagt.' Het ziekenhuis laat zien welk beleid gevoerd wordt en hoe daarin getracht wordt veiligheid en kwaliteit te combineren met een belasting van verpleegkundigen die het ziekenhuis verantwoord vindt. Het was fijn geweest als het ziekenhuis ook had laten zien tot welke frequentie van vastlegging dat dan leidt, want dat geeft ook inzicht in het niveau van monitoring dat het ziekenhuis aanhoudt. Het tweede deel van de toelichting laat zien dat het ziekenhuis zicht heeft op delen van het ziekenhuis waar minder goede data beschikbaar zijn.

UMCU (Utrecht) geeft een andere toelichting hoe de registratielast te verminderen: 'De verpleegkundigen ervaren veel registratielast als het gaat over het noteren van de pijnscores in het EPD. Zij zeggen wel altijd naar de pijn van de patiënt te vragen maar niet altijd te noteren. Er wordt momenteel gekeken of patiënten zelf hun pijnscore kunnen noteren in het project 'Patient-journey'. Doordat de pijnscore doorschiet naar het dossier hoeft de verpleegkundige deze niet meer handmatig in te voeren.' Dit is ook een van de problemen die de inspectie is opgevallen. Het vastleggen van de score is een groot deel van de belasting van de pijnscore. Tijdens bezoeken krijgen inspecteurs regelmatig demonstraties van het grote aantal muisklikken dat nodig is om een pijnscore vast te leggen. Het is goed om in toelichtingen begrippen als registratielast duidelijker te definiëren, ook omdat het gebruikersvriendelijker maken van de registratie niet alleen voor de pijnregistratie van belang is.

Soms zijn toelichtingen licht verontrustend: Antonius Ziekenhuis (Sneek): 'Alleen metingen die zijn vastgelegd nadat de patiënt naar de afdeling is vervoerd worden meegenomen in de teller. Vanuit oogpunt zinnige zorg worden geen pijnmetingen in de kliniek gedaan als er een recente meting op de verkoever is gedaan.' De inspectie is er bij toezichtbezoeken vaker tegenaan gelopen dat vlak na de verkoever er minder controles worden gedaan dan later op de dag. Juist in die fase kan pijn sterk veranderen. De medicatie verliest een deel van zijn werking en de patiënt is minder stabiel.

Veel toelichtingen vermelden dat de dag van ontslag niet is meegenomen, omdat de patiënt pas met ontslag mag als deze pijnvrij is. Soms is dat juist een verbeterpunt: Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg): 'Bij deze indicator zijn we afdelingsspecifiek nader aan het onderzoeken welk verbeterpotentieel er is. Uit de eerste resultaten blijkt dat geregeld op de dag van ontslag geen pijnscore meer is geregistreerd. Hierop worden verbeteracties ondernomen omdat het belang wordt ingezien van een goede verslaglegging van de status van de patiënt bij ontslag.' Continuïteit van zorg is een belangrijk punt voor het toezicht. Zeker als er nog acceptabele pijn kan zijn bij ontslag, is het belangrijk om dat goed te objectiveren en door te geven aan diegenen die de zorg overnemen.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst in deze vorm uitgevraagd. Ook in een nieuw format van de basisset zal aandacht blijven voor pijn.

## 8 ZORG

### 8.3.3 Pijnconsultatie

#### DOEL INDICATOR

Adequate ondersteuning van de aandacht voor pijn als symptoom en als patiënten probleem.

#### RICHTLIJN

[Organisatie van postoperatieve pijnbehandeling](#), (2013). Relevante tekst uit de richtlijn: 'Elke instelling dient te zorgen voor een georganiseerde acute pijnservice (APS) waarbij verpleegkundigen, snijdend specialisten, anesthesiologen en een pijnconsulent betrokken zijn. Complexe technieken van postoperatieve pijnbestrijding dienen door de APS gecontroleerd te worden.'

#### RISICO'S

Door het ontbreken van de noodzakelijke kennis in de instelling wordt de behandeling van pijn en de herkenning van pijn als symptoom geschaad.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Vrijwel alle ziekenhuizen hebben een APS die aan de meerderheid van de te stellen eisen voldoet. Het gemiddelde is 87,2%, dat wil zeggen dat er in sommige ziekenhuizen ruimte is voor verbetering. Landelijk gezien is de situatie verbeterd ten opzichte van 2018 (84,1%) en zijn er geen grote problemen.

Twee punten worden in de toelichtingen genoemd: scholing en audits als aandachtspunten voor ontwikkeling tot 100%. UMCG (Groningen) geeft een mooi overzicht van belangrijke onderdelen van het pijnbeleid: '[infrastructuur] Verpleegkundigen en artsen kunnen voor postoperatieve patiënten 24/7 een beroep doen op de expertise van de afdeling anesthesiologie. [uitvoering] Patiënten bij wie na een operatie gekozen wordt voor een meer complexe vorm van pijnbestrijding worden dagelijks gezien door een consulent van de acute pijnservice. Voor niet-chirurgische patiënten met chronische, complexe of ernstige oncologische pijnproblematiek kan een beroep worden gedaan op het APC (anesthesiologisch pijncentrum). [beleidskeuzen] Het UMCG stelt zich op het standpunt dat pijnmetingen alleen uitgevoerd hoeven worden als deze metingen bijdragen aan een beter behandelresultaat. Het UMCG protocol pijnmeting biedt daarom de ruimte het uitvoeren en registreren van de metingen te stoppen als de patiënt gedurende 24 uur en drie opeenvolgende metingen geen klachten rapporteert.' Het is van belang te weten of het beleid ook geldt bij kwetsbare groepen zoals bijvoorbeeld patiënten van 70 jaar en ouder met een colorectaal carcinoom en met een indicatie voor een chirurgische interventie. Noordwest ziekenhuisgroep (Alkmaar en Den Helder) geeft in de toelichting een mooi voorbeeld over hoe het pijnbeleid in het ziekenhuis is geïmplementeerd en geborgd met aandacht voor scholing: 'De APS van Noordwest voert per 2019 jaarlijks een audit uit en zet verbeterpunten en evaluatie van bestaande afspraken op de agenda van het APS overleg. Tevens wordt er drie tot vier keer per jaar structureel scholing gegeven op het gebied van pijnherkenning en pijnbestrijding. Daarnaast maakt een e-learning onderdeel uit van het inwerktraject voor verpleegkundigen. Ten behoeve van stuurinformatie wordt er momenteel een dashboard ontwikkeld.' Radboudumc (Nijmegen) komt met de volgende toelichting: 'Uitstekend functionerende pijnservice voor alle patiënten in het ziekenhuis, indien nodig. Geschoold personeel en veel aandacht voor organisatie, kwaliteit en veiligheid van het pijnbeleid in het gehele ziekenhuis. Geen reguliere audit per afdeling, meer op indicatie, zodoende 90 punten.' Het is goed dat het ziekenhuis trots is op het functioneren van de APS. Het ziekenhuis zou een verdiepende slag kunnen maken om in de toelichting aan te geven wat maakt dat de APS uitstekend functioneert. Hoe is de scholing ingericht? Hoe is de organisatie van het pijnbeleid in het ziekenhuis? En wat behelst kwaliteit en veiligheid van het pijnbeleid in het ziekenhuis? Voor de inspectie is het belangrijk inzicht te krijgen in de implementatie en borging van zorgprocessen en voor andere ziekenhuizen geldt dat zij van dit ziekenhuis zouden kunnen leren.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator Pijnconsultatie wordt in deze vorm voor het laatst uitgevraagd over verslagjaar 2020. Er zal binnen dit systeem aandacht worden blijven besteed aan pijn en pijnbeleid.

## 8 ZORG

### 8.4.1 Aanwezigheid van beleid , middelen voor toepassen vrijheidsbeperkende interventies (VBI)

### 8.4.2 Deskundigheid zorgprofessional

#### DOEL INDICATOR

Een goede en volledige implementatie van de handreiking VBI, resulterend in een gericht en tot een minimum beperkt gebruik van VBI. De kwaliteit van zorg verbeteren door preventie (minder gebruik van VBI) en proportionaliteit.

#### RICHTLIJN

[V&VN Handreiking: Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij...](#)

#### RISICO'S

Gebruik van VBI kan onder meer stress en psychisch lijden veroorzaken. Jaarlijks zijn er ernstige incidenten bij het toepassen van VBI. Het inzetten van de zwaardere vormen van VBI (VBI score 4 en 5) kan tot schade aan patiënten leiden. Het gebruik van VBI moet dan ook tot een minimum beperkt worden om calamiteiten te voorkomen, waarbij een beroep wordt gedaan op juridische, inhoudelijke en praktische kennis. Veel ziekenhuizen hebben wel een protocol, maar geen gezamenlijke aantoonbare visie en beleid over het gebruik en het terugdringen van VBI. Het toepassen van VBI kan gepaard gaan met aanzienlijke risico's op schade aan patiënten. Een adequaat scholingsprogramma (idealiter een gezamenlijke scholing van gediplomeerden verzorgenden/verpleegkundigen niveau drie of hoger én medisch specialist) is nodig om deze kennis op het gewenste niveau te brengen en houden.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

75 ziekenhuizen hebben één gezamenlijke aantoonbare visie van raad van bestuur, medisch specialisten en verpleegkundigen/verzorgenden voor het toepassen van VBI. Dit is gelijk aan het aantal in 2018. Martini Ziekenhuis (Groningen), Prinses Máxima Centrum (Utrecht), Spijkenisse Medisch Centrum en Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten) geven aan niet over een visie te beschikken. Van deze laatstgenoemde ziekenhuizen hebben het Martini Ziekenhuis en Ziekenhuis Nij Smellinghe wel een VBI protocol waarin mildere (VBI score 1-4) en zwaardere (VBI score 5) vormen van VBI worden genoemd. Het Prinses Máxima Centrum geeft in de toelichting aan dat het ziekenhuis bezig is met de implementatie van een VBI protocol: *'In 2020 wordt dit opgepakt. We hebben een protocol voor fixeren met VBI score 5 ("Fixeren: beleid bij minderjarige patiënt (Versie 2)"). Dit is echter nog niet van toepassing geweest. In 2020 volgen protocollen voor de overige VBI scores.'* Spijkenisse Medisch Centrum geeft de volgende toelichting: *'Er is alleen sprake van electieve chirurgie.'* Het feit dat er in een ziekenhuis alleen electieve chirurgie wordt verricht ontslaat een ziekenhuis niet van het hebben van een gezamenlijke aantoonbare visie voor het toepassen van VBI en een VBI-protocol waarin mildere (VBI score 1-4) en zwaardere (VBI score 5) vormen van VBI worden genoemd.

Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) heeft nog geen VBI-protocol waarin mildere (VBI score 1-4) en zwaardere (VBI score 5) vormen van VBI worden genoemd. De toelichting van dit ziekenhuis laat wel zien welke stappen genomen moeten worden bij zo'n geïmplementeerde visie: *'De visie is eind 2019 ontwikkeld binnen een werkgroep VBI. De visie wordt begin 2020 voorgelegd aan de directie en opgenomen in de procedure VBI. Eind 2019 is een werkgroep VBI gestart waarin naast een visie ook een nieuwe beslisboom is ontwikkeld. Mildere en zwaardere vormen worden nu opgenomen in de nieuwe procedure. De categorieën vanuit de V&VN worden aangehouden.'* Een dergelijk tijdspad in een toelichting is belangrijk. Het laat zien dat de plannen die in het verslagjaar 2018 werden aangekondigd ook zijn uitgevoerd. Ook het Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) heeft nog geen VBI-protocol waarin mildere (VBI score 1-4) en zwaardere (VBI score 5) vormen van VBI worden genoemd. Zij geven de volgende toelichting: *'In het Alexander Monro Ziekenhuis*



worden patiënten preoperatief uitgebreid gescreend. Door de screening op kwetsbaarheid met name op psychogeriatrische complicaties en de algemene exclusie van belaste psychiatrische patiënten worden er geen patiënten opgenomen of behandeld waarbij sprake zou kunnen zijn van VBI.' Deze toelichting maakt niet duidelijk waarom het ziekenhuis geen VBI-protocol heeft. Ondanks preoperatieve screening op kwetsbaarheid met name op psychogeriatrische complicaties en de algemene exclusie van belaste psychiatrische patiënten, kan het voorkomen dat bij een opgenomen patiënt VBI moet worden toegepast.

Dit is het eerste jaar dat data over de frequentie van toepassing van VBI score 5 beschikbaar is. In totaal werd in Nederland in 2019 tenminste 6.358 keer VBI score 5 toegepast bij klinisch opgenomen patiënten. Landelijk gezien is dat een gemiddelde van 0,4%. Er is sprake van een enorme spreiding in aantal patiënten (0 tot 419) én het percentage klinisch opgenomen patiënten waarbij een VBI score 5 is toegepast (0 tot 6,1%). Dit is des te belangrijker omdat het uitgangspunt is dat dit (bijna) nooit nodig zou moeten zijn. Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) geeft aan waarom het zo'n lage frequentie heeft: 'In het Diakonessenhuis is vanuit de wens en expertise op de werkvloer (bottom-up) beleid ontwikkeld om niet meer te fixeren op de locatie Zeist. Dit beleid is ontwikkeld in gezamenlijkheid met VBI aandachtsvelders, de Verpleegkundige Advies Raad, medische specialisten, het management en de RvB. In navolging van locatie Zeist is ook op locatie Utrecht de wens aanwezig om niet meer te fixeren, wat al terug is te zien in de ziekenhuisbrede cijfers. Eind 2019 zijn er acties uitgezet om het niet-fixeren beleid in 2020 ook officieel als ziekenhuisbreed beleid te implementeren.' Op basis van de cijfers kan de conclusie zijn dat het beleid al in Utrecht is ingevoerd. Het probleem bij deze verder uitstekende toelichting is dat het vragen oproept over de resultaten over 2019. Gaat die wens van Utrecht voor 2020 om niet meer te fixeren over die twee laatste incidenten, in welk geval een felicitatie op zijn plaats is? Of zijn er toch meer gevallen in Utrecht die niet in de resultaten zijn opgenomen? Het MUMC+ (Maastricht) geeft in de toelichting aan geen zicht te hebben op het aantal patiënten waarbij een VBI score 5 is toegepast: 'Er zijn 285 VBI documenten aangemaakt in 2019, maar hierbij is niet duidelijk hoeveel daarvan er categorie 5 zijn. Geen mogelijkheid om teller open te laten.' Het is belangrijk dat een ziekenhuis dit constateert waarbij de volgende stap dan wel zou moeten zijn welke verbetermaatregelen getroffen wordt. Dit komt in deze toelichting niet naar voren. Dit blijkt meer uit de toelichting van: 'VBI score toepassen in EPD voor opgenomen patiënten is in ontwikkeling. Momenteel wordt er een toelichting van VBI in de cursus genoteerd.' Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) en St. Jansdal, locatie Lelystad geven aan dat het bekend is bij hoeveel klinisch opgenomen patiënten een VBI score 5 is toegepast. Beide ziekenhuizen hebben in het verslagjaar 2019 bij geen enkele klinisch opgenomen patiënt VBI score 5 is toegepast. Dit is een mooi resultaat. Ook voor andere ziekenhuizen is het interessant om te vernemen hoe deze ziekenhuizen tot dit resultaat gekomen zijn. Helaas geven beide ziekenhuizen hierop geen toelichting. Daarnaast zijn er meerdere ziekenhuizen met opvallend lage percentages welke helaas geen toelichting geven hoe men aan dit goede resultaat is gekomen. Een inhoudelijk goede toelichting over een goed resultaat kan informatief zijn in het kader van leren en verbeteren.

In 72 ziekenhuizen vindt er cyclisch, met een frequentie van tenminste iedere vijf jaar, theoretische en/of praktische scholing plaats op het thema VBI voor gediplomeerden verzorgenden/verpleegkundigen niveau drie of hoger plaats. Het voornaamste verschil is dat de ziekenhuizen die in 2018 alleen praktisch onderwijs aanboden nu aangeven geen scholingsprogramma te hebben en dit in 2020 verplicht gaan stellen. Het is lastig als vragen inconsistent worden ingevuld. Een voorbeeld is Treant Zorggroep (Hoogeveen, Emmen en Stadskanaal). De toelichting is geruststellend: 'Binnen Treant Zorggroep heeft de e-scholing een te vrijblijvend karakter gehad. In 2020 zal de scholing verplicht worden gesteld.' Treant Zorggroep beoordeelt de eigen situatie als onvoldoende en geeft aan welke maatregel genomen gaat worden. Alleen meldt het ziekenhuis ook op dit moment geen enkele onderwijsvorm aan te bieden. Daarmee is het onduidelijk welke opleiding verplicht gesteld zal worden in 2020.

Het is duidelijk dat het onderwijs aan A(N)IOS en medisch specialisten in het toepassen van VBI nog aan het begin van de ontwikkeling staat. 21 ziekenhuizen houden bijeenkomsten, bij 34 ziekenhuizen is e-learning voor A(N)IOS en medisch specialisten beschikbaar en bij 34 ziekenhuizen is er bedside teaching. De kern van het

beleid is dat het goed besluiten over en toepassen van VBI een samenwerking vraagt van verpleegkundigen, A(N)IOS en medisch specialisten. Op dit punt is er duidelijk nog veel te winnen.

Het Amsterdam UMC, locatie VUmc (Amsterdam) geeft aan geen cyclisch theoretische en praktische scholing aan te bieden, maar laat in een toelichting wel zien welke componenten aanwezig moeten zijn en hoe deze in elkaar grijpen: 'Het verschilt per afdeling in hoeverre zorgprofessionals praktisch en theoretisch geschoold worden over VBI en het voorkomen daarvan. Vanuit de afdeling Ziekenhuispsychiatrie wordt op verzoek van afdelingen zelf bedside teaching gegeven over voorkomen van VBI, afschalen van dwang en gebruik van Zweedse banden. VBI maakt deel uit van het basispakket verplichte vaardigheidstoetsing verpleegkundigen. De herhaalfrequentie is vastgesteld op 4 jaar. Nieuwe VUmc verpleegkundigen hebben 6 maanden de tijd om alle toetsen te halen. Toetsing wordt geregistreerd in het leermanagementsysteem en is voor de medewerker en de leidinggevende zichtbaar op een bekwaamheidsdashboard. Eind 2019 is een Amsterdam UMC brede werkgroep (preventie) VBI gestart. Eén van de opdrachten van de werkgroep is het ontwikkelen van een scholingsprogramma voor artsen (i.o.) en verpleegkundigen. Er wordt gewerkt aan het beschikbaar stellen of ontwikkelen van verschillende scholingsmiddelen (zoals e-learning, klinische lessen, filmpjes), maar ook aan het organiseren van randvoorwaarden rondom scholing (denk aan het inzetten van aandachtsvelders op afdelingen die periodiek geschoold worden of experts die scholing kunnen geven op afdelingen). In de loop van 2020 worden hiervan de eerste resultaten verwacht.'

Een aantal ziekenhuizen laat in een inhoudelijk goede toelichting zien dat zij scholing voor A(N)IOS en medisch specialisten hebben geïmplementeerd. Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis (Tilburg): 'De e-learning is opgenomen in het ziekenhuis brede introductieprogramma voor alle artsen / physican assistents / verpleegkundig specialisten en heeft een verplichtend karakter.' Deze toelichting mist een beschrijving van de opleiding van het zittende personeel. Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne): 'Alle afdelingen (verpleegafdelingen, SEH, IC, avond/nachthoofden en ergotherapie) hebben een aandachtsvelder VBI. Deze aandachtsvelders komen vier keer per jaar bij elkaar voor theoretische en praktische scholing en casuïstiekbespreking. Deze aandachtsvelders hebben de taak om het VBI beleid over en uit te dragen naar hun afdeling. Momenteel is een e-learning VBI in ontwikkeling t.b.v. de scholing van verpleegkundigen (ziekenhuisbreed). De aandachtsvelders VBI zijn verplicht om aan de VBI bijeenkomsten deel te nemen. De bedside teaching wordt verzorgd door de verpleegkundig specialist geriatrie, een verpleegkundige van de GAAZ en een geriater. Vanaf 2020 maakt VBI onderdeel uit van het 'Discipline overstijgend onderwijs' (t.b.v. arts-assistenten, physican assistents, verpleegkundig specialisten en co-assistenten) wat verzorgd gaat worden door de verpleegkundig specialist geriatrie en de geriater.' Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag): 'Naast theoretische scholing is op verzoek ook bedside-teaching beschikbaar voor artsen vanuit de consultatief verpleegkundigen en de ziekenhuispsychiaters. Scholing van artsen door de ziekenhuispsychiaters is met name gericht op kennis rond indicatiestelling, informatievoorziening en toestemming patiënten c.q. wettelijk vertegenwoordigers m.b.t. VBI. Scholing rond het daadwerkelijk toepassen is meer onderdeel van de verpleegkundige scholing.' Haga Ziekenhuis (Den Haag): 'Er is een vijfjaarlijkse plenaire training voor medische specialisten/arts assistenten. Deze training wordt door de hoofdtrainer VBI gegeven. samen met de assistent trainer VBI. Alle nieuwe arts assistenten worden tijdens de introductiedag als groep getraind. Deze training wordt door de hoofdtrainer VBI gegeven. samen met de assistent trainer VBI3. Iedere afdeling heeft één of meerdere afdeling trainers. Zij geven desgewenst training on the job. Een e-learning voor medisch specialisten en arts assistenten is voor 50% gereed; Q3-2020 naar verwachting beschikbaar.' Andere ziekenhuizen kunnen hieraan een voorbeeld nemen.

Het verschil tussen de oorspronkelijke en de nagestuurde toelichting geeft aan hoe groot het belang is van het opnemen van contact met de verantwoordelijke zorgprofessional. Na contact van de inspectie met de werkgroep heeft ziekenhuis Rijnstate (Arnhem) de volgende uitgebreide inhoudelijke toelichting gegeven: 'In 2018 is het beleid t.a.v. VBI in een multidisciplinaire werkgroep beschreven. De werkgroep bestaat uit de manager zorg, kwaliteitsfunctionaris, een neuroloog, een psychiater, een geriater, een intensivist, een verpleegkundige vanuit de verpleegkundige advies raad en een verpleegkundig specialist geriatrie. Het beleid

VBI, nee tenzij... is leidend geweest. Met de komst van dit nieuwe beleid is er ook een pilot gestart (tot eind 2018) waarbij er gekeken is naar effecten van een multi-pele interventie strategie (scholingen artsen en vpk, inzet van nieuwe mildere VBI's en coaching on the job). In de analyse van 2019 bleek dit ook effectief te zijn op het aantal zware VBI's. Verdere uitrol naar andere afdelingen zal nog volgen. Naast de pilot is er gestart met alle nieuwe medewerkers die bevoegd zijn om VBI toe te passen deze te scholen in het nee tenzij beleid. Ook is de e-learning en het protocol aangepast op meer inzetten van preventieve maatregelen, dan wel mildere interventies. Het huren van een tentbed en laag-laag bedden is nu ook mogelijk. Tevens heeft het Rijnstate het programma Beter Ouder 2.0, hierbij willen we een vervolg geven aan de eerdere projecten rondom kwetsbare ouderen. Het doel hierbij is een betere kwaliteit van zorg en uiteindelijk minder complicaties en functieverlies, maar ook minder heropnames en verkorte van de ligduur. VBI is hier een onderdeel van. Samen met de aandachtsvelders vanuit dit project werd er gesproken over het ontwikkelen van interactieve leerinterventies. Hier door zijn er de volgende leerinterventies ontwikkeld.

Escape tas: De escapetas is afgeleid van het concept escaperoom. Waar je bij een escaperoom op een fysieke locatie met een groep doormiddel van puzzels en raadsel binnen een bepaalde tijd te ontsnappen, zorg je er bij deze tas voor de patiënt zo goed mogelijk door de ziekenhuis opname te krijgen. Het voordeel van de tas is dat er op elk moment op elke plek kan spelen. Alleen het gebruik van een computer met intranet is nodig. De tas bevat meerder vragen en opdrachten die binnen 1 uur moet worden opgelost. Ook persoonlijke spullen van de patiënt kunnen je verder helpen. De onderwerpen die hierin verwerkt zijn vrijheidsbeperkende interventies, delier en ouderen mishandeling. Je vergroot zo je kennis over kwetsbare ouderen. En zorg je ervoor dat je je meer bewust bent om verpleegproblemen te signaleren. Daarnaast bevordert het de onderlinge samenwerking.

Pubquiz: De pubquiz bevat per ronde kennisvragen over ouderen mishandeling, delier, vrijheidsbeperkende interventies en slikscreening. De pubquiz wordt gespeeld in teams en voor elke vraag zijn er punten te verdienen. Het team wat het meeste punten verzameld wint de pubquiz. Naast open en gesloten vragen is er ook een fotoronde en een muziekronde. Het spelen van de pubquiz levert onderling discussie op waarbij eigen kennis en inzichten naar voren komen en bij anderen getoetst kunnen worden.' Het ziekenhuis heeft innovatieve verbetermaatregelen getroffen waar andere ziekenhuizen die het zorgproces (nog) niet volledig hebben geoptimaliseerd, van kunnen leren en verbeteren.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst in deze vorm uitgevraagd. Ook in een nieuw format van de basisset zal aandacht blijven voor VBI.

## 9 ONCOLOGIE

### 9.1.1 Vast aanspreekpunt in de oncologische keten

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen duidelijkheid over de contactpersoon voor patiënten en andere zorgverleners.

#### RICHTLIJN

##### [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#)

Voor de patiënt is altijd duidelijk wie van de betrokken zorgverleners het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger.

#### RISICO'S

Indien onduidelijk is voor de patiënt wie het aanspreekpunt is bestaat de kans dat de patiënt tegenstrijdige informatie krijgt met als gevolg dat de patiënt adviezen en instructies minder goed opvolgt en er angst en onzekerheid ontstaat die te vermijden is. Als het voor andere zorgverleners niet duidelijk is wie het aanspreekpunt is, vergroot dat het risico op verschillende informatie aan de patiënten of extra belasting bij het vinden van de juiste contactpersoon.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Ten opzichte van voorgaande verslagjaren is ook dit verslagjaar een vergelijkbare gemiddeld percentage patiënten met borstkanker met een zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg van 97,9% (2018: 98,2%). Bij patiënten met darmkanker is dit percentage 96,7% (2018: 98,2%).

Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) heeft uitzonderlijk lage percentages in vergelijking met het landelijk gemiddelde: 63,3% voor patiënten met borstkanker en 5,5% voor patiënten met darmkanker. In de toelichting geeft het ziekenhuis aan dat: **'100 van de patiënten heeft een aanspreekpunt. maar we registreerden dit tot op heden in platte tekst en/of visitekaartje niet met een vinkje. Binnenkort zullen we dit anders registreren.'**

Het ziekenhuis heeft onvoldoende inzicht in de mate waarin patiënten met borstkanker of darmkanker, een zorginhoudelijk aanspreekpunt heeft. Er ontbreekt een verbeterplan zodat het werkproces rondom oncologische zorg inzichtelijk wordt.

Vrijwel alle andere ziekenhuizen hebben het werkproces zorginhoudelijke aanspreekpunt voor oncologische zorg voor patiënten met borstkanker of darmkanker op orde.

De nadruk is verschoven naar de toelichtingen, die ook hier meestal informatiever zijn dan de voorgaande jaren. De aantallen per jaar fluctueren sterk. Een opvallend voorbeeld hiervan is Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam). Dit ziekenhuis rapporteerde in 2018 over 7.524 patiënten en in 2019 over 1.234 zonder toelichting. Gelre ziekenhuis daalt van 2.609 naar 319. Dit is een verklaring waarom er in 2019 circa 6.500 minder patiënten zijn opgenomen in de indicator. Bij darmkanker is de daling circa 3.800 patiënten van 18.382 naar 14.591.

Een vast contactpersoon heeft twee aspecten. De patiënt moet weten wie het aanspreekpunt is, maar ook de andere zorgverleners moeten dat weten. Zij moeten immers weten wie zij kunnen benaderen om of de boodschap over te brengen of aanwezig te zijn bij bijvoorbeeld een slecht nieuws gesprek, met als doel de continuïteit in de zorgverlening aan de patiënt te garanderen. Radboudumc (Nijmegen) was vorig jaar het enige ziekenhuis dat deze informatie niet in het patiëntendossier vastlegde. Dit jaar is dat duidelijk veranderd en geeft het ziekenhuis een adequate toelichting. Het ziekenhuis beoordeelt zelf de resultaten als **'nog niet optimaal'** en geeft de volgende toelichting: **'Elke patiënt heeft een casemanager als zorginhoudelijk aanspreekpunt. Dit werd de afgelopen jaren vastgelegd in het EPD van de patiënt, zichtbaar voor de andere zorgverleners, maar niet in een discreet veld waardoor wij geen percentage konden aanleveren. In de loop van**

2019 is een discreet veld geïmplementeerd waardoor wij nu wel een percentage kunnen opleveren. De getallen zijn nog niet optimaal omdat het veld pas gedurende het jaar is geïmplementeerd.' Radboudumc blijft achter in vergelijking met het landelijk gemiddelde: 64,9% voor patiënten met borstkanker en 30,1% voor patiënten met darmkanker. De toelichting is wel optimaal, omdat zo voor de inspectie duidelijk is dat het ziekenhuis voldoende inzicht heeft in de eigen situatie.

Het coördineren van contacten met een patiënt over verschillende locaties is ingewikkeld, zeker als het zorgproces over meerdere locaties wordt uitgevoerd. De toelichtingen van de radiotherapeutische instituten laten ook iets van deze problemen zien: Instituut Verbeeten (Tilburg): 'Uitgaande van het hoofdbehandelaarschap is binnen het Instituut Verbeeten de eigen RTO het zorginhoudelijke aanspreekpunt.' Voor 1.059 patiënten. Het is duidelijk dat de patiënt bij het doorlopen van het zorgtraject nog steeds te maken zal krijgen met meerdere contactpersonen, die nu wel (bijna) altijd in het dossier staan vermeld. Casemanagers worden wel steeds vaker ingezet. Helaas vermeldt de toelichting niet hoe de eenheid van het contact wordt bewaard in dit geval. Enige informatie in de toelichting over bijvoorbeeld patiëntervaringen op dit gebied zouden helpen.

De toelichting van St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) geeft ook een beeld van de ontwikkeling: 'Deze indicator is gebaseerd op kwartaal 4 van 2018. I.v.m. de overgang naar een nieuw EPD zien we in de eerste kwartalen nog een onder registratie. Kwartaal 4 is het meest representatief. Vergeleken met vorig jaar is er een vaste plek in het EPD waar het zorginhoudelijk aanspreekpunt ook te vinden is voor alle betrokken zorgverleners en voor de patiënt via het patiënten portaal. Er zijn acties gestart om het percentage in 2019 omhoog te krijgen. Daarnaast krijgen patiënten ook mondeling en schriftelijk toegelicht wie hun vaste aanspreekpunt is.'

Opvallend is dat meer en meer ziekenhuizen een goede toelichting bij eigen resultaten geven. Dit is in lijn met de doorgemaakte ontwikkelingen in 2018. De inspectie spreekt het vertrouwen uit dat de Nederlandse ziekenhuizen die oncologische zorg aanbieden, de verbeteringen die zijn ingezet met betrekking tot een zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg, behouden zullen blijven in de toekomst.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2018-2020

Deze indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 9 ONCOLOGIE

### 9.2.1 Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten

#### DOEL INDICATOR

Stimuleren van tijdige behandeling neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten.

#### RICHTLIJN

##### [Borstkanker, neo-adjuvante systemische therapie](#)

De richtlijn geeft wel indicaties voor neo-adjuvante therapie, maar geeft geen norm voor een maximaal interval tussen diagnostiek en start van de behandeling.

#### RISICO'S

Een langere wachttijd tussen de diagnose en de start van de behandeling vergroot de kans op uitzaaiingen en vergroot de periode van onzekerheid bij de vrouw.

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland en een belangrijke doodsoorzaak<sup>4</sup>. Borstkanker treft een grote groep patiënten.

Op basis van de huidige inzichten is er geen verschil zichtbaar in uitkomsten tussen adjuvante en neo-adjuvante therapie. Er is wel een verschil in indicatiegebied en een mogelijk verschil in patiënten voorkeur. Het effect van de chemotherapie is immers zichtbaar bij neo-adjuvante - en onzichtbaar bij adjuvante therapie.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 2019 is het aantal patiënten met 18% toegenomen (met meer dan 500 naar 3.395 patiënten). Het absolute aantal patiënten dat tijdig, binnen vijf weken, behandeld werd is gestegen met 13%. Het percentage tijdig behandelde patiënten is licht (3,1%) gedaald ten aanzien van verslagjaar 2018. De trend binnen deze indicator laat zich beschrijven als het systematisch toenemen van het aantal patiënten met neo-adjuvante therapie (van 2.354 in 2016 naar 3.395 in 2019). Daarbij blijft het percentage patiënten dat binnen vijf weken start met de behandeling vrijwel gelijk (dat varieert tussen 81 en 84%).

Evenals in voorgaande jaren is de spreiding in de start van aanvang van neo-adjuvante chemotherapie na diagnose tussen ziekenhuizen groot (23% tot 100%). Dit is geen indicator met een doelstelling van 100%. Het is wenselijk dat de patiënt binnen vijf weken start met de behandeling, tenzij patiënt of inhoudelijke redenen vragen om meer tijd.

Ook hier neemt de kwaliteit van de toelichtingen toe. Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne) geeft een zeer gedegen analyse en concreet uitgewerkte verbeterpunten: 'Er is een nadere analyse uitgevoerd op de patiënten waarbij de termijn van 5 weken is overschreden. Deze laat het volgende zien (...) Om beter op de termijn van de start van de behandeling toe te zien, zijn een aantal aanpassingen in het werkproces doorgevoerd:- Andere planningswijze, bewustere planning. Hiervoor wordt op het voorblad in het EPD en op het MDO formulier de uiterste datum (5 weken na biopt) vermeld, waardoor inzichtelijk is, waarop de patiënt uiterlijk moet starten met de behandeling met chemotherapie. Deze datum gebruiken de planners bij de planning van de eerste kuur. Bij het MDO is deze datum van belang zodat indien uitgebreider onderzoek nodig is, meer druk op de planning van het onderzoek kan worden gezet.- De gesprekken waarbij de patiënt geïnformeerd wordt over de kuur vinden op twee vaste momenten in de week plaats, waardoor deze informatiegesprekken structureel op korte termijn kunnen plaatsvinden.- De capaciteit op de behandelkamer is toegenomen, doordat het aanwezige personeel van de behandelkamer niet meer gelijktijdig pauze neemt.' Martini Ziekenhuis (Groningen) schrijft een goede analyse met verbeterpunten en een duidelijke eigen

<sup>4</sup> IKNL. Mammacarcinoom. Kankerzorg in beeld. Januari 2014.

conclusie over de eigen resultaten: 'De doorlooptijd is al langer aan de hoge kant, daarom zijn een tweetal maatregelen ingezet'. Dat klopt overigens met 58,6% binnen 5 weken, een daling ten opzichte van 2018 (72%). Het ziekenhuis laat hiermee ook zien hoe goed kwaliteitsbeleid gebruikt kan worden om een tegenvallende uitslag op te vangen. Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) blinkt uit in zijn analyse van knelpunten en de beschrijving ervan: 'In 2019 is er een periode geweest waarin er wachttijden waren voor de PET en 3T MRI's van 3-4 weken.' De drie toelichtingen zijn te lang om integraal op te nemen, maar geven ieder een uitstekend voorbeeld. Er is een uitslag, die wordt geanalyseerd en geïnterpreteerd door het ziekenhuis, er is een conclusie waarop maatregelen gebaseerd zijn.

Bij deze indicator worden ook regelmatig goede uitslagen van een toelichting voorzien, vrijwel altijd door een beschrijving van de patiënten met vertraging. Een dergelijke toelichting neemt veel vragen van de inspectie weg. Toch zou er een verbetering mogelijk zijn. Meestal ontbreekt de conclusie van het ziekenhuis. Zijn er verbeteringen noodzakelijk?

Een mooi voorbeeld hiervan is Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen), dat vorig jaar al opviel door een goede toelichting met verbeterplannen: '3 patiënten doorlooptijd > 5 weken (35 dagen), met de volgende, patiënt gerelateerde redenen: 1. (38 dagen) Patiënt wilde eerst second opinion elders; 2. (36 dagen) Patiënt wilde bedenktijd en wilde vervolgens start na herfstvakantie; 3. (40 dagen) Nadere diagnostiek benodigd in verband met tweede afwijking zichtbaar op MRI.' Het ziekenhuis heeft een percentage van 91,2%, een toename ten opzichte van 2018 (75,0%). De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de plannen hebben gewerkt. Maar uiteindelijk kan in deze fase alleen het ziekenhuis zelf echt zeggen of de verwachte resultaten zijn bereikt.

UMCG (Groningen) en Amphia Ziekenhuis (Breda) hebben de laagste percentages (23,5% respectievelijk 47,3%) en geven beide geen toelichting. Het is niet te achterhalen of deze ziekenhuizen zicht hebben op eigen resultaten laat staan dat er verbetermaatregelen zijn getroffen om te komen tot betere resultaten. De inspectie gaat met beide ziekenhuizen hierover in gesprek.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.



## 9 ONCOLOGIE

### 9.3.1 Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA

#### DOEL INDICATOR

Een lerende organisatie heeft (ook) uitkomstgegevens nodig om van te leren. Het uiteindelijke doel is het verkrijgen van goede gegevens om de eigen zorg te kunnen verbeteren.

#### RICHTLIJN

##### [SONCOS normen voor oncologische zorg](#)

Zorginstellingen die longkanker behandelen, longresecties verrichten en/of behandelen met radiotherapie, nemen deel aan de landelijke registraties hiervan, de Dutch Lung Cancer Audit (DLCA), de Dutch Lung Surgery Audit (DLSA) en de Dutch Lung Radiotherapy Audit (DLRA).

#### RISICO'S

Indien er niet wordt deelgenomen aan een landelijke registratie bestaat de kans dat er onvoldoende inzicht is in het eigen handelen, met als gevolg dat problemen langer blijven bestaan.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 25 ziekenhuizen in Nederland worden patiënten gediagnosticeerd met en/of behandeld aan een primair niet-kleincellig longcarcinoom. In 2019 was het aantal patiënten met een primair niet-kleincellig longcarcinoom 11.672. Het aantal is constant over de afgelopen vier verslagjaren. Deze indicator heeft zijn doel bereikt. De registratie van gediagnosticeerde patiënten (DLCA) is gemiddeld 95,9% (een toename van het gemiddelde van 7,2% ten opzichte van 2018), radiotherapie (DLRA) registreert gemiddeld 98,1% (een toename van het gemiddelde van 11,0% ten opzichte van 2018) en longchirurgie (DLSA) 99,9% (een toename van het gemiddelde van 2,9% ten opzichte van 2018). Deze resultaten zijn evident beter dan bij aanvang van de uitvraag van deze indicator.

Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) heeft het laagste percentage (72,3%) in de DLCA geregistreerde patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en behandeld in het ziekenhuis en geeft hierover geen toelichting. MUMC+ (Maastricht) heeft eveneens een laag percentage (72,7%) en komt met de volgende toelichting: '[Verwezen patiënten uit andere centra voor diagnostiek en behandeling zijn al in DICA van verwijzend ziekenhuis geregistreerd](#)'. Met deze toelichting wordt het niet duidelijk welk percentage patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en behandeld in MUMC+ zijn geregistreerd in de DLCA. Het ziekenhuis moet analyseren welk percentage patiënten primair gediagnosticeerd in MUMC+ daadwerkelijk worden geregistreerd in de DLCA. Daarnaast moet het ziekenhuis in overleg met verwijzende ziekenhuizen om na te gaan welk percentage, voor behandeling verwezen patiënten is geregistreerd in de DLCA. Dit met als doel dat het ziekenhuis inzicht heeft in het eigen handelen en indien nodig verbetermaatregelen moet treffen. Ook UMCG (Groningen) en VUmc (Amsterdam) hebben percentages (85,7% en resp. 87,1%) lager dan de P10 (87,5%) en geven hierover geen toelichting. Voor bovenstaande vier ziekenhuizen geldt dat zij hun werkprocessen omtrent registratie in de DLCA moeten analyseren en verbeteren.

Medisch Spectrum Twente (Enschede) heeft het laagste percentage (85,5%) aantal in de DLRA geregistreerde patiënten dat in opzet curatief bestraald is in verband met een niet-kleincellig longcarcinoom en geeft hierover geen toelichting. Ook Instituut Verbeeten (Tilburg) heeft een percentage (90,8%) lager dan de P10. Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) en UMCU (Utrecht) hebben percentages gelijk aan de P10. Geen van deze ziekenhuizen geven een inhoudelijke toelichting. Voor bovenstaande vier ziekenhuizen geldt dat zij hun werkprocessen omtrent registratie in de DLRA moeten analyseren en verbeteren.



Het percentage patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom, dat een resectie onderging voor een niet-kleincellig longcarcinoom waarvan de gegevens in de DLSA registratie zijn ingevuld is landelijk nagenoeg 100%. Een uitzonderlijk goed gezamenlijk resultaat van de vijftien Nederlandse ziekenhuizen waar long chirurgische ingrepen worden uitgevoerd bij patiënten met een primair niet-kleincellig longcarcinoom.

Dit verslagjaar zijn net als vorig jaar zijn universitaire centra oververtegenwoordigd bij de ziekenhuizen onder de P10: Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) levert data bij 17 patiënten over diagnostiek (DLCA) en 340 bij de radiotherapeutische behandeling (DLRA). Zij gaven in 2018 als verklaring: 'Het AVL is een expertisecentrum en ziet (voor medisch oncologische behandeling) vooral patiënten na doorverwijzing vanuit een ander ziekenhuis. De behandeling en resultaten van het AVL zijn daarmee niet vergelijkbaar met andere ziekenhuizen, en daarom is deze registratie(last) op deze manier voor het AVL niet zinvol'. In 2019 wordt geen toelichting gegeven. Dat wil zeggen dat mogelijk nog steeds een (onbekend) aantal complexe patiënten ontbreekt in de registratie. Het kan ook zijn dat dit ziekenhuis een beperkte rol speelt bij de primaire diagnostiek. De inspectie zal hier nadere toelichting bij vragen.

UMCU gaf vorig jaar en in 2018 een verklaring waarom het niet was gelukt om de data tijdig aan te leveren. In 2019 is de registratie evident beter op orde; DLCA 94,7%, DLRA 95,1% en DLSA 100%.

De SONCOS-normen zijn minimumnormen waaronder geen zorg mag worden verleend. De meest bekende daarvan zijn de volumennormen. Inhoudelijke normen, zoals het aanleveren van goede data zodat kwaliteitsbevordering mogelijk is, is eenzelfde type norm. Het is gebruikelijk dat een instelling die niet aan een volumennorm kan voldoen moet stoppen. Er is nog geen ervaring met de handhaving van inhoudelijke normen. Dit jaar zijn er geen instellingen meer die systematisch niet aan de eis van deelname voldoen.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Gezien de resultaten wordt deze indicator over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 9 ONCOLOGIE

### 9.4.1 Failure to Rescue

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen van snel en juist handelen bij patiënten met complicaties na een resectie vanwege een primair colorectaal carcinoom zodat overlijden wordt voorkomen.

#### RICHTLIJN

[Coloncarcinoom](#)

#### RISICO'S

Bij resecties vanwege een primair colorectaal carcinoom kunnen ernstige complicaties optreden. De kans bestaat dat deze te laat herkend en behandeld worden met als gevolg dat de patiënt komt te overlijden, *'The patient failed to be rescued.'*

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De resultaten van de indicator van 2019 over de sterfte zijn in essentie gelijk aan die van 2018. In 2018 was het absolute aantal sterfgevallen 28% lager en was het sterftepercentage 15% lager ten opzichte van 2017. De daling in absolute en relatieve sterfte heeft zich niet voortgezet in 2019. In 2019 is er een voortdurende daling van het aantal patiënten met ernstige complicaties met 23%. Dat komt bovenop de daling van 10% in het voorgaande verslagjaar. In 2018 schreef de inspectie: 'Als deze resultaten weer behaald worden over 2019, is dat een geweldig resultaat!' Het resultaat in 2019 is een stuk beter, de sterfte over 2019 ligt 42% lager dan 2016, 19% lager dan 2018.

Er zijn net als in 2018 eigenlijk weinig spectaculaire veranderingen in individuele ziekenhuizen, dit komt ook door de vaak lage aantallen. De verandering is vooral zichtbaar op geaggregeerd niveau.

Er is nog steeds een aanzienlijke spreiding in sterftcijfers tussen individuele ziekenhuizen, ook bij grote aantallen patiënten. Het aantal ziekenhuizen waar geen patiënten binnen 30 dagen na de ingreep, of tijdens de opname is overleden, is toegenomen van 7 naar 10. Voor Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) en Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) geldt dat nu voor drie opeenvolgende jaren. Dit vraagt om een goede analyse en uitwisseling van ervaring tussen ziekenhuizen. Eén van de doelstellingen van de Dutch ColoRectal Audit (DCRA) is de audit van zorgsystemen. Er lijkt hier ook dit jaar zeker ruimte voor goede audits. Dat geldt ook voor de ziekenhuizen boven de P90, zeker als zij meerdere jaren een hoog sterftepercentage hebben. Al geldt ook voor hen dat de veel ziekenhuizen een lager aantal ernstige complicaties hebben. Alle instellingen boven de P90 van de ernstige complicaties hebben een laag percentage gecorrigeerd voor *'failure to rescue'*.

Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten) en Zaans Medisch Centrum (Zaandam) hebben de hoogste percentages (26,9% resp. 26,7%) patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt en geven geen toelichting. Bij dergelijk afwijkende percentages in vergelijking met het landelijk gemiddelde en de landelijke verbeteringslag die gaande is, moeten beide ziekenhuizen eigen resultaten analyseren en verbetermaatregelen treffen. De inspectie verwacht dat de ziekenhuizen hierin hun verantwoordelijkheid nemen.

Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) geeft aan dat twee van de 58 (3,5%) patiënten dat een electieve resectie heeft ondergaan vanwege een colorectaal carcinoom, waarbij een complicatie is opgetreden en geeft een interessante toelichting: ['De zorg voor patiënten met een complex rectumcarcinoom is door ZonMW beoordeeld als topzorg en wordt gesteund met een subsidie van 3 miljoen voor onderzoek, onderwijs en zorg met patiënten participatie'](#). Alhoewel het begrijpelijk is dat het ziekenhuis deze beoordeling opneemt in de

toelichting vindt de inspectie het belangrijk dat het ziekenhuis daar zijn eigen conclusie aan toevoegt, zeker gezien het relatief hoge aantal complicaties.

Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal) heeft een 'failure to rescue'-percentage in de voorgaande drie verslagjaren boven de P90. In 2018 gaven zij de volgende toelichting: 'Het betreft een indicator over twee jaar met in totaal negen overledenen. Hiervan zijn drie patiënten in verslagjaar 2018 overleden.' De inspectie vond dat destijds hoopgevend omdat er een daling te verwachten was. Echter, in 2019 heeft het ziekenhuis met 8 van de 44 (16,7%) patiënten die binnen 30 dagen na de ingreep, of tijdens de opname is overleden, weer een percentage boven de P90. Het ziekenhuis geeft nu de volgende toelichting: 'Patiënten met gecompliceerd beloop zijn multidisciplinair besproken. Er wordt deelgenomen aan het SAZ project waardegedreven zorg bij darmkanker.' Uit deze toelichting blijkt niet welke verbetermaatregelen het ziekenhuis heeft ingesteld om de over de afgelopen vier jaren consistent hoge failure to rescue percentages aan te pakken. De inspectie verwacht naar aanleiding hiervan een verbeterplan met betere resultaten over 2020.

LUMC (Leiden) had eveneens in de voorgaande drie verslagjaren een failure to rescue percentage boven de P90. Dit verslagjaar is er zeker een verbetering opgetreden. Het ziekenhuis heeft met twee van de 32 (6,3%) patiënten die binnen 30 dagen na de ingreep, of tijdens de opname is overleden, een percentage onder de P90. Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan: 'Ondanks de daling ten opzichte van voorgaande jaren scoort het LUMC bij het gecorrigeerd percentage nog boven (9.1%) het landelijk gemiddelde (8.0%) (bron: Codman). Inhoudelijk hebben we hier geen verklaring voor kunnen vinden. Het gaat om kleine aantallen en correctie voor casemix.' Het ziekenhuis kan op dossier niveau analyse verrichten om na te gaan welke factoren hebben bijgedragen aan de failure to rescue bij de twee patiënten en hier zo mogelijk verbetermaatregelen uit destilleren.

Dijklander Ziekenhuis (Purmerend) heeft zowel in 2017 als 2018 een opvallend hoge 'ruwe' (44,4%) en gecorrigeerde (25,9%) sterfte, zonder toelichting.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt over verslagjaar 2020 over het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 9 ONCOLOGIE

### 9.5.1 Palliatieve radiotherapie botmetastasen

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen procesbeheersing en snelheid behandeling botmetastasen.

#### RICHTLIJN

[Streefnormen radiotherapie](#). Vastgesteld in 2018:

- Acuut is de streefnorm: Alle patiënten behandeld binnen 1 dag;
- subacuut is de streefnorm: 80% patiënten behandeld binnen 7 dagen en
- overig is de streefnorm: 80% patiënten behandeld binnen 21 dagen.

#### RISICO'S

Met een door de instelling veroorzaakte wachttijd voor behandeling van botmetastasen bestaat de kans op het niet of te laat behandelen van botmetastasen. Het gevolg is dat de patiënt mogelijk pathologische fracturen krijgt en in het geval van metastasen in de wervels en dientengevolge een dwarslaesie. Daarnaast kan een lange wachttijd leiden tot onnodige angst, onzekerheid en pijn bij de patiënt.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Het voornaamste verschil tussen de data over 2018 en 2019 zijn de adequate toelichtingen bij de data, vooral bij de instellingen met redelijk tot goede resultaten. Veel meer instellingen geven inzicht in de populatie en de verdeling. Enkele ziekenhuizen zijn zelf niet tevreden over hun resultaten en laten dat ook zien, inclusief maatregelen. De inspectie is benieuwd naar de effecten van die maatregelen.

De kengetallen over 2019 zijn voor de groep tot en met zeven dagen identiek aan 2018. De groep tussen zeven en tien dagen is gegroeid van 10,6% naar 12,5%. De groep langer dan tien dagen is gedaald van 659 patiënten naar 510 (5,4%). Dit is een goede ontwikkeling.

Er blijft een vrij grote groep ziekenhuizen waarbij het overschrijden van de termijn van tien dagen al meerdere jaren uitzonderlijk is. De koplopers van 2018 zijn dat ook 2019, maar hebben versterking gekregen: UMC Amsterdam (97,7% < 7 dagen), Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden) (96,4% < 7 dagen), Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) (90% < 7 dagen), HagaZiekenhuis (Den Haag) (90% < 7 dagen), Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) (88% < 7 dagen). Deze ziekenhuizen hebben over de afgelopen jaren een gemiddelde percentage van patiënten behandeld na tien dagen van 0% tot 1,4%. Zij excluseren daarbij (volgens deze opgave) geen patiënten waarbij de patiënt vraagt om een latere datum na verwijzing. Noordwest ziekenhuisgroep sluit zich dit verslagjaar hier bij aan (94%).

LUMC (Leiden) heeft een percentage patiënten dat tot en met zeven dagen na aanmelding is bestraald van 79,3% (88,0% in 2018) en geeft een toelichting waarbij de dynamiek van de planning duidelijk wordt: 'Tot en met juli 2019 heeft de afdeling de norm van 80 gehaald. Echter vanaf juli 2019 heeft de afdeling te maken gehad met een overall groter aanbod patiënten dan voorgaande jaren. Hierdoor zijn de wachttijden langer dan 7 dagen. Per patiënt heeft een triage plaatsgevonden om te beoordelen of een wachttijd van meer dan 7 dagen klinisch acceptabel was. In totaal zijn 9 patiënten behandeld met een wachttijd van meer dan 10 dagen. De wachttijd was in alle gevallen 11 dagen. Reden voor overschrijden van de 10 dagen grens waren feestdagen (bij 3 patiënten), grootte aanbod en beperkte capaciteit (5 patiënten) en miscommunicatie waardoor oproep van intake vertraagd was (1 patiënt).' Met deze toelichting zijn vragen over een vertraging ten opzichte van 2018 wel geheel beantwoord. Het probleem is duidelijk: meer aanbod. Het is duidelijk naar welke norm gerefereerd wordt, maar ook wat de medisch inhoudelijk goede actie is om te voorkomen dat er patiënten schade ontstaat.

Erasmus MC (Rotterdam) heeft een percentage patiënten dat tot en met zeven dagen na aanmelding is bestraald van 77,8% (58,3% in 2018) en stelt: 'Er zijn een aantal maatregelen genomen om de doorlooptijden te verkorten, zoals de uitbreiding van de palliatiepolikliniek, het invoeren van CT na poli. Dit is inclusief alle patiënten die een uitstel van bestraling hebben gekregen om een reden buiten onze invloed, zoals eigen verzoek patiënt, of lopende chemo of geplande operatie'. Deze toelichting laat zien dat de maatregelen uit de toelichting van 2018 effect hebben gehad.

Deze indicator is een uitzondering op de trend dat vooral tegenvallende uitslagen worden toegelicht. De drie ziekenhuizen met het laagste aantal patiënten binnen de norm geven geen toelichting. Radiotherapiegroep (Arnhem, Deventer en Ede) (60% < 7 dagen in 2019, 80% < 7 dagen in 2018) geeft een voorbeeld van een uitslag waarbij een toelichting echt noodzakelijk is, in ieder geval om te laten zien dat zij de terugval zelf ook hebben opgemerkt en deze te duiden.

Radboudumc (Nijmegen) heeft een percentage patiënten dat tot en met zeven dagen na aanmelding is bestraald van 67,2% en geeft de volgende toelichting: 'In deze invoer zijn bij A alle patiënten ingevoerd die binnen de norm vallen, ook met een geldige reden van vertraging. Bij B geldt hetzelfde (norm 11 dagen). Bij C zijn alle patiënten gerekend incl. geldige reden van vertraging en binnen 11 dagen behandeld. Q4 2019 (okt - dec) is 78 van patiënten tot en met 7 dagen na aanmelding bestraald.' Deze toelichting geeft een beeld van de patiënten populatie. Deze toelichting geeft echter analyse van de oorzaak of oorzaken van het lage percentage. Als de oorzaak of oorzaken bekend zijn kunnen verbetermaatregelen worden genomen.

Radiotherapiegroep en het Amsterdam UMC, locatie VUmc (Amsterdam) hebben hoge percentages patiënten dat > 10 dagen na aanmelding is bestraald van 20,2% resp. 18,8% en geven geen toelichting. Erasmus MC (Rotterdam) heeft eveneens een percentage >P90 (13,4%) van 14,0% en geeft in de toelichting aan een aantal maatregelen te hebben getroffen. Radiotherapiegroep en VUmc moeten naar aanleiding van eigen resultaten alsnog een analyse uitvoeren om te komen tot verbetermaatregelen. Erasmus MC heeft in de toelichting reeds een aantal verbetermaatregelen doorgevoerd. Het is van belang eigen werkprocessen te blijven monitoren ten einde eigen resultaten te optimaliseren.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Voor verslagjaar 2020 is de vraag naar een wachttijd tussen zeven en tien dagen vervallen en de vraag naar percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding is bestraald is in 2019 voor het laatst uitgevraagd.

## 10 HART EN VATEN

### 10.1.1 Behandeling patiënten met een STEMI

#### DOEL INDICATOR

Procesbeheersing bij patiënten met een *ST elevated myocardial infarction* (STEMI).

#### RICHTLIJN

[Richtlijn STEMI](#). In de richtlijn wordt een samenvatting gegeven van de essentiële parameters voor het evalueren van de kwaliteit van de behandeling van patiënten met een STEMI.

#### RISICO'S

Door onnodige vertraging in behandeling (door-to-needle en door-to-balloon tijden) bij patiënten met een STEMI neemt de kans op vermijdbare schade aan de hartspier toe (time is muscle).

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Opvallend bij deze indicator is hoe identiek de landelijke uitslagen van 2019 zijn aan die van drie voorgaande jaren. De uitslagen van de individuele ziekenhuizen kunnen echter sterk wisselen. Wat bij deze indicator wel enorm veranderd is, is de kwaliteit van de toelichtingen. Waar over 2018 het nog zeer uitzonderlijk was om een goede toelichting te geven bij een mogelijk matige uitslag, geven nu negen van de tien ziekenhuizen met de hoogste sterfte een duidelijke en inhoudelijke toelichting. Het is bekend dat de Nederlandse hartregistratie (NHR) ziekenhuizen voorziet van informatie en ondersteuning om deze analyse te kunnen doen. Dit is een uitstekende ontwikkeling. Het gaat er bij de indicatoren om dat het ziekenhuis de data zelf interpreteert en in de toelichting aangeeft tot welke conclusie zij komen over de kwaliteit van geleverde zorg.

#### **Opgang op de SEH**

In Nederland zijn 30 ziekenhuizen waar patiënten met een STEMI worden behandeld met een percutane coronaire interventie (PCI). Het is van belang dat patiënten met een (vermoeden op een) STEMI, primair naar deze ziekenhuizen worden verwezen. Het aantal patiënten met een STEMI dat eerst gezien wordt op een SEH van een ziekenhuis zonder de mogelijkheid van PCI is 1.253. Dit is een lichte stijging in vergelijking met het voorgaande verslagjaar. Het beloop was van 1.630 in 2016 naar 1.247 in 2017 en 1.157 in 2018. In de meeste ziekenhuizen is dit nu een zeldzaamheid.

Opvallende uitschieter in 2017 en nu weer in 2019 was Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen). Dat zowel het hoogste aantal patiënten met een STEMI had die eerst op de eigen SEH wordt gezien, als het hoogste aantal patiënten dat vervolgens geen PCI kreeg. Dit ziekenhuis liet over 2018 data zien die geheel in lijn zijn met de andere ziekenhuizen. Het ziekenhuis geeft geen toelichting op de verandering en is in 2019 weer op de oude positie van 2017. Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp en Heemstede) waarvan vorig jaar nog werd gemeld dat het een opvallende verbetering had laten zien in de afgelopen drie jaar heeft over 2019 weer de een na hoogste aantallen.

De indicator heeft voor alle andere ziekenhuizen zijn doel bereikt. Dit deel van de indicator is dit jaar voor het laatst in ziekenhuizen uitgevraagd door de inspectie.

#### **Percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (30 daagse sterfte of ziekenhuissterfte)**

De kengetallen rond sterfte (inclusief voor 2018 aantallen procedures) zijn identiek aan 2016 en 2017. Binnen de constante uitslagen zijn er wel verschuivingen in percentages. Geen van de ziekenhuizen die vorig jaar een opvallend lage sterfte hadden, hebben dat ook in 2018. ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) heeft nu vijf jaar achter elkaar een sterfte boven de P90. Het ziekenhuis geeft als enige ziekenhuis geen verklaring, net als voorgaande jaren. Het ziekenhuis heeft vorig jaar hier wel een verklaring over afgelegd tegen de lokale

pers.<sup>5</sup> De inspectie is hierover in gesprek gegaan met het ziekenhuis. Het ziekenhuis komt met de volgende verklaring: 'Het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (30 daagse sterfte), exclusief patiënten die in een reanimatiesetting zijn binnen gekomen, bedroeg bij ZorgSaam in 2019 3,11%. Berekend op basis van zeven overleden patiënten op een totaal van 225 patiënten. Met dit resultaat zet de daling van het sterfte percentage over de afgelopen jaren verder door. De door-to-needle tijd laat eveneens een verbeterd resultaat zien, in vergelijking met voorgaande jaren, met 15 minuten in 2019.

In het geval van de indicator 'sterfte na PCI voor STEMI' vindt geen case-mix correctie plaats, waardoor ZorgSaam een hoger percentage heeft t.o.v. het landelijk gemiddeld, gezien de oudere patiëntenpopulatie. De gemiddelde leeftijd van de overleden patiënten is 82 jaar, vermoedelijk hoger dan bij andere ziekenhuizen, vanwege de sterke vergrijzing in de regio. Het IGJ-percentage is gebaseerd op ruwe data, waarbij geen rekening gehouden wordt met verwachte mortaliteit, type infarct, grootte van het infarct, leeftijd van de patiënten. ZorgSaam heeft voor de data van 2018 en eerder in afstemming met de Nederlandse Hart Registratie een nadere analyse uitgevoerd waaruit blijkt dat ZorgSaam wel binnen de marge scoort, wanneer er wel een case-mix correctie plaatsvindt. Eén en ander is ook in 2019/2020 besproken met vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, welke tot dezelfde conclusie kwamen. Ter ondersteuning van deze verklaring: in de NHR data van ZorgSaam over 2019 is het gewogen (risico-gecorrigeerde) mortaliteitscijfer 30 dagen voor PCI 1,2% en hiermee onder het landelijk gemiddelde. Suggestie voor de IGJ is de benchmark te baseren op basis van de klinische registraties voor PCI's, gezien een betere vergelijking mogelijk is tussen ziekenhuizen op basis van case-mix correcties.'

In het verleden is vastgesteld dat de ziekenhuissterfte gemiddeld 30% lager is dan de 30 daagse sterfte. Dit jaar is dat verschil groter. 0,9% voor de vier ziekenhuizen met alleen ziekenhuissterfte, tegen 26 ziekenhuizen met een gemiddelde sterfte van 2,2%. Het is dan ook onduidelijk welk deel van het verschil toe te schrijven is aan de meetmethode. Om dergelijke interpretatieproblemen te voorkomen heeft de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) besloten per 2020 alleen 30 daagse sterfte als indicator toe te staan.

De toelichtingen zijn inhoudelijk evident toereikender in vergelijking met voorgaande verslagjaren. Hieronder volgen een aantal uitgebreide toelichtingen van een paar ziekenhuizen. Naar aanleiding van de resultaten van verslagjaar 2019 hebben meerdere ziekenhuizen aangegeven uitvoerige analyses te hebben verricht. Voor de inspectie is het goed te vernemen dat diverse ziekenhuizen op basis van de resultaten al dan niet in meer of mindere mate, eigen resultaten vergelijken met eerdere eigen resultaten én vergelijken met andere ziekenhuizen. De toelichtingen hebben een meerwaarde in het inzicht in de data. Voor de inspectie zou de volgende stap zijn als ziekenhuizen op basis van eigen analyse van de ziekenhuizen, verbetermaatregelen formuleren welke vervolgens weer gedeeld worden zodat ook andere ziekenhuizen mogelijk hiervan kunnen leren en verbeteren.

Veel ziekenhuizen geven inhoudelijke toelichtingen op behaalde resultaten. Een paar voorbeelden: UMCG (Groningen) geeft een uitgebreide toelichting: 'In verband met de hogere 30-daagse mortaliteit ten opzichte van voorgaande jaren (2016: 15 patiënten. 3.2; 2017: 15 patiënten. 3.1; 2018: 12 patiënten. 2.7), is er een aanvullende analyse (dossieronderzoek) verricht naar de 30-daagse mortaliteit van 2019. Deze liet zien dat van de 24 overleden patiënten waren er; a) 8 Patiënten met STEMI bij primaire en voor de prognose bepalende ernstige niet-coronaire diagnose (gemetastaseerde maligniteit, sepsis, fulminante systeemziekte, multi-orgaanfalen, ernstig kleplijden) b) 5 Patiënten met diepe cardiogene shock (inclusief noodzaak tot mechanische ondersteuning) c) 11 patiënten zonder bovengenoemde karakteristieken. Van de overige 44 (67 patiënten) hebben 51 patiënten de hartrevalidatie doorlopen in het verwijzend ziekenhuis. Bij 16 patiënten is wel hartrevalidatie aangeboden echter gedocumenteerde reden waarom hartrevalidatie niet is uitgevoerd (bijvoorbeeld; overleden/co morbiditeit/hoge leeftijd).' Het ziekenhuis laat hiermee zien dat het de resultaten van het meest recente verslagjaar vergelijkt met voorgaande verslagjaren. Hieruit blijkt een hogere 30-daagse

---

<sup>5</sup> <https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/118387/Inspectie-tikt-ZorgSaam-onterecht-op-de-vingers-sterfte-bij-ziekenhuis-niet-te-hoog>

mortaliteit ten opzichte van voorafgaande jaren. Het ziekenhuis voert hierop een aanvullende analyse (dossieronderzoek) uit. De analyse resulteert in een overzicht van mogelijke oorzaken van overlijden. Een volgende stap voor het ziekenhuis is om aan de hand van triggerpoints uit de dossiers, potentiële verbetermaatregelen te destilleren.

Medisch Spectrum Twente (Enschede) geeft eveneens een uitgebreide toelichting naar aanleiding van het relatief hoog percentage sterfte na PCI: 'Het relatief hoge percentage sterfte na PCI voor STEMI is uitgebreid onderzocht binnen de vakgroep. We komen tot de conclusie dat meest waarschijnlijk sprake is geweest van een natuurlijke variatie in aanbod van met name patiënten met ernstige, grote hartinfarcten in cardiogene shock, die door dit ziektebeeld zijn overleden ondanks een geslaagde dotter procedure. Mogelijk heeft de selectie van patiënten voor een primaire PCI een rol gespeeld en wij blijven kritisch kijken of patiënten die er reeds zeer slecht aan toe zijn wel geholpen zijn met een eventuele dotter behandeling, maar wij zien momenteel geen reden om onze werkwijze te veranderen. Wij blijven onze mortaliteitsgegevens vervolgen en evalueren.' Het is goed dat de vakgroep uitgebreid onderzoek heeft verricht naar aanleiding van het hoge percentage sterfte na PCI bij patiënten met een STEMI. Uit de toelichting blijkt echter niet waar het uitgebreide onderzoek uit heeft bestaan. De vakgroep komt tot de conclusie dat meest waarschijnlijk sprake is geweest van een natuurlijke variatie in aanbod patiënten met een STEMI, ondanks geslaagde PCI's. Hoewel het de aandacht heeft van de vakgroep is een volgende stap voor het ziekenhuis, om aan de hand van triggerpoints uit de dossiers, potentiële verbetermaatregelen te destilleren.

Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) geeft eveneens een uitgebreide toelichting: 'We vinden over 2019 een hogere 30 dagen mortaliteit in CZE. Het interventiecardiologen-team heeft een gedetailleerde analyse verricht van de overleden patiënten in 2019. In die analyse komen de volgende punten naar voren: 1. Er zijn relatief veel patiënten met (cardiogene) shock op basis van acuut hartinfarct aangeboden voor primaire PCI in 2019. Deze patiëntencategorie heeft een mortaliteitsrisico van 30-50%. De indicatie voor primaire PCI is in deze groep sterk: klasse 1A (hoogste level of evidence) in de huidige richtlijnen. Met andere woorden: de zorgzwaarte van de aangeboden patiënten voor primaire PCI in CZE in 2019 is hoger en derhalve is het hogere mortaliteitspercentage verklaarbaar op basis initiële condities van de patiënt, waarvoor in de huidige IGJ indicator niet wordt verdisconteerd. Ter ondersteuning van deze verklaring: in de NHR data van het CZE over 2019 is het gewogen (risico-gecorrigeerde) mortaliteitscijfer op 30 dagen voor PCI 2.1 en geheel conform het landelijk gemiddelde. 2. Daarnaast zagen wij in onze kwaliteitsanalyse dat er in 2019 relatief veel patiënten voor primaire PCI zijn aangeboden met een tweede onderliggend acuut cardiaal probleem, wat bij een aantal patiënten de reden is geweest voor overlijden (en dus niet het hartinfarct en primaire PCI zelf): voorbeelden zijn een patiënt met endocarditis, een patiënt na spoed CABG en mitralis klep vervanging en secundair hartinfarct en een patiënt met ventrikelseptumruptuur. Ook deze patiënten hebben dus een hogere a priori kans om te overlijden. Samenvattend zijn ten aanzien van de 30 dagen mortaliteit na primaire PCI in CZE over 2019 dus met name vooraf bestaande initiële condities (shock etc.), waarvoor in de IGJ indicator niet en in de NHR indicator wel wordt gecorrigeerd, bepalend geweest. Voor een groot deel van deze patiënten heeft een harde indicatie bestaan op basis huidige richtlijnen en evidence voor primaire PCI. De interventiegroep zal de indicatiestelling voor primaire PCI kritisch blijven monitoren.' De inspectie is verheugd dat het ziekenhuis een gedetailleerde analyse heeft verricht van de in 2019 overleden patiënten met een STEMI. Mochten hieruit verbetermaatregelen zijn voortgekomen verneemt de inspectie dat graag in een toelichting zodat ook andere ziekenhuizen van deze verbetermaatregelen kennis kunnen nemen en zo mogelijk hiervan kunnen leren en verbeteren.

#### **Gemiddelde door-to-needle tijd of door-to-balloon tijd in minuten**

De kengetalen 2019 zijn identiek aan de data van 2016, 2017 en 2018. Ziekenhuizen hebben nog steeds niet gekozen voor één wijze van rapporteren. Hiervoor geldt hetzelfde als bij sterfte, de NVVC heeft besloten deze maat per 2020 te standaardiseren op één maat door-to-balloon. Op dit moment gebruiken nog 24 ziekenhuizen de alternatieve maat, door-to-needle. Er is hier geen groot verschil in gemiddelde doorlooptijd tussen de twee verschillende maten (25,2 voor door-to-balloon, versus 21,3 voor door-to-needle).



Er is een opvallend grote spreiding tussen de uitersten UMCG (Groningen) heeft een gemiddelde door-to-balloon tijd van 45 minuten, Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) een door-to-needle tijd van 12,9 minuten. St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) (snel op 13 minuten gemiddeld) geeft een goede toelichting op de meetmethode en de nauwkeurigheid ervan: 'De manier van registratie is onveranderd ten opzichte van vorig jaar. Er wordt gelogd hoe laat de patiënt het Cathlab binnenkomt en hoe laat er begonnen wordt met de ingreep. Deze interpretatie wordt door meerdere hartcentra gehanteerd. Door de spoedsetting waarin dit gelogd wordt, is de registratie niet altijd zuiver. De patiënten met een onwaarschijnlijk kleine doorlooptijd (minder dan 5 minuten) zijn geëxcludeerd.'

Erasmus MC (Rotterdam) geeft in een korte toelichting over de gemiddelde door-to-needle-tijd van 28 minuten aan: 'de door-to-needle-time is niet normaal verdeeld, daarom is het beter om te kijken naar de mediaan, deze is 23 minuten.' Het is heel goed dat het ziekenhuis kijkt naar de verdeling van de resultaten. Een volgende stap is om de 'uitbijters' van deze verdeling te analyseren op de oorzaak van een (te) lange de door-to-needle tijd. Analyse op dossier niveau kan onverwachte processen blootleggen. De inspectie verneemt graag in de toelichting tot welke verbetermaatregelen deze analyse mogelijk heeft geleid. Andere ziekenhuizen zouden hiervan kunnen leren en verbeteren.

### **Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad**

De kengetallen zijn bijna identiek aan die van 2016 en 2017, behalve dat het verschil tussen het aantal ontslagen patiënten en het aantal patiënten dat een PCI onderging, min de sterfte, weer is gegroeid (van ongeveer 1.400 in 2017 via ongeveer 2.000 in 2018 naar 2.316 in 2019).

Als ziekenhuizen een toelichting geven, geven zij aan dat hartrevalidatie meestal wordt aangeboden. Patiënten met een STEMI die geen intake voor hartrevalidatie hebben gehad zijn of overleden, of komen niet in aanmerking voor hartrevalidatie vanwege (ernstige) comorbiditeit of weigeren hartrevalidatie om diverse redenen. We zien over de afgelopen verslagjaren dat er een toenemende aandacht is gekomen voor hartrevalidatie en dat patiënten met een STEMI die hier voor in aanmerking komen, over het algemeen minimaal een intake voor hartrevalidatie krijgen.

Een mooi voorbeeld van een inhoudelijke toelichting met een werkproces dat heeft geleid tot 100% geeft Noordwest ziekenhuisgroep: 'Maandelijks wordt gecontroleerd of alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen zijn aangemeld voor hartrevalidatie. Hier wordt strak op gemonitord. Patiënten die mogelijk gemist zijn, worden alsnog benaderd.' Ziekenhuizen die (nog) niet hun proces op orde hebben kunnen mogelijk hiervan leren en verbeteren.

## **ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021**

De indicator voor STEMI is ook opgenomen in de indicatoren set van de transparantiekalender voor de spoedzorg. Het beheer van de indicatoren set ligt bij de NVVC in samenwerking met de basisset MSZ. Eventuele wijzigingen zullen moeten worden gecommuniceerd naar de verschillende betrokkenen bij de indicatorenset PCI, zie [website ZIN](#). De indicatorenset voor STEMI vanuit de inspectie wordt in 2020 afgeslankt. De indicatoren voor het voortraject, de keuzemogelijkheden voor ziekenhuissterfte en door-to-needle tijd, verdwijnen. Deze indicatoren worden in 2021 niet langer door de inspectie uitgevraagd.

## 10 HART EN VATEN

### 10.2.1 Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's

#### DOEL INDICATOR

Het terugdringen aantal re-interventies na inbrengen pacemakers en *implantable cardioverter-defibrillator* (ICD). Bevorderen van een goede lokale analyse van de oorzaken van een hoog aantal re-interventies.

#### RICHTLIJN

[ICD praktijkrichtlijn 2014](#)

Een ICD implanterend centrum zorgt voor een adequate dataregistratie van de ICD patiënten.

#### RISICO'S

Als er geen of onvoldoende evaluatie is binnen de zorgketen van pacemakers en ICD's voor hartpatiënten bestaat er een kans dat lokale problemen gemist worden. Hierdoor kunnen potentieel vermijdbare complicaties optreden met schade voor de patiënt tot gevolg.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 72 ziekenhuizen worden pacemakers en/of ICD's geïmplanteerd. De resultaten over de afgelopen jaren laten een dalende trend zien in de percentages. Interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid uitgevoerd om een device-, lead-, of procedure-gerelateerd probleem op te lossen van een pacemaker of ICD, is gedaald van 2,74% in 2016 naar 2,25% in 2019. Dat is een hoopvolle ontwikkeling. Deze indicator past bij de algemene trend voor de indicatoren van de cardiologie naar een inhoudelijk degelijke analyse met publieke verantwoordelijkheden van falen én succes. Zeker de twee ziekenhuizen met het hoogste percentage geven daarmee een vertrouwenwekkend beeld.

Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne) heeft het hoogste percentage van 9,41%. Het ziekenhuis geeft een uitstekende toelichting: 'Naar aanleiding van de uitkomsten van 2018 zijn begin 2019 door de OE cardiologie een aantal acties uitgevoerd. Analyse van de gebruikte materialen liet geen verschillen in materialen en/of pacemakermerken zien die een verklaring vormden voor de toename in lead-reposities. De implanteurs in de tussenliggende periode zijn dezelfde cardiologen gebleven en de ervaring is eerder toegenomen. Wel valt op te merken dat de populatie patiënten in de regio een stuk ouder en derhalve ook kwetsbaarder is geworden. De complicaties zijn nauwlettend in de gaten gehouden om te bezien of de trend uit 2018 zou doorzetten in 2019. Omdat in 2019 in de eerste helft van het jaar het aantal reposities beperkt bleef (<5), is in eerste instantie gedacht dat het doorwerken van het proces voldoende was. In de tweede helft van 2019 is er echter een toename in lead-reposities gebleken, waarbij geen andere verklaring kon worden gevonden dan een relatie met de operateurs. Sindsdien hebben de pacemaker cardiologen besloten in duo's te gaan opereren en kritisch elkaars handelen te beoordelen. Door een meer kritische houding met betrekking tot de positie van de pacemakerleads en acceptatie dat dit leidt tot een langere procedure en doorlichtingstijden, hebben er sindsdien (vooralsnog) geen reposities meer plaatsgevonden in 2020.' Deze toelichting laat zien dat het ziekenhuis conclusies durft te trekken over de eigen resultaten en naar aanleiding hiervan actie onderneemt. Uit het gegeven dat pacemaker cardiologen hebben besloten in duo's te gaan opereren blijkt dat men zich toetsbaar heeft opgesteld.

Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) heeft op één na het hoogste percentage (6,78%) en komt eveneens met een inhoudelijk gedegen toelichting: 'Naar aanleiding van de in 2018 al relatief hoge re-operatie frequentie hebben wij in 2019 een verklaring per patiënt geschreven. Omdat er in 2019 ook al een aantal re-operaties waren, hebben we een analyse gedaan en deze besproken in de complicatie bespreking, met implanterende cardiologen en pacemaker technicus. Ook hebben we een mening en advies gevraagd bij externe collega die gespecialiseerd is in device implantaties. Onze protocollen zijn toen verder aangescherpt. De betreffende casus

in 2019 dateren van voor deze aanpassingen en hebben wij natuurlijk intussen ook geëvalueerd en besproken.’ Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis het eigen resultaten heeft gespiegeld aan landelijke data en hierop een verbeterplan heeft ingericht. Het feit dat het ziekenhuis een externe collega gespecialiseerd in device implantaties om een mening en advies heeft gevraagd, vindt de inspectie getuigen van een toetsbare opstelling.

De inspectie ziet graag bij alle uitslagen, zowel positief als negatief een toelichting. Bij ziekenhuizen die een relatief hoog percentage (>P90) hebben, heeft de inspectie vanuit haar toezichhoudende rol een verklaring nodig. Is die er niet, dan zal de inspectie om een toelichting moeten vragen. Dit betreft de volgende ziekenhuizen; VieCurie (Venlo en Venray), Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch), Groene Hart Ziekenhuis (Gouda), Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) en Wilhelmina Ziekenhuis (Assen).

Tjongerschans (Heerenveen) geeft ook een inhoudelijk gedegen toelichting: ‘De vakgroep cardiologie maakt regelmatig gedurende het jaar een analyse van alle re-interventies. Analyse van de re-interventies binnen deze indicator laat geen bijzonderheden of trends zien. Analyse van alle re-interventies liet een licht verhoogd percentage ontstaan van een pneumothorax bij het aanprikken zien. Ondanks het feit dat dit nog steeds binnen de bandbreedte van de internationale richtlijnen was, heeft de vakgroep hier een verbetering in aangebracht. Standaard wordt voor het verrichten van de punctie een subclavia-angiogram wordt gemaakt. Na het inzetten van deze verbetering daalde het aantal pneumothoraxen ten gevolge van het aanprikken van de subclavia.’ Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien een actieve houding aan te nemen met betrekking tot het continue verbeteren van het proces. Deze toelichting kan als voorbeeld fungeren voor andere ziekenhuizen die voorbeelden zoeken hoe zij hun eigen verbeteringen inzichtelijk willen maken.

Zuyderland MC geeft in de toelichting aan: ‘Het betreft tien dislocaties, één pneumothorax, één perforatie en drie infecties. Naar aanleiding van outcome zijn verbeteracties ingezet.’ In het licht van verbeteren en leren van elkaar ziet de inspectie graag in een volgend verslagjaar welke verbeteracties het ziekenhuis heeft ingezet en tot welk resultaat dit heeft geleid. Zo kunnen ook andere ziekenhuizen hiervan zo mogelijk leren.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Deze indicator wordt in 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 10 HART EN VATEN

### 10.3.1 Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseninfarct

### 10.3.2 Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie

#### DOEL INDICATOR

Optimaliseren van het interval tussen symptomen en interventie bij patiënten met een TIA/herseninfarct en het minimaliseren van het percentage overlijden en postoperatief neurologische events na een carotisendarteriëctomie<sup>6</sup>.

#### RICHTLIJN

##### [Behandelinterval na TIA of herseninfarct](#) en [Herseninfarct en hersenbloeding](#)

Een carotisendarteriëctomie dient zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de symptomen, echter niet binnen de eerste 24 uur, te gebeuren. Ook na enkele weken tot maanden kan voor symptomatische patiënten een indicatie bestaan voor operatie, op grond van de CAR-score.

Een carotisstenose is symptomatisch bij een doorgemaakte cerebrale- of retinale ischemie in de afgelopen zes maanden bij een carotisstenose van >70%. De timing van een carotisendarteriëctomie is belangrijk in het voorkomen van een (recidief) TIA/herseninfarct. Een carotisendarteriëctomie is het meest effectief gebleken wanneer deze wordt uitgevoerd binnen twee weken en nadat de neurologische symptomen zijn gestabiliseerd.<sup>7</sup> Als kwaliteitsindicator geldt dat patiënten met een symptomatische carotisstenose binnen veertien dagen na het eerste (poli)klinische consult behandeld dienen te worden. Internationale richtlijnen adviseren een carotisendarteriëctomie binnen twee weken na het eerste contact.<sup>8</sup> Dit omdat de kans op een (recidief) TIA/herseninfarct hiermee sterk gereduceerd kan worden.

Vanaf 2018 is de indicator over het tijdsinterval gesplitst in twee delen. Uit de eerste versie van de indicator (2014) was gebleken dat patiënten verwezen vanuit een ander ziekenhuis een significant langer interval hadden dan patiënten die het hele zorgtraject in één ziekenhuis aflegden. Wijzigingen in de DACI zorgden er toen voor dat de data slechts één jaar beschikbaar waren. De inspectie (en later enkele ziekenhuizen die hun gerapporteerde interval stevig verlengd zagen door patiënten verwezen vanuit een ander ziekenhuis) hebben ervoor gepleit om patiënten verwezen vanuit een ander ziekenhuis apart te rapporteren. Zij hadden een significant langer interval dan patiënten die het hele zorgtraject in één ziekenhuis aflegden,. Dat is het vorig verslagjaar voor het eerst gescheiden gemeld.

#### RISICO'S

Door vertraging van de carotisendarteriëctomie, wordt de kans vergroot op een (recidief) TIA/herseninfarct met als gevolg neurologische schade bij de patiënt.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

##### **10.3.1 Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseninfarct.**

Er is een duidelijk verschil in de resultaten tussen 2019 en 2018. Het verschil tussen verwezen patiënten en in één instelling behandelde patiënten is veel kleiner geworden. In 2018 hadden gemiddeld 30% meer verwezen patiënten een langer dan 14 dagen doorlooptijd. In 2019 was dat afgenomen tot 11%. Ook nam het aantal ziekenhuizen af met een verschil, zonder dat de 'eigen' patiënten daar onder leden. De grootste groep vertraagde patiënten worden verwezen naar academische ziekenhuizen. ErasmusMC geeft in zijn toelichting zicht op de oorzaak: ['En voor wat betreft de externe verwijzers zitten hier een groot aantal second opinions bij,](#)

<sup>6</sup> <https://www.ntvg.nl/artikelen/tijdverlies-van-beroerte-tot-carotisendarteri%c3%abctomie/volledig>

<sup>7</sup> <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>

<sup>8</sup> <https://dica.nl/daci>

omdat men in de periferie ofwel twijfelde aan het event of de operatie (co-morbiditeit).’ Het is voorstelbaar dat deze oorzaak voor een deel van de patiënten van alle/meerdere academische ziekenhuizen geldt. Als het academische ziekenhuis als ‘first opinion’ functioneert zou deze oorzaak minder belangrijk moeten zijn. Voor academische ziekenhuizen (zie onder) met een hoog percentage patiënten met een interval langer dan 14 dagen zou dit een onderwerp moeten zijn van analyse en bij voorkeur ook toelichting.

De andere kengetallen zijn in essentie onveranderd. De omvang van de populatie is dan ook onveranderd. De verbetering van de resultaten voor verwezen patiënten is het grootst voor algemene ziekenhuizen. Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk) opereerde in 2018 nog 36 patiënten, waarvan 20 extern. 14 daarvan waren vertraagd. In 2019 werden 35 patiënten geopereerd, waarvan 34 intern en 5 vertraagd. Het ziekenhuis geeft ook een sluitende verklaring hiervoor: ‘Deze indicator is sterk verbeterd t.o.v. van ons resultaat in 2018. Dit komt doordat er in 2019 een wijziging is geweest in de zorgketen, omdat Lelystad onderdeel is geworden van St Jansdal. De patiënten vanuit Lelystad kunnen daardoor makkelijker tijdig doorverwezen worden.’ In de toelichting wordt aandacht besteed én aan de oorzaak van de problemen in 2018, het eigen oordeel over bevredigende resultaat en tot slot de doorgevoerde verbeteringen. Jammer genoeg is het mooie resultaat niet te herhalen door andere zorginstellingen.

Een goed voorbeeld van een inhoudelijke toelichting is de toelichting van Nij Smellinghe (Drachten), een ziekenhuis waar geen carotisendarteriëctomie wordt uitgevoerd: ‘Patiënten met een symptomatische carotisstenose worden voor carotischirurgie verwezen naar het UMCG. Gekozen is voor een centrum met veel ervaring op dit gebied (concentratie van zorg). Ten behoeve van een snelle diagnostiek beschikt het Nij Smellinghe over een TIA poli (diagnose en verwijzing binnen twee werkdagen na aanmelding). In spoedsituaties loopt diagnostiek via SEH met afhankelijk van risicoprofiel klinische opname.’ Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis duidelijk beleid heeft in diagnostiek en doorverwijzing van patiënten met een aandoening die het ziekenhuis zelf uitbestedt aan een centrum met ervaring. UMCG (Groningen) geeft geen toelichting. Van de in totaal 50 extern verwezen patiënten met een carotisendarteriëctomie uitgevoerd in UMCG, werd deze bij vier patiënten later dan veertien dagen na de diagnose uitgevoerd (8,0%). Dit percentage ligt iets lager dan intern verwezen patiënten (10,3%). Beide percentages zijn in vergelijking met andere ziekenhuizen relatief laag (gemiddeld 14,1%).

Tjongerschans (Heerenveen) laat in de toelichting weten: ‘In maart 2019 is Tjongerschans gestopt met deze behandeling, patiënten worden verwezen naar het MCL.’ Deze transmurale samenwerkingsovereenkomst lijkt optimaal te functioneren. Vanuit Tjongerschans zijn dit dertien van de in totaal negentien naar MCL (Leeuwarden) verwezen patiënten die een carotisendarteriëctomie hebben ondergaan. MCL heeft een opvallend goed resultaat met een totaal percentage van 1,56%. Het zou deze ziekenhuizen sieren als zij in de toelichting aangeven hoe hun werkprocessen zijn ingericht zodat ziekenhuizen die hier een verbeteringslag moeten maken kunnen leren van de goede resultaat van dit ziekenhuis. Dit geldt overigens ook voor andere ziekenhuizen die optimale transmurale samenwerkingen en interne werkprocessen hebben.

Noordwest ziekenhuisgroep (Alkmaar en Den Helder) heeft, evenals Radboudumc (Nijmegen), het hoogste percentage van 37,5%. Noordwestgroep geeft in de toelichting aan dat: ‘Deze uitkomst is reeds bekend bij de inspectie. Oorzaak is een krappe OK-capaciteit door personeelsgebrek. Er is een verbeterplan opgesteld om in 2020 weer aan de norm van >80 binnen twee weken te voldoen.’ Uiteraard volgt de inspectie met interesse de resultaten van het ziekenhuis na het instellen van de verbetermaatregelen. De norm van >80 is in de richtlijn niet terug te vinden, een verhoogde sterftkans bij uitstel van de ingreep wel<sup>9</sup>. Dit roept ook vragen op over de prioriteitstelling van ingrepen bij een semispoedindicatie. De norm betreft een carotisendarteriëctomie binnen veertien dagen bij patiënten met een symptomatische carotisstenose. Andere ziekenhuizen met een hoog percentage >P90 welke geen inhoudelijke toelichting geven: Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (31,0%), ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) (28,6%), Erasmus MC (Rotterdam) (25,0%), OLVG

---

<sup>9</sup>[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfectie\\_en\\_hersenbloeding/carotisendarteri\\_ectomie\\_bij\\_herseninfectie/behandelinterval\\_na\\_tia\\_of\\_herseninfectie.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfectie_en_hersenbloeding/carotisendarteri_ectomie_bij_herseninfectie/behandelinterval_na_tia_of_herseninfectie.html) (ingezien 29-7-2020)

(Amsterdam) (23,7%) en Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) (21,6%). Jeroen Bosch Ziekenhuis valt hierbij extra op omdat zij aangeven dat er geen patiënten naar het ziekenhuis worden doorverwezen voor een carotisendarteriëctomie. Het hoge percentage is gebaseerd op intern verwezen patiënten. Het is teleurstellend dat voor het ziekenhuis dit hoge percentage niet een aanleiding is om de interne werkprocessen door te lichten en verbetermaatregelen in te stellen.

UMC Utrecht had vorig jaar drie intern verwezen patiënten met een symptomatische carotisstenose waarbij de carotisendarteriëctomie later dan veertien dagen werd uitgevoerd en gaf inhoudelijke redenen voor de vertraging. Dit jaar hebben alle intern verwezen patiënten tijdig een carotisendarteriëctomie ondergaan. Dit is een mooi resultaat echter, het aantal extern verwezen patiënten een symptomatische carotisstenose en een interval langer dan veertien dagen tussen het moment van presentatie bij de neuroloog/oogarts in het verwijzende ziekenhuis en de carotisendarteriëctomie, is met in totaal één-en-twintig patiënten niet verminderd. Het percentage extern verwezen patiënten die niet tijdig een carotisendarteriëctomie ondergaan is 29,1%. Dit percentage is persistent hoog en strookt niet met de toelichting gegeven door Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist): [‘Wij hebben met het UMCU een goed functionerende transmurale samenwerkingsovereenkomst inzake carotisendarteriëctomie, die is gebaseerd op de huidige richtlijn inzake carotisendarteriëctomie.’](#) De inspectie verwacht van alle ziekenhuizen waar de carotisendarteriëctomieën worden uitgevoerd met dergelijk hoge percentages dat zij met de verwijzende ziekenhuizen in gesprek gaan over doorlooptijden en de werkprocessen op elkaar afstemmen.

#### *10.3.2: Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie.*

Het percentage patiënten die carotisendarteriëctomie ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose en die binnen 30 dagen hierna een herseninfarct of hersenbloeding doormaken of overlijden is verbeterd van 3,7% in 2016 naar 2,6% in 2019. Het percentage is iets hoger dan 2018 (2,1%). Dit zijn schommelingen in kleinere percentages en heeft nu (nog) geen aandacht. Het aantal TIA's is tussen het derde en vierde jaar bijna gehalveerd en stabiel gebleven. De eerste twee jaren van de indicator was het gemiddelde 4,1, de laatste twee jaren 2,4% een daling van 42%.

Deventer Ziekenhuis: [‘Het aantal hoofdoperateurs is tijdelijk beperkt geweest. Nu wordt de ingreep uitgevoerd in een team van twee chirurgen.’](#) Deze toelichting is te algemeen en verklaart niet afdoende het hoogste percentage van alle ziekenhuizen (11,1%). Het ziekenhuis moet op patiëntniveau nagaan welke adverse events hebben geleid tot een herseninfarct of hersenbloeding dan wel overlijden. Het ziekenhuis moet uit deze adverse events verbetermaatregelen destilleren. Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) gaf vorig verslagjaar een interessante toelichting: [‘Een relatief kleine noemer heeft als gevolg dat twee complicaties direct zorgen voor een hoger percentage ten opzichte van eerdere verslagjaren. In de driejaars periode \(2016-2018\) heeft in Ikazia Ziekenhuis bij 3 van de 73 patiënten die een carotisendarteriëctomie hebben ondergaan een complicatie binnen 30 dagen plaatsgevonden \(4,1%\). Dit is onder het landelijk gemiddelde van 2017. De complicaties van 2018 zijn geanalyseerd’.](#) Het ziekenhuis heeft dit verslagjaar een percentage van 3,2% (1 complicatie bij 31 ingrepen minder dan de helft van 2018). Mogelijk zijn de –niet benoemde- verbetermaatregelen voortvloeiend uit de verbetermaatregelen van de analyse van complicaties van 2018 hier een gevolg van. Helaas geeft het ziekenhuis dit verslagjaar geen toelichting waarin de getroffen verbetermaatregelen worden benoemd. Het laat ook zien hoe moeilijk trends in kleine aantallen complicaties te duiden zijn voor een individueel ziekenhuis. Zo is het complicatiepercentage dat over 2017 genoemd werd voor dat jaar gehalveerd naar 2,1%.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicatoren Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseninfarct en Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie worden in 2020 voor het laatst ongewijzigd uitgevraagd door de inspectie.

## 10 HART EN VATEN

### 10.4.1 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

### 10.4.2 Stroke, met restletsel, na hartchirurgie

#### DOEL INDICATOR

Het terugdringen van postoperatieve complicaties na open hartchirurgie. Ten eerste betreft dit het verminderen van het percentage diepe sternumwondproblemen. Ten tweede betreft het verminderen van het percentage cerebrovasculair accident (CVA) met neurologische restschade na open hartchirurgie.

#### RICHTLIJN

De indicatoren zijn onderdeel van de BHN registratie beschreven in het [BHN handboek](#), de verplichte complicatieregistratie van onder andere de thoraxchirurgen en de Nederlandse Hart Registratie (NHR). De definities van de verschillende aandoeningen zijn hier beschreven. De indicator volgt de NHR-definities (zie basisset).

#### RISICO'S

Diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, is een ernstige complicatie na open hartchirurgie met aanzienlijke consequenties voor de patiënt. Meestal is de consequentie van diepe sternumwondproblemen een verlengd ziekenhuisverblijf en hieraan gekoppeld extra lijden en kosten. Indien er onvoldoende inzicht is in het percentage diepe sternumwondproblemen, bestaat de kans dat er onvoldoende verbetering in zorg plaatsvindt met onnodige schade aan de patiënt als gevolg.

Een CVA kan optreden ten gevolge van open hartchirurgie. Blijvende neurologische restschade na open hartchirurgie heeft grote impact op de kwaliteit van leven voor de patiënt.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

##### 10.4.1 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

De in 2018 zichtbare verbetering ten opzichte van 2017 heeft zich niet doorgezet. De aantallen en percentages liggen op het niveau van de voorgaande jaren. In 2018 was de verbetering vooral toe te schrijven aan de verbeterde resultaten van de ziekenhuizen met de in eerdere jaren opvallend hoge uitslagen.

Zeven ziekenhuizen geven een (inhoudelijke) toelichting op eigen percentages diepe sternumwondproblemen, mediastinitis na openhartchirurgie. Radboudumc (Nijmegen) geeft in de toelichting aan: 'Definitie NHR aangehouden voor deze indicator. Definitie NHR is iets afwijkend namelijk: diepe sternumwondinfectie (mediastinitis) binnen 30 dagen. Omvat spier, sternum, mediastinum en is positief als er sprake is van een of meer van de onderstaande criteria: chirurgische drainage / refixatie sternum bij diepe sternumwondinfectie, positieve wondkweken. AB-therapie vanwege de sternumwond. Dit betreft ook een diepe sternumwondinfectie die opgetreden is nadat de patiënt uit het betreffende ziekenhuis is ontslagen.' Een dergelijke toelichting geeft eveneens OLVG (Amsterdam): 'Mediastinitis volgens de definitie zoals de Nederlandse Hart Registratie deze heeft opgesteld'. Deze toelichtingen hebben geen functie bij het interpreteren van de data. Bij de werkinstructie voor de indicator staat al dat het van ziekenhuizen verwacht wordt dat: 'Bij verschillen tussen deze indicator en de indicator zoals deze in de NVT staat, is de tekst van de NVT registratie leidend'.

Dat een eenduidige definiëring cruciaal is in de interpretatie van de data blijkt wel uit de toelichting van LUMC (Leiden): 'Belangrijk is om volgend onderscheid te maken: Diepe sternumwond infecties (mediastinitis): 6/616 = 1 Mechanische sternum dehiscenties zonder infectie 8/616 = 1.3.'

Het ziekenhuis vermeldt in de toelichting niet tot welke conclusie dat leidt. Beide complicaties hebben grote gevolgen voor de betrokken patiënten en moeten onderzocht worden op potentiële vermijdbaarheid. Voor



goede voorbeelden van analyses van problemen is het wellicht wenselijk om kennis te nemen van de analyses en toelichtingen zoals cardiologen die momenteel opstellen.

Ditzelfde gaat op voor de toelichting gegeven door AMC (Amsterdam): 'De noemer is exclusief chirurgische transcatheter hartklep-, mini-VATS/MAZE- en ECMO-procedures.' Zouden deze meegenomen worden in de noemer geeft dit een onjuiste weergave (onderrapportage) van het percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis na open hartchirurgie. Deze zouden overigens dan ook niet in de relevante complicatieregistraties meegenomen moeten worden.

#### **10.4.2 Stroke, met restletsel , na hartchirurgie**

De kengetallen voor deze indicator zijn in de afgelopen drie jaar in essentie onveranderd. Tussen de 80 en 90 patiënten met een CVA met restverschijnselen in een groep van 9155-9193 patiënten (0,87-0,97%). Er is wel een grote spreiding tussen instellingen (0,24 – 1,39). Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) geeft hierbij de duidelijkste toelichting: 'Hoewel het cijfer iets hoger is dan in 2018. lijkt het te gaan om 'natuurlijke fluctuatie' rondom het landelijk gemiddelde van circa 1'. Dit type toelichting is nuttig. Ten eerste is zichtbaar dat het ziekenhuis het probleem (een na hoogste frequentie van CVA) heeft gezien. Ten tweede is er een duidelijke conclusie: valt nog binnen de normale frequentie. En ten derde is er ook een perspectief, bij herhaling over 2020 wordt er dan een meer inhoudelijke reactie verwacht.

Slechts vier ziekenhuizen geven een toelichting op het eigen percentage CVA met restletsel na hartchirurgie. MCL (Leeuwarden) geeft in de toelichting aan dat: 'twee patiënten met CVA met neurologische restschade geopereerd werden voor spoed een aorta dissectie type A met een heel hoog risico van CVA.' Dit laat zien dat het ziekenhuis op patiëntniveau onderzoek uitvoert bij deze patiëntencategorie echter hieruit geen conclusies trekt en verbetermaatregelen destilleert. De toelichting van UMCU (Utrecht) behoeft een nadere verklaring: 'Voorgeschiedenis van CVA alleen geregistreerd als er restletsel is op moment van opname.' Het gaat bij deze indicator om CVA met neurologische restschade ná open hartchirurgie. Op zich is deze toelichting opmerkelijk. Een voorgeschiedenis van een CVA heeft zeker gevolgen voor de ingreep, al was het alleen maar dat het gevolgen heeft voor antistolling gebruik en voor het risicoprofiel van de patiënt tijdens de operatie. Betekent dat ook dat het voor een zorgverlener in het vervolgtraject niet makkelijk terug te vinden is of iemand al eerder een CVA heeft doorgemaakt. Het ziekenhuis heeft overigens een percentage CVA met neurologische restschade na open hartchirurgie welke duidelijk onder het gemiddelde ligt. Een vervolgstap voor het ziekenhuis zou kunnen zijn om inzicht te geven in het zorgpad wat geresulteerd heeft in een dergelijk laag percentage. In het licht van leren en verbeteren van elkaar geldt dit overigens ook voor de andere ziekenhuizen met een laag percentage CVA met neurologische restschade na open hartchirurgie.

#### **ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021**

Deze indicatoren worden over 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.



## 10 HART EN VATEN

### 10.5.1 Atriumfibrilleren

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen systematisch beleid rond atriumfibrilleren (AF)/flutter en antistolling.

#### RICHTLIJN

[Atriumfibrilleren bij CVRM<sup>10</sup>](#). Bepaal bij atriumfibrilleren het risico op een beroerte met de CHA2DS2-VASc score en bepaal met behulp van deze score de indicatie voor anticoagulantia.

#### RISICO'S

Tijdig goed instellen van patiënten met AF/flutter op antistolling verlaagt het risico op een herseninfarct. Vastleggen van de CHA2DS2-VASc score stelt zorgverleners in staat om het risico op een herseninfarct in te schatten bij het aanpassen van de antistolling. Indien de dosering van antistolling niet is geobjectiveerd is er een risico voor de patiënt met AF/flutter op een herseninfarct (te lage dosering) of hersenbloeding (te hoge dosering). De CHA2DS2-VASc score wordt bepaald door de cardioloog en onder meer toegepast door andere medisch specialisten, waaronder de anesthesioloog. Bij gebrekkige onderlinge communicatie bestaat het risico van aanpassingen van de antistolling zonder dat het risico op stollingscomplicaties wordt meegenomen.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De resultaten van de indicator zijn vaak goed gedocumenteerd. Er is een duidelijke trend naar het geven van inhoudelijke verklaringen. Daarbij wordt veel vaker naar de populatie als geheel gekeken dan in voorgaande jaren. Er zijn meerdere goede voorbeelden van toelichtingen wat er met de verschillende groepen (wel/geen CHA2DS2-VASc score, wel/geen antistolling) met inhoudelijke verklaring voor de patiënten die geen antistolling kregen. Er zijn zelfs enkele ziekenhuizen die aangeven hoe vaak het beleid gewijzigd werd naar aanleiding van de analyse.

De kengetallen zijn ten opzichte van 2016 duidelijk veranderd van 81% naar 93% vastgelegde scores. De verandering is kleiner ten opzichte van 2017 en 2018 (ongeveer 1,5% per jaar). Maar dat wil wel zeggen dat het aantal patiënten zonder vastgelegde score elk jaar met ongeveer 25% afneemt.

Er is nog steeds een incidentele discussie over de noodzaak van het documenteren van de CHA2DS2-VASc score. De NVVC heeft inmiddels als norm gesteld dat bij alle patiënten met AF/flutter de CHA2DS2-VASc score is gedocumenteerd.

Er is een vrij groot verschil tussen het aantal patiënten (29.703) waarbij een score is vastgelegd en het aantal patiënten met een score van 1 of hoger (25.372). Het kan zijn dat er ruim 4.000 keer sprake was van een score 0. De ervaring bij andere indicatoren is dat het ook een indicatie kan zijn van problemen bij het volgen van patiënten in verschillende systemen. In ieder geval neemt het aantal patiënten dat antistolling krijgt bij een score van 1 of hoger toe van 92,9% naar 95,4%.

De volgende ziekenhuizen hebben in vergelijking met andere ziekenhuizen lage percentages gedocumenteerde CHA2DS2-VASc scores bij patiënten met AF/flutter waarbij het ziekenhuis geen verklarende toelichting geeft: MUMC (Maastricht), Laurentius Ziekenhuis (Roermond) en Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten). Bovenstaande ziekenhuizen hebben mogelijk eigen resultaten niet gespiegeld aan andere ziekenhuizen en moeten analyseren waarom zij lage percentages gedocumenteerde CHA2DS2-VASc scores hebben bij patiënten met AF/flutter. Dit is zorgelijk omdat bovenstaande ziekenhuizen mogelijk geen inzicht hebben in het aantal patiënten bij wie geen CHA2DS2-VASc is gedocumenteerd en bij wie wel een indicatie

<sup>10</sup> CVRM cardiovasculair risico management

voor antistolling is. Daarnaast heeft de beroepsgroep het documenteren van de CHA2DS2-VASc score bij patiënten met AF/flutter tot norm gesteld.

Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) heeft van alle ziekenhuizen het laagste percentage gedocumenteerde CHA2DS2-VASc score bij patiënten met AF/flutter. Het ziekenhuis geeft hiervoor de volgende toelichting: 'De CHA2DS2-VASc score is laag omdat de wijze van invoeren in het EPD omslachtig was. In het voorgaande jaar werden specifieke, omslachtige, handmatige acties uitgevoerd om de score inzichtelijk te maken. Aan het eind van 2019 is een aanpassing in het EPD gedaan om het invoeren te vergemakkelijken en te verbeteren. De aparte handmatige acties van het voorgaande jaar werden niet meer uitgevoerd omdat bij nadere analyse van indicator B, namelijk of de patiënten met AF/flutter antistolling voorgeschreven hadden gekregen (wat het indirecte doel was van indicator 10.5.1 A) duidelijk maakte dat dertien patiënten geen medicatie hadden gekregen, van wie elf op medische gronden juist. Bij twee patiënten is alsnog medicatie voorgeschreven.' Het eerste deel van de toelichting laat een systematische verbeteractie van het ziekenhuis zien. Het tweede deel van de toelichting is. Het impliciete doel van de indicator is niet dat alle patiënten met een bepaalde score antistolling krijgen, maar dat bij alle patiënten met een bepaalde score een bewust antistollingsbeleid wordt gevoerd. De conclusie van het ziekenhuis ontbreekt. Is het ziekenhuis van mening dat het hier goede zorg heeft geleverd? Zo ja, uitstekend, zo nee, wat dient er dan te gebeuren? Vindt het ziekenhuis 0,4% medicatiefouten acceptabel? Bij handmatige acties van het voorgaande jaar werd bij elf patiënten op medische gronden, en niet op basis van de CHA2DS2-VASc score, geen antistolling voorgeschreven en bij twee patiënten werd alsnog antistolling voorgeschreven. Het ziekenhuis heeft over het huidig verslagjaar geen inzicht in het aantal patiënten bij wie geen CHA2DS2-VASc score is afgenomen en alsnog antistolling moet worden voorgeschreven.

Tjongerschans (Heerenveen) geeft de volgende toelichting: 'Twintig van de patiënten had geen CHA2DS2-VASc score in de brief. Bij het merendeel van deze patiënten was de (N)OAC door een andere specialisme (intramuraal, dan wel extramuraal) gestart en nadien poli controle bij de cardiologie waarbij de CHA2DS2-VASc score niet opnieuw bepaald was en in het systeem is gezet. Bij controle van alle twintig patiënten gebruikte alle patiënten een NOAC volgens de juiste indicatie.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het eigen resultaten op patiënt niveau analyseert. Het ziekenhuis geeft alleen niet aan hoe andere zorgverleners die gebruik maken van de score deze moeten vinden én het ziekenhuis voldoet daarmee niet aan de norm van de NVVC. Als de controle van de twintig patiënten alsnog heeft geleid tot vastleggen van de score is dat uitstekend.

St. Jansdal (Lelystad en Harderwijk) geeft een uitgebreide toelichting: '(...) Resultaat 2019 is conform 2018, maar dit blijft een punt van aandacht. Goede registratie in EPIC is moeilijk, de inrichting in EPIC is hierin een manco gebleven. Er is een pop-up ingericht om de score in te vullen, de frequentie hiervan moet nog geoptimaliseerd worden. De verpleegkundig specialist controleert maandelijks de lijst met ontbrekende patiënten en vult zoveel mogelijk de CHA2DS2-VASc score aan. Samen met EPIC wordt de registratie in 2020 juist ingericht. De vakgroep cardiologie stelt als doel om op landelijk gemiddelde te komen. Cijfers worden ieder kwartaal gemonitord.' Belangrijk in deze toelichting zijn de vermelding van een conclusie en een doel waarop interventies te beoordelen zijn. De score verhogen van 82,5 naar 96% (het verwachte gemiddelde over 2020). De aanpassing in het EPD en de aandacht die er binnen het ziekenhuis is voor de CHA2DS2-VASc score waarbij de vakgroep cardiologie zich een duidelijk verbeterdoel heeft gesteld.

Isala concern (Zwolle) geeft de volgende toelichting: 'Oorzaak percentuele daling t.o.v. 2018: 1. Er wordt regelmatig een online score berekend, niet in HIX. 2. In een oogopslag duidelijk dat er antistolling moet worden gestart zonder een score vast te leggen in HIX'. Dit is een zorgelijke toelichting waaruit naar voren komt dat de vakgroep cardiologie van het ziekenhuis zich niet conformeert aan de normstelling van de beroepsgroep en een systematische beoordeling.

UMCG (Groningen) geeft de volgende toelichting: 'Bij 41 patiënten werd er geen CHA2DS2-VASc score ingevuld. In 10 van 41 patiënten ging het om een patiënt die werd verwezen naar het UMCG voor een second opinion of verwijzing interventie. In dit geval was de hoofdbehandelaar de cardioloog in het verwijzend

centrum'. Deze toelichting geeft geen inzicht in het niet documenteren van de CHA2DS2-VASc score. De toelichting is slechts een constatering, zonder actie. Juist bij een second opinion of verwijzing interventie, is een optimale onderlinge communicatie tussen medisch specialisten van cruciaal belang. Het ziekenhuis geeft geen verklaring waarom er geen CHA2DS2-VASc score is gedocumenteerd bij de overige patiënten met AF. Het ziekenhuis moet verbetering laten zien in het optimaliseren van het documenteren van de CHA2DS2-VASc score bij patiënten met AF.

Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen) geeft de volgende toelichting: 'Bij alle patiënten (100) is een klinische afweging gemaakt om te starten met NOAC. Wanneer er geen NOAC is gestart, dan is dit een bewuste afweging geweest'. Met andere woorden het ziekenhuis concludeert dat het goede zorg heeft geleverd in de zin van de Wkkgz. Dit zou voldoende zijn, mits gebaseerd op een vorm van onderzoek van dat eigen proces.

Uit meerdere toelichtingen van verschillende ziekenhuizen betreffende het percentage nieuwe patiënten die in het verslagjaar poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA2DS2-VASc score van  $\geq 1$  waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd, blijkt dat het al dan niet starten met antistolling een weloverwogen afweging is. Dit is een positief effect van aandacht hebben en houden voor de CHA2DS2-VASc score en de medische afweging tot het al dan niet starten van antistolling.

#### RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, leverden 27 particuliere klinieken (5,3%) cardiologische zorg. Het percentage nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren waarvan een CHA2DS2-VASc score werd vastgelegd was 99,7%, bij 26 particuliere klinieken was dit 100%. Particuliere klinieken doen het hiermee beter dan ziekenhuizen, waar het percentage 93,9% was. Het percentage nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren en een CHA2DS2-VASc score  $\geq 2$  bij mannen en  $\geq 3$  bij vrouwen waarbij gestart is met een DOAC of vitamine K antagonist of waarbij dit is gecontinueerd, bedroeg 94,5%. Bij ziekenhuizen was dit 96%, waarmee de resultaten vergelijkbaar zijn. Het is overigens bij de laatste indicator niet wenselijk dat deze 100% is, aangezien er ook een reden kan zijn niet te starten met een DOAC of vitamine K antagonist bij de diagnose atriumfibrilleren en een CHA2DS2-VASc score  $\geq 2$  respectievelijk  $\geq 3$ . Overigens moet hierbij wel worden aangetekend dat vier klinieken minder dan 10 patiënten behandelden, waarbij het totaal aantal behandelde patiënten per kliniek varieerde van 2 patiënten tot 419 patiënten.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Voor verslagjaar 2020 wordt er bij deze indicator rekening gehouden met mannelijke en vrouwelijke patiënten met AF en is de vraag om een toelichting te vervangen door een vraag om een eigen interpretatie te geven van de resultaten. Deze indicator wordt over 2020 voor het laatst in ziekenhuizen door de inspectie uitgevraagd.

## 10 HART EN VATEN

### 10.6.1 Doorlooptijd IAT

#### DOEL INDICATOR

Intra-arteriële therapie (IAT) is bewezen effectief bij patiënten met een acuut herseninfarct met een arteriële occlusie in de voorste circulatie binnen zes uur na het ontstaan van de symptomen. Voor de patiënt met een acuut herseninfarct is het van belang dat hij of zij zo snel mogelijk de optimale behandeling krijgt. Bij overplaatsing naar een IAT-centrum is het van belang dat goede regionale afspraken een toegankelijke, snelle behandeling met de juiste expertise op de juiste plaats, mogelijk is.

#### RICHTLIJN

##### [Reperfusetherapie voor acute herseninfarct](#)

Patiënten met een verdenking op een acuut herseninfarct moeten met spoed vervoerd worden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Patiënten met een aangetoond acuut herseninfarct met een arteriële occlusie moeten met spoed naar een IAT-centrum vervoerd worden.

#### RISICO'S

Voorwaarde voor IAT als behandeling voor een acuut herseninfarct met een arteriële occlusie is een constructieve werkwijze binnen het IAT-centrum én de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulancediensten. Vertraging kan leiden tot schade aan de patiënt, uitgaande van het principe 'time is brain'.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Deze indicator werd voor het eerst in 2019 uitgevraagd. IAT-centra leveren de mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd aan van alle patiënten met een acuut herseninfarct die vanuit een IVT-centrum naar het IAT-centrum verwezen is voor IAT. Er is een grote spreiding in de mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd tussen de zestien Nederlandse IAT centra. Het UMC Amsterdam, locatie AMC (Amsterdam) heeft de kortste mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van 36 minuten tot het UMCU (Utrecht) met de langste mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van 188 minuten. De mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van AMC behoeft nadere analyse. Het ziekenhuis geeft als toelichting: 'DASA indicator 4B'. De indicator DASA 4B uit de DICA indicatorenset 2019/20 betreft deur-tot-naald tijd. In de DICA indicatorenset worden de twee 'deuren' ook niet gescheiden. Zijn de patiënten die zich primair presenteren in het AMC voor IAT daadwerkelijk geëxcludeerd? Of betreft het opgegeven aantal minuten de mediane deur-tot-naald tijd zoals bedoeld in de indicator DASA 4B? Is deze mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd reëel dan ziet de inspectie graag een inhoudelijke toelichting hoe het ziekenhuis een constructieve werkwijze binnen het ziekenhuis én de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulancediensten heeft ingericht zodat andere IAT centra zich kunnen spiegelen, hiervan kunnen leren en hun werkwijzen kunnen optimaliseren. Op verzoek van de inspectie heeft het AMC het resultaat nagekeken en de het juiste aantal minuten doorgeven, namelijk 113 minuten.

Géén van de IAT-centra geeft een analyse van de eigen gegevens. De logistiek van een dergelijke analyse is dan ook complex. De toelichting van Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen), één van de verwijzende ziekenhuizen, maakt dat wel duidelijk: 'Deze behandeling vindt niet plaats in het Adrz, patiënten worden doorverwezen naar het Erasmus MC (IAT centrum).' Erasmus MC heeft een gemiddelde deur-tot-deur-tot-lies tijd van 120 minuten. Het transport tussen deze twee ziekenhuizen neemt daar alleen al waarschijnlijk een uur van. Tegelijkertijd ontvangt het ziekenhuis ook patiënten uit het Vlietlandziekenhuis met een aanrijtijd van ongeveer 10 minuten. Een gemiddelde eerste deur tot lies tijd van deze instellingen is alleen door het centrum zelf goed te duiden.

Een voorbeeld van een goede inhoudelijk toelichting van een ziekenhuis die niet zelf de behandeling uitvoert, maar wel bespreekt hoe de werkprocessen aangaande patiënten met een acuut herseninfarct die vanuit die vanuit Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) naar een IAT-centrum worden verwezen: ‘Deze zorg wordt niet geleverd door het Groene Hart Ziekenhuis. Wij hebben een samenwerkingsverband met het Haaglanden MC. De protocollen zijn in samenwerking vervaardigd, we hebben een videoconferentie en een regionale expertise groep Beroerte waarin wij participeren.’ Gezamenlijke protocollen, videoconferenties en deelname aan een regionale expertisegroep laten zien dat de structuur van de samenwerking is geregeld. Dat is positief. De toelichting zou verbeterd kunnen worden door het toevoegen van een eigen interpretatie van de deur-tot-deur tijden van het eigen ziekenhuis naar het IAT centrum.

Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg), één van de IAT-centra, levert geen data. Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan: ‘Het ETZ voert de IAT-behandeling zelf uit en verwijst daarom geen patiënten naar een ander centrum.’ Voor deze indicator wordt gevraagd naar ‘Mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een acuut herseninfarct dat vanuit een IVT-centrum naar een IAT-centrum verwezen is voor IAT. Deze toelichting is alleen relevant als het ziekenhuis geen regionale functie heeft en er dus geen andere ziekenhuizen naar dit ziekenhuis verwijzen. Indien dat wel het geval is zal het ziekenhuis in ieder geval duidelijk moeten maken hoe de kwaliteit van zorg voor verwezen patiënten wordt geborgd.

Geen van de zestien IAT-centra geeft een reflectie op eigen data in de toelichting. Dat past bij de ‘oude’ opvatting over een indicator waarbij alleen de data van de indicator aangeleverd werden. Al enige tijd geldt dat de belangrijkste indicator de eigen analyse van het ziekenhuis is. In die analyse zou er aandacht moeten zijn voor de interpretatie van de eigen data, de conclusie van het ziekenhuis over die analyse en eventuele verbeterplannen van het ziekenhuis indien het ziekenhuis daar mogelijkheden toe ziet. IAT wordt in Nederland al meerdere jaren uitgevoerd, dus er zou inmiddels voldoende inzicht moeten zijn om inzicht te hebben in de factoren die deze tijdsduur beïnvloeden. Tegelijk zijn er regionale verschillen in omvang van de verwijzingsgebieden en daarmee in de aanrijtijd tot het IAT-centrum. Deze verschillen komen nu niet tot uiting in de spreiding tussen de mediane deur-tot-deur-tot-lies tijden.

IAT-centra met een lange mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd moeten hun interne werkwijze binnen het ziekenhuis én de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulancediensten analyseren en optimaliseren. Er is weliswaar geen richttijd voor een mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd maar een bepaald maximum lijkt reëel (P90 = 160 minuten). Het is in eerste instantie aan de beroepsgroepen om hierin stelling te nemen. De inspectie realiseert zich dat dat een uitdaging is gezien het grote aantal betrokken beroepsgroepen. Een duidelijke richttijd vanuit de Nederlandse vereniging voor Neurologie op basis van het principe ‘*time is brain*’ zou wenselijk zijn.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Deze indicator wordt over verslagjaren 2020 en 2021 uitgevraagd.

## 11 BEWEGINGSAPPARAAT

### 11.1.1 Reumatologie praktijk

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen minimumnormen reumatologie, met name voorkomen van geïsoleerde praktijkvoering.

#### RICHTLIJN

[Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie](#). De vakgroep reumatologie bestaat uit tenminste twee reumatologen. Het aantal FTE reumatologen is tenminste 1.6. Ieder van de reumatologen biedt tenminste 0.4 FTE.

#### RISICO'S

Door het ontbreken van een kritische massa in de vakgroep is er onvoldoende gelegenheid voor kennisontwikkeling en toetsing en neemt de kans op fouten toe.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 2019 zijn er in de Nederlandse ziekenhuizen geen solistisch werkende reumatologen meer. Daarmee voldoen alle ziekenhuizen nu aan deze norm.

Er waren in 2018 veertien ziekenhuizen die een vakgroep reumatologie hadden met minder dan 1.6 FTE. In 2019 zijn dat nog acht ziekenhuizen. Vier van deze acht ziekenhuizen geven een toelichting waaruit blijkt dat zij óf onderdeel waren van een stabiel groter samenwerkingsverband in 2019 of dat zullen zijn eind 2020. Eén ziekenhuis doet dat niet, maar het betreft hier een locatie van St. Jansdal, locatie Lelystad. Samen met St. Jansdal, locatie Harderwijk heeft het ziekenhuis wel voldoende bezetting. Het was verstandig geweest om dit toe te lichten. Zoals vorig jaar al toegelicht zijn twee groepen op twee locaties van een fusie instelling niet automatisch een eenheid.

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland), Wilhelmina Ziekenhuis (Assen), Dijklander Ziekenhuis (Purmerend) en St. Jans Gasthuis (Weert) hebben een te kleine formatie en geven geen toelichting. Zij voldoen daarmee nu niet aan de minimumnorm van 1.6 FTE voor het samenwerkingsverband. Zij zullen per 1 januari 2021 aan de norm moeten voldoen of moeten stoppen. De inspectie gaat hierover in gesprek met de raad van bestuur van de betreffende ziekenhuizen.

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis geeft na overleg met de accounthouder de volgende toelichting: 'De reumatologische praktijkvoering in het VWB conform de kwaliteitsnormen van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie is geborgd door een nauwe samenwerking met de vakgroep Reumatologie in het Maasstadziekenhuis. Er is een samenwerkingsovereenkomst tussen beide vakgroepen/ ziekenhuizen waarin zaken als (niet stemgerechtigd) lidmaatschap van de vakgroep, intercollegiale toetsing, bijwonen multidisciplinair overleg, afstemming over protocollen, borging continuïteit en toegankelijkheid bij bv. vakantie en ziekte, onderling is geregeld.' De inspectie wil benadrukken dat het in het HRT gaat om voorbeelden ter algemene lering en gaat hier graag de dialoog over aan met de zorgprofessionals.

#### RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, waren in 12 particuliere klinieken (2%) reumatologen werkzaam. In vijf van deze klinieken werkte één reumatoloog en in drie klinieken werkten meer dan één reumatoloog, maar met een gezamenlijke bezetting van minder dan 1.6 fte (gemiddeld 0.8 fte). Bij de overige vier klinieken was meer dan één reumatoloog werkzaam en was de gezamenlijke bezetting hoger of gelijk aan 1.6 fte (gemiddeld 1.7 fte). In totaal voldeden acht klinieken (67%) niet aan de eis van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. In de 12 klinieken, waar reumatologen werkzaam waren, werkten gemiddeld 1.8 reumatoloog met een gemiddelde bezetting van 0.9 fte.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt in ziekenhuizen over het verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 12 INFECTIEZIEKTEN

12.2.1 Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis

12.2.2 Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis

12.2.3 Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

### DOEL INDICATOR

12.2.1 Het bevorderen van vroege herkenning van sepsis in ziekenhuizen en particuliere klinieken, resulterend in adequatere zorg en betere sepsis gerelateerde uitkomsten. Het gaat hier om herkenning van sepsis in een zo vroeg mogelijk stadium op zowel de spoedeisende hulp als op alle (dag)verpleegafdelingen.

12.2.2 Het aanzetten tot de invoering van een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus over de signalering en follow-up bij verdenking op sepsis met als doel de kwaliteit van de zorg en risicodetectie rondom de septische patiënt te verbeteren.

12.2.3 Het aanzetten tot de invoering van (verplichte) scholing voor zorgprofessionals werkzaam in de primaire patiëntenzorg met als doel de kwaliteit van de zorg en risicodetectie rondom de septische patiënt te verbeteren.

### RICHTLIJN

[Sepsis fase 1](#)

### RISICO'S

Sepsis is een levensbedreigende orgaan dysfunctie veroorzaakt door een verstoorde respons van het lichaam op een infectie. In Nederland worden jaarlijks naar schatting 13.000 patiënten in het ziekenhuis opgenomen met sepsis, waarvan er gemiddeld 3.500 overlijden. Sepsis leidt daarnaast tot veelvuldig antibioticum-gebruik, verlengde IC en ziekenhuisopname en daardoor hoge zorgkosten. Het niet tijdig toedienen van adequate antibiotica, controle van de infectiebron, voldoende vloeistofoediening en verbetering van de circulatie, de hoekstenen van de behandeling, kan resulteren in sepsis-gerelateerde mortaliteit en morbiditeit.

### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 2019 is deze indicator voor het eerst (facultatief) door de inspectie uitgevraagd. De inspectie is verheugd dat een groot aantal (58) ziekenhuizen, ziekenhuis informatie omtrent vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis, aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis en scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis, heeft aangeleverd. Het is van belang dat ziekenhuizen een vroegtijdige signaleringssysteem voor dreigende sepsis toepassen, dat er een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus is en dat de zorgprofessionals geschoold zijn in vroegtijdige herkenning en behandeling van sepsis. Voor een eerste uitvraag van een facultatief aan te leveren indicator zijn deze eerste resultaten hoopgevend. Meerdere ziekenhuizen die ziekenhuis informatie hebben aangeleverd, hebben de drie onderdelen van de indicator, vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis, aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis, scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis, goed op orde. Andere ziekenhuizen geven aan bepaalde onderdelen (nog) niet op orde te hebben maar er wel aan gaan werken. Het is goed om te vernemen dat, mede door de indicator, in toenemende mate bewustwording is van de potentiële complicatierisico's die gepaard gaan met en het belang van een goede en veilige zorg omtrent sepsis.

#### **Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis**

56 Nederlandse ziekenhuizen geven aan een signaleringssysteem op alle (dag) verpleegafdelingen en 36 keer is de vraag op verdenking op infectie in dit signaleringssysteem aanwezig. Als bovengenoemde ziekenhuizen beschikken over een spoedeisende hulp (SEH) is in al deze ziekenhuizen ook een signaleringssysteem op de SEH.



RIVAS Zorggroep, Beatrixziekenhuis (Gorinchem) geeft aan (nog) niet over een signaleringssysteem op alle (dag) verpleegafdelingen te beschikken. De toelichting die het ziekenhuis geeft is echter heel positief: 'Beatrixziekenhuis gaat er mee aan de slag met het vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis op alle (dag) verpleegafdelingen en op de SEH.' De inspectie waardeert het zeer dat het ziekenhuis informatie heeft aangeleverd op deze facultatief aan te leveren indicator en zou het op prijs stellen dat deze toelichting andere ziekenhuizen aanzet tot de inrichting van een vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis, aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis en scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis. Meerdere ziekenhuizen geven aan gebruik te maken van het (M)EWS systeem. Een voorbeeld van één van deze inhoudelijke toelichtingen wordt gegeven door het BovenIJ Ziekenhuis (Amsterdam): 'In het ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van het (M)EWS systeem. De vraag of er sprake is van infectie maakt hier (nog) geen deel van uit. Doel van de EWS is dat er op tijd actie wordt uitgezet. De opgeroepen arts en/of SIT maakt vervolgens wel de afweging of er sprake is van infectie. Dit wordt door het SIT wel als zodanig geregistreerd. Bij een sepsis is sprake van bedreiging van de vitale parameters en deze worden conform de EWS /SIT procedure ingevuld en bij klinisch patiënten waarbij altijd SIT/IC betrokken wordt en op dat niveau geregistreerd. Het is geen aparte vraag maar is wel een essentieel onderdeel van de overweging'. Een ander voorbeeld van een inhoudelijke toelichting over het gebruik van het (M)EWS systeem wordt gegeven door het Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam): 'In Ikazia is een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt (EWS) en een Spoed Interventie Team (SIT) geïmplementeerd. Bij een oproep op een verhoogde EWS-score wordt door het SIT-team in de werkdiagnose altijd 'verdenking op een infectie' meegenomen, de vitale functies beoordeeld en bloedonderzoek ingezet (...) en Isala ziekenhuis (Zwolle): 'Isala heeft op dit moment geen aparte vraag over verdenking sepsis in het medisch of verpleegkundig dossier opgenomen. Er is vanuit het SIT-team aandacht voor infecties/sepsis bij een verhoogde EWS, maar tot op heden is Isala terughoudend om hiervoor een extra vraag/vinkje in het dossier op te nemen. Er zitten afbreukrisico's aan bij het zetten van dit specifieke vinkje; het kan in de hand werken dat men standaard de vraag op -geen verdenking- zet aangezien het in de regel zelden voorkomt en het zorgt voor een extra administratieve last waar Isala vanuit een programma actief op stuurt om te verminderen. Tijdens de halfjaarlijkse evaluaties van de werkgroep blijft dit wel telkens onderwerp van gesprek.' Uit deze toelichtingen blijkt dat ziekenhuizen een vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis hebben en bezig zijn of nadenken over het opnemen van de vraag op verdenking op infectie in dit signaleringssysteem al dan niet op te nemen in het signaleringssysteem. Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) laat zien in de toelichting dat het ziekenhuis hieraan voldoet: 'Het signaleringssysteem voor de verpleegafdeling en SEH inclusief de vraag over verdenking op infectie is inmiddels ontwikkeld in HIX, en in 2020 in gebruik genomen.' Erasmus MC (Rotterdam): 'Beschikken wel over een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt. Vraag over verdenking op infecties wordt niet standaard vastgelegd in EPD. Kan wel een onderdeel zijn van de verslaglegging van de SIT procedure.' Enkele ziekenhuizen geven aan de vraag op verdenking op infectie in dit signaleringssysteem op te nemen, zoals het Groene Hart Ziekenhuis (Gouda): 'De vraag: 'Bij een verhoogde score, denkt u aan een infectie? Overweeg dan sepsis.' is op dit moment nog niet toegevoegd in ons signaleringssysteem. Deze wordt wel toegevoegd in het nieuwe EPD, geplande livegang zomer 2020.' Daarnaast zijn er ook ziekenhuizen die aangeven dit niet voornemens te zijn, blijktens uit de toelichting van Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam): '(...) In het EWS-signaleringssysteem van het EPD wordt de vraag verdenking op een infectie echter niet geregistreerd. Dit vraagt om een EPD-aanpassing door de leverancier en die ziet geen meerwaarde voor het toevoegen van deze vraag bij EWS. Via de Gebruikersgroep wordt de benodigde aanpassing nogmaals onder de aandacht gebracht van de EPD-leverancier. Ondanks dat niet aan de (registratie)voorwaarde wordt voldaan, denkt het SIT-team te allen tijde aan de mogelijkheid van sepsis.'

### **Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis**

31 Nederlandse ziekenhuizen geven aan te beschikken over een minimaal jaarlijkse structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus in zake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis. 26 van deze ziekenhuizen geven aan dat er verbetermaatregelen getroffen naar aanleiding van deze evaluatie.

Uit de toelichtingen blijkt dat meerdere ziekenhuizen een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus met betrekking tot sepsis hebben ingericht en geborgd en dat er ziekenhuizen zijn die het weliswaar (nog) niet hebben ingericht maar hiermee doende zijn. Het is belangrijk dat ziekenhuizen bewust zijn van eventuele tekortkomingen in het zorgproces maar belangrijker nog dat ziekenhuizen hierop verbetermaatregelen in stellen. Met het onderdeel 'aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis' is hiermee een door meerdere ziekenhuizen een wezenlijke stap gemaakt. Voor de overige ziekenhuizen zijn onderstaande toelichtingen mogelijk bruikbaar in de inrichting van een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis.

Een paar voorbeelden van goede inhoudelijke toelichtingen. 'Meander Medisch Centrum (Amersfoort): 'Bij verdenking op sepsis is er laagdrempelig contact met de internist, intensivist en/of microbioloog. Bij bewezen sepsis is er altijd contact met de microbioloog en indien nodig ook met de intensivist. Als er aanwijzingen zijn dat de sepsis signalering onvoldoende is, wordt dit teruggekoppeld aan de betreffende afdeling en/of medewerker. Zo nodig wordt er extra scholing gegeven.' Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam): 'Er bestaat een multi-disciplinaire evaluatiecyclus betreffende de SIT-oproepen. Alle verslechterende patiënten worden hierin vervolgd, niet specifiek alleen de patiënten met sepsis. Ook de gebruikers van het systeem worden bevroegd. Aan de hand van deze evaluatie is eerder het SIT systeem aangepast.' Haga Ziekenhuis (Den Haag): 'Herkenning van sepsis is een onderdeel van herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt. Herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt (inclusief sepsis) is conform de richtlijnen (afferente tak, efferente tak, systeem onderhoud en evaluatie) georganiseerd in ons ziekenhuis. Dit gebeurt onder supervisie van de SIT coördinator en een intensivist. Ernstige sepsis leidt tot IC opname en voor die patiënten volgt NICE registratie en de daarbij horende evaluatie.' Langeland Ziekenhuis (Zoetermeer): 'Het multidisciplinaire evaluatiecyclus in zake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis, is in 2019 geen apart onderdeel van de jaarlijkse multidisciplinaire evaluatiecyclusgesprekken in het LangeLand Ziekenhuis (LLZ). Het signaleren van de sepsis valt in het algemene systeem van verbetermaatregelen binnen het LLZ. Daardoor zijn verbetermaatregelen specifiek voor sepsis niet te achterhalen. In 2020 wordt de realisatie van het signaleren en de follow-up bij verdenking op sepsis als project uitgevoerd.' Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam): 'In Ikazia worden alle SIT-consulten bekeken en geëvalueerd door de werkgroep SIT. De bevindingen worden via een gestandaardiseerd evaluatieformulier teruggekoppeld naar de aandachtsvelder van de betreffende afdeling. Wanneer er medische verbeterpunten zijn, gaat het formulier naar de intensivist die de SIT als aandachtsgebied heeft.' ZorgSaam (Terneuzen): 'In juli 2019 is gestart met de MEWS registratie 3x per dag. Deze registraties zijn maandelijks rondgestuurd aan de leidinggevenden en besproken in sturing overleggen van betreffende specialismen. Deze registratie is maandelijks besproken in stuurgroep EWS met de OLG's van diverse specialismen. Afspraken over deze registratie zijn protocollair vastgelegd. De multidisciplinaire aanpak wordt in 2020 geïntroduceerd.' Zuyderland MC (Heerlen): 'Op basis van de PDCA cyclus worden verbetermaatregelen genomen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: 1) Feedback naar professionals over iatrogene schade (respiratoire insufficiëntie) door analgetica en/of anti-psychotica, 2) Coachende rol van de SIT verpleegkundige 3) Training klinisch redeneren / ABCDE aan afdelingsverpleegkundigen' Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg): 'Vanaf 2020 gaan we 2x per jaar m.b.v. de NICE-data de sepsis patiënten groeperen en daarna evalueren met het verpleegkundig team en de intensivisten.' Tergooi (Blaricum en Hilversum): 'Vanuit het SIT team vindt maandelijks een evaluatie plaats van de EWS scores (welke ook plaats vinden in het kader van de vroege signalering van sepsis). Deze evaluatie bevat zowel een kwantitatieve als kwalitatieve evaluatie met terugkoppeling aan de betreffende afdeling. Hierbij wordt bij afwijkingen in deze parameters aan de betreffende afdelingsmanager gevraagd dit bij de dag start aan het team terug te koppelen met daarbij de benoeming van de benodigde verbetermaatregelen. Tevens is er in Tergooi een multidisciplinair A-team (antibiotica team) dat retrospectief in de follow up bij de diagnose sepsis de tijdige initiatie van breed spectrum antibiotica evalueert en terugkoppelt aan de afdeling of hoofdbehandelaar. Indien er binnen de zorg van ons ziekenhuis onvolkomenheden zijn gesignaleerd wordt hiervoor maandelijks een zeer breed ingestoken multidisciplinaire 'bijzonderheden bespreking' georganiseerd binnen het ziekenhuis waarbij casuïstiek wordt geëvalueerd en zo mogelijk verbetermaatregelen worden geïmplementeerd.' Ziekenhuis Rivierenland (Tiel):

'Ziekenhuis Rivierenland voert dossieronderzoek 'Necrologie' uit waarbij alle casussen met (verdenking op) sepsis onderzocht worden.'

### **Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis**

41 Nederlandse ziekenhuizen geven aan te beschikken over minimaal tweejaarlijkse scholing voor alle zorgprofessionals op de (dag)-verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp werkzaam in de primaire patiëntenzorg om de bewustwording voor de vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten. 28 van deze ziekenhuizen geven aan dat deze scholing verplicht is en zes ziekenhuizen geven aan dat deze scholing deels verplicht is. 38 ziekenhuizen geven aan het aantal medewerkers dat scholing heeft gevolgd, te vergroten te registreren.

Uit de toelichtingen blijkt dat enkele ziekenhuizen een scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis hebben ingericht en geborgd en dat enkele ziekenhuizen scholing (nog) niet hebben ingericht en geïmplementeerd maar hiermee bezig zijn. Het is belangrijk dat ziekenhuizen bewust zijn van de meerwaarde van scholing om het zorgproces te optimaliseren maar belangrijker nog dat ziekenhuizen hierop verbetermaatregelen in stellen als dat nodig blijkt. Het onderdeel 'scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis' staat bij meerdere ziekenhuizen 'op de agenda'. Voor de overige ziekenhuizen zijn onderstaande toelichtingen mogelijk bruikbaar in de inrichting en implementatie van scholing in vroege herkenning van sepsis. De inspectie is verheugd over de inhoudelijk goede toelichtingen over de inrichting van scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis.

Een paar voorbeelden van deze goede inhoudelijke toelichtingen. Amsterdam UMC, locatie VUmc (Amsterdam): 'Begin 2020 is een *e-learning* beschikbaar gekomen over vroegtijdige herkenning van vitaal bedreigde patiënten. In de volgende update komt ook de bewustwording op vroegtijdige herkenning van sepsis aan de orde.' Haga Ziekenhuis (Den Haag): 'De scholing EWS en BLS is voor zorgmedewerkers jaarlijks verplicht. Registratie van de voltooide theoretische en praktijkopleiding in de digitale leeromgeving (HagaLeerPlein). Wordt jaarlijks doorgenomen tijdens het jaargesprek.' Zuyderland MC (Heerlen): 'Er is een *E-learning* vitaal bedreigde patiënt conform cyclus voor alle (medische) professionals. Voor (medische) professionals voor wie de *E-learning* relevant is, wordt de kwaliteitsregel 'vitaal bedreigde patiënt' verplichtend toegevoegd' Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg): 'Er is scholing via de elektronische leeromgeving, maar deze is niet tweejaarlijks verplicht. Het scholingsbeleid is dat medewerkers zelf verantwoordelijk zijn verplichte scholing te volgen zodat men bevoegd en bekwaam is. Teamleiders zien hier op toe en spreken hun medewerkers hier op aan.' Gelre Ziekenhuis (Ede): 'Gelre heeft een *e-learning* voorkomen van lijnsepsis. Er zijn geen verplichtingen in het kwaliteitspaspoort. Tweemaal per maand wordt een ABCDE training gegeven aan A(N)IOS, waarbij zeker ook casuïstiek met sepsis aan bod komt.' Sint Maartenskliniek (Nijmegen): 'In 2020 starten wij met een verplichte jaarlijkse scholing over MEWS, ABCDE, RSVP. Voor artsen, arts-assistenten en PA start in 2020 een jaarlijks verplichte ALERT cursus' ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen): 'SEH heeft een tweejaarlijkse scholing SIT oproepen, waarin het gebruik van MEWS aan bod komt. Hierdoor worden patiënten geïdentificeerd die bijv. een sepsis aan het ontwikkelen zijn. De verpleegafdelingen hebben in 2019 een hercertificering om de drie jaar. Zij volgen dan de scholing 'sepsis voorkomen' en 'sepsis herkennen en behandelen'. Vanaf 2020 worden deze scholingen vervangen door tweejaarlijkse scholing 'SIT oproepen'. Hierdoor beschikt ZorgSaam vanaf 2020 over minimaal tweejaarlijkse scholing voor alle verpleegafdelingen en SEH om bewustwording van vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten.' Groen Hart Ziekenhuis (Gouda): 'We bieden twee soorten scholing aan. Een *e-learning* over sepsis herkennen en behandelen. Deze is door iedereen altijd te openen en de afdelingen nemen deze op in hun opleidingsplan als verplichting. Elke drie jaar bieden we een praktijktraining bedreigde vitale functies aan met daarnaast ook een *e-learning* die altijd geopend kan worden vanuit het leerplein. Tijdens BLS en ALS trainingen komt het onderwerp sepsis ook terug in de casuïstiek.' Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist): 'We bieden vier verschillende verplichte scholingsactiviteiten aan, te weten: Sepsis-SEH, Voorkomen lijnsepsis, Voorkomen lijnsepsis MDL en Ernstige Sepsis, de verplichte scholing is eens per vijf jaar. Daarnaast één facultatieve scholing, te weten: Sepsis (*e-learning*) Via het DiakLeerplein (elektronische leeromgeving) en het

kwakeitaspaspoort registeren wij het aantal medewerkers dat scholing heeft gevolgd. Tevens kunnen medewerkers zelf zien wanneer ze de scholing opnieuw moeten doen.'

## RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 70 particuliere klinieken (14%) aan dat zij een signaleringssysteem hadden voor de vitaal bedreigde patiënt, waarvan 55 klinieken (79%) over een minimaal jaarlijkse multidisciplinaire evaluatiecyclus inzake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis, beschikten. In ziekenhuizen bedroeg dit percentage 55%, waarmee zij slechter scoorden dan particuliere klinieken. Van de 15 klinieken die deze evaluatiecyclus niet hadden, gaven drie klinieken aan dat dit nog moest worden geïmplementeerd en één kliniek gaf aan dat dit niet van toepassing was. De overige 11 klinieken gaven geen toelichting.

Van de 55 klinieken die de evaluatie uitvoerden, hebben 36 klinieken (66%) verbetermaatregelen geïmplementeerd naar aanleiding van deze evaluatie. Hiervan gaven 30 klinieken aan dat deze verbetermaatregelen bestonden uit het aanpassen van de training op dit onderwerp, het introduceren van EWS-kaarten voor medewerkers en het aanpassen van het EPD. De overige zes klinieken gaven geen toelichting op de verbetermaatregelen. Van de 19 klinieken die geen verbetermaatregelen implementeerden, gaf het merendeel aan dat er geen vitaal bedreigde patiënten zijn geweest die geëvalueerd konden worden. In ziekenhuizen implementeerde 87% verbetermaatregelen, waarmee zij meer ruimte voor verbetering zagen dan particuliere klinieken.

Van de 70 particuliere klinieken die een signaleringssysteem hadden voor de vitaal bedreigde patiënt, gaven 55 particuliere klinieken (79%) aan dat zij over een minimaal 2-jaarlijkse scholing voor alle zorgprofessionals (werkzaam in de primaire patiëntenzorg) beschikten, om de bewustwording van de vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten. Ziekenhuizen scoorden met 73% iets slechter op deze indicator.

Vijf particuliere klinieken gaven aan dat niet van toepassing was, waarbij zij de volgende toelichtingen gaven:

- 'niet nodig geweest'
- 'Wij leveren max 24 uren zorg 3 keer per jaar (2019)'
- 'sepsis komt niet voor bij onze kliniek, enkel lokale infecties'
- Tweemaal: 'Moet nog geïmplementeerd worden, zal daarna opgenomen worden in het opleidingsplan.'

Tien klinieken beschikten niet over bovenstaande scholing, waarbij twee klinieken aangaven dat dit geïmplementeerd gaat worden, één kliniek gaf aan over welke periodieke scholingen zij wel beschikten en één kliniek gaf als toelichting 'Het betreffen enkel dag-opname ingrepen'. De overige zes klinieken gaven geen verdere toelichting.

Van de 55 klinieken die over bovenbedoelde scholing beschikten, gaven 44 klinieken (80%) aan dat deze scholing verplicht was en 10 klinieken gaven aan dat dit deels verplicht was, maar dat in 2020 volledig verplicht zal worden. Eén kliniek gaf aan dat de scholing niet verplicht was, maar dat dit in 2020 wel het geval zal zijn. Alle 55 klinieken gaven aan dat zij het aantal medewerkers dat scholing heeft gevolgd om de bewustwording voor de vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten, registreerden.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Deze indicator wordt over de verslagjaren 2020 en 2021 uitgevraagd.

## 12 INFECTIEZIEKTEN

### 12.3.1 Melding *Staphylococcus aureus* bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar

### 12.3.2 Binnen 24 uur *Staphylococcus aureus* met antimicrobiële therapie

#### DOEL INDICATOR

Het stimuleren van een adequate en tijdige behandeling van patiënten met een mogelijke *Staphylococcus aureus* infectie. Het optimaliseren van het zorgproces rondom patiënten met *Staphylococcus aureus* bacteriëmie, het verminderen van de mortaliteit en verbeteren van de prognose van patiënten met *Staphylococcus aureus* bacteriëmie.

#### RICHTLIJN

##### [Staphylococcus aureus bacteriëmie:](#)

- De arts-microbioloog (of diens vertegenwoordiger) meldt mondeling een positieve bloedkweek verdacht voor *Staphylococcus aureus* zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen 4 uur na bekend worden, aan de hoofdbehandelaar. Dit overleg dient gedocumenteerd te worden door de arts-microbioloog.
- Start zo snel mogelijk gerichte antibiotische behandeling, maar in elk geval dezelfde dag. Zie ook de module 'Informatiestroom en follow-up bij *Staphylococcus aureus*'

#### RISICO'S

Een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie is een potentieel levensbedreigende aandoening. Snelle bacteriologische bevestiging en communicatie van de bevindingen van verlaagt het risico op een foute diagnose. Snelle aanpassing van de therapie verlaagt het risico op het voortzetten van een foute of niet optimale therapie.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Een voor een nieuwe indicator heeft een opvallend groot aantal ziekenhuizen data over de gevraagde aspecten van de zorg voor patiënten met een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie. Alleen het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) en het Erasmus MC (Rotterdam) hebben geen data. Beiden geven geen toelichting. De andere instellingen zonder data leveren geen zorg aan patiënten met een hoger risico op deze aandoening. Het UMCU (Utrecht) heeft geen data, al zijn de gegevens wel in het systeem opgenomen dit is de enige toelichting in de hele set waarin wordt verwezen naar de COVID-19 pandemie: '[Door de COVID-19 pandemie is de uitvraag, analyse en beantwoording anders verlopen, waardoor er onvoldoende tijd was om alle vragen te beantwoorden.](#)'

De 75 instellingen die data leveren over de snelheid van het op de hoogte stellen van de hoofdbehandelaar maken duidelijk dat dit een actie is waar zij hoge prioriteit aan geven. Het ziekenhuis met de het laagste percentage is het Medisch Spectrum Twente (Enschede), maar ook dit ziekenhuis doet dat in 93,5% van de gevallen wel. 72 ziekenhuizen kunnen het moment van de eerste diagnose goed uit het systeem halen en 100% documenteert het contact met de hoofdbehandelaar. De toelichting van het Deventer ziekenhuis (Deventer) geeft inzicht in de foutenbronnen bij het registreren: '[De voorlopige uitslag wordt direct bekend gemaakt. De datum en tijdstip van de definitieve uitslag, wordt overschreven met datum en tijdstip voorlopige uitslag. Hierdoor missen we de informatie in het EPD wanneer voor het eerst de mogelijke \*Staphylococcus aureus\* infectie is vastgesteld.](#)' Het is goed als het ziekenhuis de eventuele foutenbronnen in een uitslag in beeld heeft. Een mogelijke verbetering zou zijn indien het ziekenhuis aan zou geven welke invloed dit op de data heeft. Kwalitatief zou dit inhouden dat de 95,5% van het ziekenhuis beter is dan de werkelijke situatie, maar dat hangt ook af van het aantal keren dat de definitieve uitslag veel later komt.

Veel ziekenhuizen geven een inhoudelijk goede toelichting op het proces. Een voorbeeld: Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag): 'HMC heeft in totaal 93 positieve bloedkweken afgenomen in 2019. Conform de exclusiecriteria zijn overleden patiënten geëxcludeerd. Van de drie patiënten die voor bekend worden van de bloedkweek zijn overgeplaatst, is de uitslag binnen 24 uur doorgebeld naar het ziekenhuis van overplaatsing.' Normaal stelt de inspectie vragen bij een 100% uitslag, maar het lijkt erop dat het ziekenhuis voldoende onderzoek naar de populatie heeft gedaan om 100% aannemelijk te maken. Het is dan ook waardevol om het aantal geëxcludeerde patiënten exact te melden. Dat maakt het mogelijk om de 100% te beoordelen en hoeven er geen/minder aanvullende vragen gesteld te worden. Gelukkig hebben veel ziekenhuizen zich dit gerealiseerd en een soortgelijke toelichting bij de data gegeven.

Er is een aanzienlijke spreiding in het aantal patiënten bij wie een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek is aangetoond in het verslagjaar, waarbij de bloedkweek is afgenomen van 0 tot 145 keer. Dit aantal is grofweg gecorreleerd met de omvang van het ziekenhuis.

Hetzelfde geldt voor de snelheid van het aanpassen van de antibiotische therapie. Het Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo) is hier het ziekenhuis met het laagste aantal patiënten waarbij de therapie binnen 24 uur werd gericht op de gevonden verwekker. De uitslag van 54% wijkt sterk af van de andere ziekenhuizen die allen bij tussen de 90 en 100% van de patiënten de therapie aanpassen. In een dergelijk geval wordt een toelichting door het ziekenhuis erg gemist. Het betreft hier een levensbedreigende aandoening, dus het is essentieel dat het ziekenhuis laat zien dat het zelf gezien heeft dat het een opmerkelijke uitslag heeft aangeleverd.

Gemiddeld wordt bij meer dan 98% van de patiënten binnen 24 uur na de kweekuitslag de behandeling gericht op basis van de kweekuitslagen. Ook hier is de spreiding klein. De 10% met het laagste aantal aanpassingen ligt bij 96%, wat erg hoog is voor een nieuwe indicator.

Het St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) geeft een toelichting die het niveau van detail van de uitslagen laat zien: 'Bij één patiënt heeft de eerste toediening niet binnen 24 uur na identificatie plaatsgevonden. De identificatie van de *Staphylococcus aureus* uit een bloedkweek van een patiënt die op dat moment thuis was, vond plaats op een zaterdag. De uitslag is direct doorgebeld aan de dienstdoende arts en de patiënt is op maandag naar het ziekenhuis geroepen door de dienstdoende arts. Hierbij is de 24 uur overschreden'. Ook hier geldt dat hoge percentages minder vragen oproepen als zij op een dergelijke wijze zijn gedocumenteerd. In dit geval gaat het om 1 patiënt op de 145 patiënten. In totaal geven 55 ziekenhuizen aan dat dit bij 100% van de patiënten gebeurt. In een beperkt aantal gevallen is dat gebaseerd op een steekproef. Dat is een voldoende betrouwbare methode om een goede schatting te maken. Gezien de kennelijke zeldzaamheid van een late aanpassing in de meeste ziekenhuizen is een steekproef niet geschikt om aan te tonen dat late aanpassing nooit voorkomt. Ziekenhuizen hoeven dan ook geen beroep te doen op het ontregelen van de zorg om een steekproef te geven. De mogelijkheid van het uitvoeren van een steekproef is standaard opgenomen in de uitvraag.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator wordt in ieder geval tot 2021 uitgevraagd.



## MAAG-DARM-LEVER

14.1.2 Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie

14.1.3 Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd

### DOEL INDICATOR

14.1.2 Stimuleren van deelname aan de landelijke kwaliteitsregistratie.

14.1.3 Systematische evaluatie van de kwaliteit van de endoscopische retrograde cholangio-, pancreaticografie (ERCP).

### RICHTLIJN

[Beleidsplan MDL 2013-2018 \(niet openbaar gemaakt\)](#)

Deelname aan de landelijke registratie is vanaf 1 januari 2016 verplicht gesteld door Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL). De procedurele succespercentage zou, bij level 1 Schutz classificatie ERCP procedures, minimaal 80 % moeten zijn.

### RISICO'S

Aandoeningen van het spijsverteringssysteem vormen een belangrijke groep van aandoeningen, zowel qua mortaliteit als qua chronische ziektelast. In Nederland worden jaarlijks naar schatting 16.000 ERCP's verricht. Deze procedure, waarbij vanuit het duodenum de galweg- of alveeskliergang gecanuleerd wordt en stenen verwijderd of endoprothesen geplaatst kunnen worden, kent een lange leercurve en kan gepaard gaan met complicaties zoals post-ERCP pancreatitis of -bloeding. Daarnaast komt het voor dat de intentie van de procedure niet bereikt wordt, waardoor het onderzoek herhaald moet worden met daardoor extra belasting en risico voor de patiënt. Indien er niet wordt deelgenomen aan een landelijke registratie en er geen inzicht is in het percentage procedurele intentie geslaagd, bestaat de kans dat er onvoldoende inzicht is in het eigen handelen met als gevolg dat problemen langer blijven bestaan.

### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De uitslagen voor deelname aan de landelijke registratie over 2019 zijn net als in 2018 conform de langjarige trend met 3% verbeterd ten opzichte van 2017 en 2018 tot 97,7%. De grens voor achterblijvers (< P10) schoof elk jaar met 10% omhoog tot 93,1% in 2019. De ziekenhuizen die hierbij achterblijven geven een duidelijke toelichting. Deze indicator heeft daarmee zijn doelstelling bereikt en zal in 2020 daarom kunnen vervallen.

Het succespercentage verbetert ook jaarlijks, maar met stapjes van 1% per jaar. Het gemiddelde succespercentage in 2019 was 89,5%. Ook de grens voor achterblijvers (<P10) verbetert met 1,5% per jaar en is in 2019 84,1%.

De toelichtingen dit jaar richten zich vooral op de selectie van de ERCP's voor de bepaling van de procedurele succespercentage. Er zijn drie moeilijkheidsgraden voor ERCP's opgesteld door American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). De norm gesteld door de NVMDL stelt dat 80% van de ERCP's met moeilijkheidsgraad 1 dienen te slagen in hun opzet. Dit jaar zijn er twee ziekenhuizen Treant Zorggroep (Emmen, Hoogeveen, Stadskanaal) en Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) die met 75,6% resp. 77,5% die norm niet halen.

Treant Zorggroep geeft daarbij een toelichting die niet volkomen duidelijk is: 'Deels is er een registratie probleem. Daarnaast is er gedurende het jaar een aanzienlijke wisseling van endoscopisten geweest waardoor mogelijke tekortkomingen in de registratie niet meer gecorrigeerd kunnen worden en de uitkomsten daardoor niet meer op de juiste wijze gegenereerd kunnen worden.' Het is belangrijk om te weten welk probleem de registratie betreft. Is de uitkomst niet geregistreerd? Een opvallende wisseling van endoscopisten kan ook een teken zijn van problemen.

Maasstadziekenhuis (Rotterdam) was vorig jaar één van de drie ziekenhuizen met een uitkomst onder de norm. Dit jaar geeft het ziekenhuis daarbij geen toelichting met interpretatie van eigen data. Het is niet duidelijk of het ziekenhuis inzicht heeft in eigen data. Ook heeft het ziekenhuis geen verbetering getoond in vergelijking met voorgaande verslagjaar. Daarnaast is het, door het niet geven van een toelichting, niet duidelijk of het ziekenhuis *in control* is op dit thema. De inspectie gaat in gesprek met het ziekenhuis om alsnog een analyse met hieruit voortvloeiende verbetermaatregelen met een terugkoppeling. Daarnaast moet de beroepsgroep (NVMDL) uitspraak doen over het niet behalen van de door de beroepsgroep ingestelde procedurele succespercentage minimumnorm van 80%.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Beide indicatoren worden over het verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.



## 16 PERINATALE ZORG

### 16.1.1 Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'

#### DOEL INDICATOR

Ingrijpen in de normale bevalling kan noodzakelijk zijn in geval van foetale en/of maternale nood maar heeft een verhoogd complicatie risico vergeleken met een spontane partus. De indicatiestelling tot een interventie komt voort uit een weloverwogen keuze voor de behandeling met het minste risico's voor moeder en kind. De 'NTSV-groep' van deze indicator zijn die vrouwen die voor de eerste keer zijn bevallen van een eenling in hoofdligging, na een voldragen zwangerschap (*nulliparous term singleton vertex*). De indicator Percentage spontane partus in de NTSV-groep wordt gezien als een belangrijke benchmark van ziekenhuizen. Bewustwording van de verschillen tussen ziekenhuizen en evaluatie daarvan kan leiden tot aanpassen van het aantal interventies in de NTSV-groep. Het percentage interventies in de NTSV-groep moet worden geanalyseerd in het licht van potentiële complicatierisico's van zowel de spontane partus als van een vaginale kunstverlossing en sectio caesarea. De indicator zelf heeft nu geen concrete kwaliteitsdoelstelling.

#### RICHTLIJN

De indicator is gebaseerd op de richtlijnen [Spontane vaginale baring](#), [Vaginale kunstverlossing](#) en [Indicatiestelling sectio caesarea](#) onder leiding van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

#### RISICO'S

Geboortezorg heeft ten doel een gezonde moeder en een gezond kind, na een bevalling waarbij de gevolgen en risico's van afwachten of ingrijpen voortdurend zijn afgewogen op basis van the state of the art in Nederland. Zowel vaginale kunstverlossingen als sectio caesarea zijn geassocieerd met een verhoogde kans op morbiditeit en mortaliteit van moeder en kind. Te veel of te weinig ingrijpen in het geboorteprocés verhoogt de kans op complicaties met als gevolg morbiditeit en/of mortaliteit van moeder en/of kind.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Het gemiddeld percentage spontane partussen in de NTSV-groep is 64,2% (P10 = 58,6%, P90 = 69,7%). Dit percentage is min of meer vergelijkbaar met het gemiddeld aantal spontane partussen in de tweede lijn in 2017 (64,7%) en 2018 (62,6%). Bij de eerste uitvraag van de indicator in 2011 was dit percentage 58,2%.

Treant zorggroep (Emmen, Hoogeveen, Stadskanaal) heeft een percentage spontane partussen in de NTSV-groep van 56,8% (<P10). Het is het enige ziekenhuis met een inhoudelijke toelichting op het behaalde resultaat. Het ziekenhuis laat in de toelichting zien dat het inzicht heeft in eigen data en een analyse heeft gedaan: 'Erkend wordt dat de indicatorscore afwijkend is ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Analyse heeft bevestigd dat protocollen en richtlijnen gevolgd worden. Mogelijk wordt het veroorzaakt door kleine afwijkingen in de populatie.' Het is goed dat het ziekenhuis concludeert dat het een opvallende uitslag heeft maar tevens waarneemt dat protocollen en richtlijnen gevolgd worden. Aannemende dat andere ziekenhuizen dit ook doen geeft het geen verklaring voor het verschil in uitkomst van het beslissingsproces. Dat het ziekenhuis een inhoudelijke toelichting geeft is positief. Deze indicator is hekkensluiter qua kwaliteit van de toelichtingen bij de langer bestaande indicatoren. Een inhoudelijke reactie wordt door andere ziekenhuizen nog steeds niet gegeven. Dit ondanks de oproep uit de inleiding van het HRT 2018. Een indicator bestaat uit de gevraagde data plus de eigen analyse van de instelling, weergegeven in een toelichting.

Evenals vorige jaren was de aanlevering van de data niet compleet. Momenteel geven nog zeven ziekenhuizen aan dat de gegevens niet of foutief in Perined waren aangeleverd. In verband met de korte tijd tussen het beschikbaar komen van de data in Perined en de definitieve doorlevering was het voor deze ziekenhuizen niet mogelijk de data te valideren en correcte data beschikbaar te stellen. Een vergelijking met voorgaande

verslagjaar is dan voor deze ziekenhuizen niet mogelijk. Eerder werden problemen met doorlevering data in 2018 gemeld door St Antonius (Nieuwegein), UMCG (Groningen), St. Jansdal (Harderwijk), LUMC (Leiden) en Elisabeth –Tweesteden ziekenhuis (Tilburg). Deze problemen zijn nu opgelost. Een verdieping van de toelichting was mooi geweest als het ziekenhuis had aangegeven hoe de analyse is verlopen en wat daaruit aan mogelijke verbetermaatregelen zijn voortgekomen. Er zijn drie Nederlandse ziekenhuizen waar bevallingen plaatsvinden die geen data aanleveren. De ziekenhuizen geven in de toelichting aan dat er problemen zijn met de aanlevering van de data. Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg): 'Er zijn technische problemen met het inlezen van gegevens uit MOSOS in Perined, waardoor wij niet beschikken over de cijfers.' Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag): 'HMC beschikt niet over de uitkomsten vanuit Perined. Vanuit HMC is alle vereiste data voor de indicatoren aanlevering door middel van een batchaanlevering aangeleverd. Hoewel de testaanlevering goed is verlopen, is er geen data in de Perined applicatie door geleverd. Perined verzorgt voor de data van HMC een nalevering half juli richting HMC. HMC levert door aan Zorginstituut en IGJ.' UMCU (Utrecht): 'Ondanks uitgebreide inzet van de afdeling Verloskunde is het onmogelijk gebleken om betrouwbare gegevens aan te leveren. Landelijk ervaren obstetrische afdelingen veel problemen met de juistheid van de gegevens van Perined. Er blijkt een koppelingsprobleem te zijn tussen het elektronisch dossier en Perined waardoor gegevens niet goed worden overgezet dan wel de juistheid van de gegevens niet valt te controleren.'

Meerdere ziekenhuizen hebben de problemen die men ondervond met de aanlevering van de data aangepakt. Uit de toelichtingen blijkt niet welke acties de ziekenhuizen hebben ondernomen. Evenals voorgaande jaren zijn de data die het ziekenhuis aanlevert mogelijk niet betrouwbaar wat een vergelijking met andere ziekenhuizen niet mogelijk maakt.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De combinatie van een grote spreiding in percentage spontane partus in de NTSV-groep, het uitblijven van een verandering daarin en de voortdurende logistieke problemen rond de huidige indicator vraagt om het kiezen van een andere indicator voor perinatale zorg. De beroepsgroep geeft hierop reactie de volgende uiteenzetting: 'De beroepsgroep heeft inmiddels als verbeterdoel het onderwerp fluxus opgepakt. Binnen een multidisciplinaire projectgroep wordt er binnen het 'uitschietersproject' een verbetertool ontwikkeld met als doel de verloskundige zorgprofessionals een (digitaal) instrument te bieden om de PDCA-cyclus binnen de geboortezorg te verbeteren en te blijven monitoren om te beoordelen of het ingezette verbeterbeleid tot resultaten leidt. Tevens wordt de ICHOM Geboortezorg uitkomstenset in het BUZZ-project geëvalueerd en zal deze standaard uitkomstenset als pilot in enkele regio's ingezet gaan worden met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Indien dit succesvol blijkt, zal dit landelijk worden uitgerold.'

## 17 KWETSBARE GROEPEN

### 17.1.1 Screening ondervoeding geriatrische patiënten

#### DOEL INDICATOR

Het terugdringen van ondervoeding bij geriatrische patiënten.

#### RICHTLIJN

[Ondervoeding bij de geriatrische patiënt](#). Relevante tekst richtlijn (pagina 27): 'Screen (poli)klinische geriatrische patiënten met een gevalideerd screeningsinstrument voor ondervoeding, en voer altijd een assessment uit indien bij screening aanwijzingen zijn voor (een risico op) ondervoeding.'

Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding kan er voor zorgen dat de ernst van de ondervoeding beperkt blijft en de zorgcomplexiteit en zorgbehoefte daalt. Bij patiënten ouder dan 70 jaar is er sprake van ondervoeding als er onbedoeld gewichtsverlies is van meer dan 10% in de laatste zes maanden of meer dan 5% in de laatste maand. Daarnaast is er sprake van ondervoeding bij een Body Mass Index (BMI) < 20. De indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten vraagt naar het percentage op ondervoeding gescreende geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli-of dagkliniek.

#### RISICO'S

Als er geen screening op ondervoeding bij geriatrische patiënten plaatsvindt bestaat de kans dat er geen tijdige behandeling in gang wordt gezet met als gevolg een grotere kans op schade door functieverlies.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De dekking van het specialisme geriatrie in Nederland is vrijwel compleet. Alleen Ikazia ziekenhuis (Rotterdam) geeft aan niet over een polikliniek of dagkliniek te beschikken voor deze functie. De gemiddelde resultaten over 2019 (91,0%) zijn iets toegenomen ten opzichte van 2018 (89,4%). Het aantal patiënten is net als in 2018 iets toegenomen met 1.800 (5,1%). De grootste verbetering zit in de onderste 10%, waarvoor de grens is opgeschoven van 73 naar 83%.

Een mooi voorbeeld van een inhoudelijk goede toelichting bij een goed resultaat (92,3%) na het implementeren van verbetermaatregelen komt naar voren in de toelichting van Martini Ziekenhuis (Groningen), vorig jaar nog hekkensluiter met 55,0%: 'Het percentage is ten opzichte van 2018 gestegen omdat we als team scherp op de screening van ondervoeding zijn gaan letten. De MNA score heeft een prominente plek gekregen in ons dossier en de arts-assistenten zijn vanaf aanvang getraind.' Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis in het voorgaande verslagjaar teleurstellend resultaat heeft omgezet naar een verbetering van kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Het ziekenhuis laat hiermee zien dat het eigen resultaten analyseert en indien nodig verbetermaatregelen treft. Het ziekenhuis laat daarmee zien dat de stijging het resultaat is van aangepast beleid en geeft inzicht in de genomen maatregelen. Ook Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) komt met een inhoudelijk goede toelichting bij een goed resultaat (98,4%): 'In het Diakonessenhuis is de screening van de voedingstoestand (MNA) een verplicht onderdeel van de intake van geriatrische patiënten die op de polikliniek of dagkliniek komen. Het dossier kan niet worden afgesloten als dit onderdeel is overgeslagen.'

Dit jaar is Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) hekkensluiter met 31,5%. Maar het ziekenhuis laat in de toelichting duidelijk zien wat de oorzaak is: 'In 2019 is de screeningsmethode SNAQ + BMI vervangen door de screeningsmethode MNA-SF. De SNAQ + BMI werd uitgevoerd door de polikliniek assistent. De MNA-SF wordt door de geriater/arts uitgevoerd. Hier moet routine in ontwikkeld worden. De screening en registratie in MNA-SF werd later in het EPD gebouwd.' Vervolgens wordt duidelijk aangegeven wat de genomen maatregelen zijn: 'In het 4e kwartaal zijn de knelpunten t.a.v. registratie in het EPD opgelost en geoptimaliseerd. Daarnaast is structureel stuurinformatie beschikbaar gespecificeerd per arts voor inzicht en bewustwording. De uitkomsten

zijn onderwerp van gesprek binnen de vakgroep en de diëtiste is actief betrokken bij de monitoring.’  
Uitzonderlijk is dat ook de resultaten in 2020 worden gemeld ter bevestiging: ‘Deze verbeteracties hebben geleid tot een screening hoger dan 60 in het 1e kwartaal van 2020.’

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020 - 2021

De indicator wordt in 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 17 KWETSBARE GROEPEN

### 17.2.1 Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

### 17.2.2 Beoordeling bij kwetsbaarheid

#### DOEL INDICATOR

Bevorderen inbreng van een generalistische beoordeling vóór operatie.

#### RICHTLIJN

[Zorgpad voor de kwetsbare oudere patiënt rondom een colorectale ingreep. Verricht](#) bij alle patiënten van 70 jaar en ouder met een colorectaal carcinoom en met een indicatie voor een chirurgische interventie een preoperatieve risicoschatting op geriatrische problematiek (die de uitkomsten negatief beïnvloedt). Doe dit door:

- Geriatrische competenties toe te voegen aan de preoperatieve risicoschatting door de anesthesioloog of;
- Door het getrapte model van screening op kwetsbaarheid en bij een positieve uitslag, geriatrische beoordeling.

#### RISICO'S

Indien er geen screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie bij patiënten van 70 jaar en ouder plaatsvindt, is er een kans dat er geen tijdige (h)erkenning van geriatrische problematiek en behandeling in gang wordt gezet met als gevolg dat de kwetsbare oudere patiënt mogelijk schade oploopt.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 70 Nederlandse ziekenhuizen vindt electieve colonchirurgie plaats. In al deze ziekenhuizen is het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie, dat preoperatief beoordeeld is door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie, bekend. Er is een grote spreiding in het percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie (20,0% - 100%).

ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) (20,0%), Spaarne Gasthuis (Hoofddorp en Heemstede) (34,7%), Treant Zorggroep (Emmen, Stadskanaal, Hogeveen) (45,5%) en IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) (45,8%) hebben een percentage lager dan de P10 (50,0%) en geven geen toelichting. Dat is op zijn minst teleurstellend, zeker bij een indicator die al over meerdere jaren wordt uitgevraagd. Bovengenoemde ziekenhuizen laten niet zien dat zij voldoende zicht hebben op behaalde resultaten, laat staan dat verbetermaatregelen zijn getroffen. Bovenstaande ziekenhuizen worden opgeroepen alsnog een analyse op hun resultaten te doen en hieruit verbetermaatregelen te treffen.

Er is bij beide indicatoren een duidelijke trend naar steeds minder patiënten. Vorig jaar werd dat geweten aan een andere omschrijving van de populatie, maar dat kan de trend over vier jaar niet verklaren. In 2016 werden 6.098 patiënten gescreend, in 2019 waren dat in totaal 4.478 patiënten, een daling van 14%. Alleen de toelichting van Medisch Spectrum Twente (Enschede) besteedt aandacht aan de daling: [‘Het aantal patiënten is dit jaar beduidend minder ten opzichte van vorig jaar. Dit komt omdat er minder kwetsbare patiënten naar voren zijn gekomen conform de G8 meting’](#).

Het gemiddelde percentage patiënten dat gescreend werd met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid bleef gelijk: 93,3% in 2019 versus 94,9% in 2018.

Het aantal patiënten dat na screening werd beoordeeld door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie, halveerde in dezelfde periode van 2.259 in 2016 naar 1.183 in 2019. Het gemiddelde percentage patiënten dat beoordeeld werd bleef ook gelijk: 81,2% in 2019 versus 82,4% in 2018.

De twee indicatoren beschrijven een tweetrapsstelsel. Omdat beoordeling arbeidsintensief is worden patiënten van 70 en ouder eerst gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid, om vast te stellen of preoperatieve beoordeling door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie wenselijk is. Gemiddeld wordt 30% van de patiënten die gescreend zijn, beoordeeld door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie. 70% van de patiënten 'blijft op de zeeff liggen'. Er is een enorme spreiding van 4,0% tot 114% waarbij ook de patiënten die niet gescreend zijn toch in de kwetsbare groep zijn opgenomen.

De toelichting op deze indicator is complex. Een goede inhoudelijke toelichting die daar recht aan doet is die van Medisch Spectrum Twente: '9 van de 15 patiënten die volgens de G8 als kwetsbaar zijn beoordeeld, zijn preoperatief beoordeeld door internist ouderengeneeskunde of de multimorbiditeits-poli waar de internist ouderengeneeskunde zitting in heeft. De 6 patiënten die niet zijn gezien door de internist ouderengeneeskunde/ multimorbiditeits-poli zijn gezien door de diëtiste. De verlaagde G8 was volgens de casemanager direct te herleiden tot ondervoeding.' 100% van de 70 patiënten van 70 en ouder worden door dit ziekenhuis gescreend. Vijftien van deze patiënten komen uit de screening als kwetsbaar waarvan negen uiteindelijk worden beoordeeld. De zes patiënten die niet beoordeeld zijn hadden een duidelijke andere oorzaak. Dit is een zeer bruikbare toelichting. Het screeningsproces loopt, de screening is op een duidelijke manier gekoppeld aan de beoordeling. Trends over de tijd krijgen een verklaring. Wat hier ook goed is, is dat er in 2018 een goede toelichting was op het toen onbevredigende screeningspercentage, met een duidelijk plan. Het ziekenhuis heeft geleerd van de situatie in 2018, is verbeterd en laat dat in 2019 zien.

Er zijn meerdere ziekenhuizen die een goede toelichting schrijven, waarbij meestal aandacht wordt besteed aan de redenen waarom patiënten niet beoordeeld zijn door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie.

Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) laat zien dat een toelichting een verklaring kan geven over het proces, maar dat die wel moet passen bij de uitslag. 95,6% van de patiënten worden gescreend. Dat is hoog. Het ziekenhuis beoordeelt uiteindelijk 2,6% van het totaal aan gescreende patiënten en heeft daarmee één van de laagste percentages beoordeling. De toelichting daarbij is: 'Vanaf februari 2020 starten we al met kwetsbaarheid screening (G8) op de poli chirurgie. In 2019 gebeurde screening op de POS (d.m.v. VMS-vragen)'. Dit geeft een goede verklaring voor het screeningspercentage en laat de gerealiseerde verbeterplannen zien. Vervolgens echter: 'De samenwerking tussen geriatrie en chirurgie is geïntensiveerd en vaker geëvalueerd. Hierdoor worden er minder kwetsbare patiënten door de geriater gemist.' Dit is op twee manieren te interpreteren. Het ziekenhuis heeft gezien dat het erg weinig patiënten beoordeelt en beschrijft de goede voornemens voor 2020. De andere verklaring is dat dit de toelichting is op de verbeterplannen in 2019. Dan zijn de resultaten onvoldoende, want in 2019 werden er zeker patiënten gemist. In het eerste geval is de toelichting voldoende, de tweede is juist verontrustend.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Deze indicator wordt over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

## 17 KWETSBARE GROEPEN

### 17.3.1 Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur

#### DOEL INDICATOREN

De indicator geeft inzicht in de kwaliteit van de samenwerking in de keten. Het doel van de indicator is de zorg voor kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur te optimaliseren en te komen tot een zo goed mogelijk functioneren van de patiënt in de thuissituatie.

#### RICHTLIJNEN

[Proximale femurfractuur - postoperatief herstel bij de behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen](#)

Generiek zorgpad bij de behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen. Een generiek zorgpad geeft de organisatorische voorwaarden waaraan dient te worden voldaan bij de multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen rondom een heupoperatie. Welke maatregelen kunnen een functioneel herstel bevorderen en de kans op overlijden verlagen bij een kwetsbare oudere patiënt met een proximale heupfractuur?

#### RISICO'S

Het missen van signalen dat het gekozen ziekenhuisbeleid niet leidt tot een goede functionele uitkomst bij kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur. Dit kan leiden tot een te sterke focus op het eigen handelen ten koste van het signaleren van risico's in de keten.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

##### **Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur**

Zestien ziekenhuizen zijn nog niet gestart met de registratie, dit zijn er acht minder dan in 2018. Twaalf van deze zestien ziekenhuizen lichten dit toe, vaak uitgebreider dan de ziekenhuizen die wel data leveren. De vier ziekenhuizen die geen data aanleveren en geen toelichting geven zijn: Erasmus MC (Rotterdam), MCL (Leeuwarden), Meander Medisch Centrum (Amersfoort) en Waterlandziekenhuis (Purmerend).

Er is een duidelijke stijging van het aantal patiënten (3.778 in 2019 versus 2.975 patiënten in 2018 en 3.184 patiënten in 2017) en in het gemiddelde percentage (29% in 2019 versus 22,7% in 2018 en 22,8% in 2017). Er zijn dit jaar geen data geëxcludeerd op grond van de toelichtingen (dit in tegenstelling tot vorig jaar).

Ook in 2019 is het grote aantal informatieve toelichtingen opvallend. De uitslagen en de toelichtingen laten wel zien hoe lastig het is om een uitkomstindicator in te zetten voor de uitkomst van een behandeling. Veel toelichtingen gaan over problemen met de timing van de indicator. De routinecontrole op zes weken, terwijl de uitkomst op drie maanden de meest relevante is. Het blijft lastig dat er een discrepantie blijft tussen beleid gericht op uitkomsten en de feitelijke registratielast die als hoog wordt ervaren. Tegelijkertijd is dit wel de belangrijkste criterium voor zinnige zorg. Hoe functioneert een kwetsbare oudere met een proximale heupfractuur na behandeling? Dat kan niet alleen op basis van data uit het ziekenhuis zelf bepaald worden. De inspectie zal dan ook het beleid van de betrokken verenigingen blijven steunen om deze registratie te optimaliseren.

Elkerliek ziekenhuis (Helmond en Deurne) geeft inzicht in de factoren die deze registratie complex maken: 'Patiënten die geopereerd zijn voor een heupfractuur worden na 6 tot 7 weken na de operatie gezien op de polikliniek voor postoperatieve controles (o.a. ten behoeve van beoordeling uitbreiding mate van belastbaarheid). Patiënten die verblijven in een verpleeghuis komen, gezien de veelal hoge leeftijd en comorbiditeit, niet terug op de polikliniek en worden verder begeleid door de verpleeghuisarts. Drie maanden na de operatie komt een patiënt niet terug op de polikliniek, waardoor de Katz ADL en Mobility score niet zijn

uitgevraagd. In 2019 is een pilot gestart om dit schriftelijk uit te vragen, maar door zowel de beperkte respons van patiënten als problemen met de registratie van de uitkomsten in HiX, is dit initiatief niet goed van de grond gekomen. Er is vervolgens niet voor gekozen om de patiënt na drie maanden opnieuw terug te laten komen op de polikliniek, omdat dit in de eerste plaats extra belastend is voor deze zeer kwetsbare patiënten populatie, maar daarnaast medisch gezien ook geen waarde toevoegt voor de patiënt. In 2020 wordt gestart met een werkwijze waarbij de medisch specialist drie maanden na de operatie telefonisch contact opneemt met (de familie van) de patiënt waarbij de Katz ADL score en de Mobility score worden nagevraagd. Hiervoor worden de volgende aanpassingen in het werkproces uitgevoerd: Planning van belconsult drie maanden na operatie, uitbreiding gebruik DHFA vragenlijst in HiX, waardoor Katz ADL en Mobility score op de juiste plek vastgelegd worden ten behoeve van de DHFA, In 2020 wordt ook de doorlevering van HiX naar DHFA vormgegeven, zodat de gegevens niet meer handmatig in de DHFA ingevoerd hoeven te worden’.

VUmc (Amsterdam) laat met een inhoudelijk goede toelichting zien dat het zich inzet voor een optimalisatie van inzicht in de kwaliteit van de samenwerking in de keten. Hiermee laat het ziekenhuis zien dat het zorg voor kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur wil optimaliseren om zo te komen tot een zo goed mogelijk functioneren van de patiënt in de thuishouding. Het ziekenhuis is in deze een voorbeeld voor andere ziekenhuizen die ook deze zorg leveren en de drie maanden follow up (nog) niet hebben ingeregeld: ‘De verpleegkundige van de afdeling screent volgens het VMS protocol patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur op kwetsbaarheid. Bij alle kwetsbare ouderen komt het Consulterend Team Ouderengeneeskunde (CTO) proactief in consult. In overleg wordt vervolgens de internist ouderengeneeskunde ingeschakeld. De behandelend arts kan ook zelf het CTO inschakelen.’

Een nieuw element in diverse toelichtingen is de vermelding van verschillen in succes tussen de twee groepen specialisten die de ingreep uitvoeren. Soms zijn de chirurgen succesvoller, soms de orthopeden. Vaak wordt dit wel aangegeven als verbeterplan. De ene vakgroep zal in 2020 het beleid van de andere, succesvollere overnemen. Dit is wel een vooruitgang. Bij de eerdere indicatoren betreffende heupfracturen waren er ook verschillen maar was er vaak een gerichte vraag van de inspectie nodig om het verschil bloot te leggen. Een voorbeeld van deze toelichting geeft Amphia Ziekenhuis (Breda): ‘Cijfers betreffen heilkunde. Deze patiëntenpopulatie wordt binnen Amphia zowel door orthopedie als heilkunde behandeld. Voor 2019 geldt dat heilkunde de follow-up rond drie maanden heeft ingeregeld. Aangezien orthopedie met name het deel van de patiënten behandelt dat een kophalsprothese krijgt, waarvan nacontrole an sich vaak te belastend is, heeft de vakgroep dit in 2019 nog niet ingeregeld. Vanaf 1 oktober 2019 heeft orthopedie dit georganiseerd.’

Medisch Spectrum Twente (Enschede) laat zien dat het beide kanten uit kan gaan: ‘Chirurgen hebben het proces van nabellen niet ingeregeld. Bij de orthopedie wel. Onderling wordt nu bekeken wat de chirurgie hiervan kan overnemen.’

Uit de toelichting van Antonius ziekenhuis (Sneek) blijkt op geen enkele wijze dat het ziekenhuis inzicht heeft in eigen data en dat het ziekenhuis geen enkele moeite doet om het proces te doen verbeteren ‘De Katz-ADL-score en de Mobilityscore wordt drie maanden na ontslag niet afgenomen omdat de follow-up 6 weken na de ingreep is.’

Catharina ziekenhuis (Eindhoven) komt met de volgende toelichting: ‘Na analyse van deze indicator in Santeon verband blijkt, vanwege de complexiteit van de indicator, dat wij geen betrouwbaar en representatief percentage kunnen berekenen. Daarnaast blijkt het heel lastig om patiënten drie maanden na ontslag een vragenlijst te laten invullen. Een deel van de patiënten komt niet meer terug op het spreekuur vanwege bijvoorbeeld verblijf in een andere zorginstelling of overlijden. Als we kijken naar de bekendheid van de Katz-ADL-score en de Mobilityscore preoperatief dan is het percentage 100 dit is namelijk een standaard onderdeel van de verpleegkundige anamnese.’ De bekendheid van de Katz-ADL-score en de Mobilityscore is voldoende, de volgende stap voor het ziekenhuis is om het werkproces zodanig in te regelen dat Katz-ADL-score en de Mobilityscore ook drie maanden na de operatie bekend is. Uit verschillende toelichtingen, waaronder ziekenhuizen die eveneens deel uitmaken van het samenwerkingsverband waarop gedoeld wordt, blijkt dat dit heel wel mogelijk is. Vergelijkbare toelichtingen worden gegeven door Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en



Zutphen): 'Er is geen Katz-ADL score en Mobilityscore drie maanden na ontslag bekend. De kwetsbare oudere groep patiënten na een collum/proximale femur fractuur wordt op indicatie teruggezien, niet standaard na 3 maanden, veelal al na 6 weken. Een deel van deze patiënten wordt vervolgd en in maand 3 postoperatief gezien, een klein aantal patiënten wordt een langere periode vervolgd.' Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten): 'Uitkomsten na drie maanden niet geregistreerd, worden bij opname wel uitgevraagd en vastgelegd. Geen controle na drie maanden.' Zuyderland MC: 'Patiënten hebben een postoperatieve controle na zes weken. Gezien de patiënten categorie die behandeld wordt de Katz-ADL en mobility na zes maanden niet bijgehouden, en patiënten niet actief hier na drie maanden over gebeld.'

IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) komt met de volgende toelichting: 'Dit wordt nu nog niet gedaan. Wel tijdens opname medebehandeling geriatricie. Ontwikkelingen zijn er om dit vorm te geven'. Hoewel het ziekenhuis voor het registratiejaar 2019 geen data kan leveren is er wel een ontwikkeling gaande welke de inspectie nauwlettend zal volgen. De inspectie verneemt graag van het ziekenhuis welke ontwikkeling gaande is en of het ziekenhuis inmiddels inzicht heeft of aanvullende verbetermaatregelen nodig zijn. Ook Sint Franciscus Vlietland Groep laat zien in hun toelichting dat, hoewel zijn voor het registratiejaar 2019 geen data aanleveren, verbetermaatregelen zijn ingezet: 'Er wordt onderzocht hoe de Katz-ADL-score en mobilityscore in de PROM (topic-lijst) geriatricie kan worden opgenomen. Streven is om najaar 2020 de eerste uitkomsten hiervan te presenteren.' Drie ziekenhuizen: Wilhelmina Ziekenhuis (Assen), Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) en Ziekenhuis Rivierenland (Tiel), laten in hun toelichting weten dat zij in 2020 zijn begonnen met het uitvragen van de Katz-ADL en de Mobility-score.

Dat er geen overeenstemming bestaat over het noodzaak van een drie maanden follow up om te monitoren hoe de conditie is van de kwetsbare oudere met een proximale heupfractuur om te komen tot een zo goed mogelijk functioneren van de patiënt in de thuissituatie, blijkt wel uit de toelichting van St Jansdal (Harderwijk): 'Vanuit de trend 'Ontregel de zorg' heeft de vakgroep chirurgie besloten om zowel de patiënten als zichzelf niet te belasten met de vragenlijsten Katz-ADL en de Mobilityscore. De vragenlijsten geven ook een vertekend beeld omdat:1) zelfredzaamheid in de ADL en mobiliteit slechts ten dele beïnvloed worden door de operatie (vaak zijn het patiënten met dementie/geriatrie klachten).2) Respons is laag bij deze doelgroep. Dit besluit zal worden heroverwogen indien er geen dubbele registraties meer plaats hoeven te vinden, en de registraties direct digitaal ingevoerd kunnen worden.'

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Vanaf 2020 wordt deze indicator als uitkomstindicator uitgevraagd.

## 17 KWETSBARE GROEPEN

### 17.4.1 Gebruik kinderprotocollen bij CT-onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen

#### DOEL INDICATOR

Stimuleren van gebruik van kind specifieke instellingen van röntgenapparatuur.

#### RICHTLIJN

##### [Sectie kinderradiologie](#)

Een belangrijk aspect van kinderradiologie is het beperken van röntgenstralen die worden gebruikt bij het maken van CT-onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen. Kinderen zijn nog kwetsbaarder voor röntgenstralen dan volwassenen. Er is veel aandacht voor het werken volgens het *as low as reasonably achievable* (ALARA)-principe. Geprotocolleerd werken, goede voorlichting, aandacht voor stralingshygiëne en -bescherming en technologische ontwikkelingen hebben een grote bijdrage geleverd aan het reduceren van stralenbelasting bij kinderen.

#### RISICO'S

Indien de protocollen voor CT-onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen niet worden gevolgd bestaat de kans dat kinderen onnodig worden blootgesteld aan straling met als potentieel risico het ontwikkelen van maligne afwijkingen.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In alle 77 ziekenhuizen waar kinderen worden behandeld en worden blootgesteld aan röntgenstraling ten tijde van CT-onderzoek, doorlichtingsonderzoek en/of röntgenfoto's worden voor alle modaliteiten kinderprotocollen gebruikt. Deze indicator heeft in twee jaar tijd zijn volledige doel bereikt binnen de ziekenhuiszorg. Alle ziekenhuizen die kinderen behandelen gebruiken kinderprotocollen bij CT-onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's.

De situatie is in essentie dezelfde als in 2018. Het resultaat is geborgd. UMCU (Utrecht) geeft in een toelichting duidelijk aan dat het reduceren van de stralingsbelasting veel meer is dan alleen kinderprotocollen invoeren: 'Er zijn verbeteringen doorgevoerd om de stralingsbelasting bij kinderen in het algemeen zo laag mogelijk te houden. Hieronder een aantal voorbeelden: -CT cardio: Er is een toename van het aantal cardio CT onderzoeken bij (zeer) jonge kinderen, een positieve ontwikkeling want de dosis van dit type CT onderzoek is zeer laag ten opzichte van conventionele katherisatie (en minimaal invasief!). -Dual energy: We zijn bezig om dual energy scans bij kinderen zoveel mogelijk dosis neutraal uit te voeren, dit betekent concreet meer informatie uit een CT zonder toename van dosis. -Bifasische abdomen (lever): Er is een nieuw protocol ontwikkeld om pre-operatief de vaatvoorziening in beeld te brengen bij leverleasies (pmc). Steeds vaker wordt er nu gekozen voor een bifasisch onderzoek (1 scan) i.p.v. een twee fase scan. Scheelt een volledige scan.' Dit soort inhoudelijk goede toelichtingen zijn belangrijk voor het toezicht. De vraag in de indicator richt zich op de minimumvoorzieningen voor het veilig gebruik van straling bij kinderen. Maar zeker in een omgeving waarin bijzondere ziektebeelden om intensievere diagnostiek vragen is het belangrijk dat een ziekenhuis laat zien dat de zorg ook in die gevallen rekening houdt met de stralingsbelasting. Dit is ook een goed voorbeeld van een toelichting waar andere ziekenhuizen mogelijk hun eigen werkprocessen kunnen optimaliseren.

#### RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, voerden 13 particuliere klinieken (3%) CT-onderzoeken uit bij kinderen. Eén particuliere kliniek gaf aan dat zij hierbij geen kinderprotocollen gebruikten en lichtte dit als volgt toe: "CT-onderzoeken is minimaal beperkt, de dosissen worden handmatig verlaagd." De overige 12 particuliere klinieken gebruikten hierbij wel kinderprotocollen.

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, voerden 11 particuliere klinieken (2%) doorlichtingsonderzoeken uit bij kinderen. Eén particuliere kliniek gaf aan dat zij hierbij geen kinderprotocollen gebruikten en lichtte dit als volgt toe: "Indien nodig wordt de dosis aangepast, doorlichting komt zelden voor bij kinderen." De overige 12 particuliere klinieken gebruikten hierbij wel kinderprotocollen.

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 46 particuliere klinieken (9%) aan dat zij röntgenfoto's bij kinderen maakten. Zeven particuliere klinieken (van dezelfde keten) gaven aan dat zij hierbij geen kinderprotocollen gebruikten en lichtten dit als volgt toe: "Binnen onze kliniek worden geen röntgenfoto's gemaakt bij kinderen jonger dan 16 jaar. Voor kinderen vanaf 16 jaar worden geen speciale kinderprotocollen gebruikt." De overige 39 particuliere klinieken gebruikten hierbij wel kinderprotocollen.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen wordt over verslagjaar 2020 niet meer uitgevraagd door de inspectie.

## 18 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

18.1.1 Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS)

18.1.3 Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

### DOEL INDICATOR

Stimuleren van deelname aan het IFMS-systeem.

Aanwezigheid en gebruik van een procedure voor het omgaan met disfunctionerende medisch specialisten.

### RICHTLIJN

[Visiedocument Optimaal functioneren Medisch specialisten](#)

[Leidraad IFMS](#)

### RISICO'S

Wanneer medisch specialisten onvoldoende inzicht hebben in hun eigen functioneren is de kans aanwezig dat zij potentieel risicovol gedrag kunnen vertonen met als gevolg schade aan de patiënt.

Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door medisch specialisten die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. Het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed.

### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

77 ziekenhuizen voeren het beleid zoals beschreven in de leidraad IFMS uit. Zeven ziekenhuizen, hanteren een deels afwijkende procedure, passend bij de lokale structuur. De toelichtingen die deze ziekenhuizen geven zijn vrijwel allemaal adequaat en inzichtgevend. Een voorbeeld van een inhoudelijk verklarende toelichting komt van Amsterdam UMC, locatie VUmc (Amsterdam): 'Locatie VUmc kent geen maatschap structuur. Alle medisch specialisten zijn in loondienst. In de jaargesprekken komen allerhande zaken aan de orde, waaronder belemmeringen voor het medisch handelen, nascholing, etc. Verder is een volledig geautomatiseerd 360-graden-feedbacksysteem beschikbaar. 90 van de medisch specialisten heeft de afgelopen twee jaar een jaargesprek gevoerd. Daarnaast is in locatie VUmc deelname aan het programma TeAMS verplicht gesteld (zie S. Peerdeman et al. in Medisch Contact 2015; nr 10: 468-470). Op basis van een geaccordeerd plan is begin 2018 de uitrol gestart van de IFMS-systematiek.' Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis een actief beleid voert omtrent het individueel functioneren van medisch specialisten. Verplichte deelname aan het programma TeAMS is uniek in Nederland en verdient navolging. Prinses Máxima Centrum (Utrecht) levert geen data en blijft in deze achter. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'Wij zitten nog in de implementatie fase' en verwacht in 2020 te voldoen aan de systematiek. De inspectie vertrouwt er op dat het ziekenhuis implementatie van de IFMS-systematiek in 2020 op orde heeft en houdt ontwikkelingen hieromtrent scherp in de gaten. In de leidraad wordt groep FMS (GFMS) genoemd als mogelijke organisatievorm, mits aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Meander Medisch Centrum (Amersfoort) is het enige ziekenhuis dat aangeeft een andere procedure te hanteren. Verschillen worden adequaat door het ziekenhuis toegelicht: 'In Meander wordt sinds januari 2019 de GFMS systematiek gehanteerd in lijn met de Leidraad IFMS en de eerder gehanteerde IFMS systematiek. Het gehanteerde systeem voldoet grotendeels aan de leidraad. Een afwijking ten aanzien van de leidraad: De portfolio's worden hier niet ondertekend door de gespreksleiders en er wordt niet bijgehouden hoeveel portfolio's er ondertekend zijn. Het portfolio is het eigendom en de verantwoordelijkheid van de medisch specialist zelf.' Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) geeft een uitgebreide inhoudelijke toelichting wat een goed inzicht hoe het ziekenhuis vooruitgang heeft geboekt op het thema IFMS: 'Wij hebben vorig jaar een nieuwe IFMS systematiek geïmplementeerd, in navolging van het Erasmus

MC. Naast het jaarlijkse evaluatiegesprek, gevoerd met de medisch manager, wordt eens per vijf jaar een IFMS gesprek gevoerd op basis van 360 graden feedback. Op basis daarvan wordt een POP opgesteld en wordt jaarlijks een zelfevaluatie gedaan, conform eisen RGS. In het jaargesprek wordt gerefereerd aan de zelfevaluatie. Het IFMS gesprek vindt plaats in de groep en wordt begeleid door professionele gespreksleiders. Wij hebben nu twee pilotrondes achter de rug. De ervaringen zijn zeer goed; men ervaart het gesprek als prettig en voedend. Naast de persoonlijke ontwikkeling ziet men ook grote meerwaarde voor het functioneren in de groep en van de groep, doordat men elkaar nu kan aanspreken en op een soms kwetsbare manier heeft leren kennen. Zoals gezegd zijn de gesprekken in de eerste twee vakgroepen gevoerd; vanaf 2020 wordt dit voor elke vakgroep uitgerold. Het kan daardoor zijn dat het individuele IFMS gesprek van de deelnemers meer dan twee jaar geleden is omdat we plannen per groep. We proberen rekening te houden met de individuele herregistratie, maar ook met de kwaliteitsvisite van de groep. Wij zien een grote winst in de effectiviteit en het nut van de IFMS procedure, zoals we ook reeds met de IGJ bespraken.'

De toelichtingen van de verschillende ziekenhuizen laten zien dat het proces veel meer omvat dan de gesprekken die in de indicator zijn opgenomen. Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg): 'In 2018 en 2019 hebben 62 individuele IFMS-gesprekken plaatsgevonden. In juni 2019 is gestart met het houden van GroepsMonitor-gesprekken en hebben 160 individuele medisch specialisten aan deze gesprekken deelgenomen verdeeld over twaalf vakgroepen. In 2020 vinden de Groepsmonitor-gesprekken plaats met de overige vakgroepen, zodat eind 2020 alle specialisten deel hebben genomen aan een gesprek. Bij een Groepsmonitor vindt per vakgroep een gesprek plaats met individuele medisch specialisten. Er wordt een aparte persoonlijke evaluatie gemaakt met aandachtspunten die voldoen aan de eisen van de IFMS. Gedurende 2019 en 2020 wordt de Groepsmonitor gebruikt waarin alle medisch specialisten hebben deelgenomen. In 2021 en 2022 wordt gestart met Groeps-IFMS-gesprekken. Deze cyclus wordt telkens voortgezet.' Het ziekenhuis geeft aan dat 222 van de 358 specialisten hebben deelgenomen. Deze toelichting is nuttig omdat zowel de systematiek wordt toegelicht als het aantal specialisten dat heeft deelgenomen. De toelichting zou volledig zijn als was aangegeven naar welk resultaat het ziekenhuis streeft (bijvoorbeeld jaarlijkse of tweejaarlijkse deelname van alle vakgroepen en een conclusie over de mate waarin het ziekenhuis van oordeel is dat het doel is bereikt.

Alle ziekenhuizen hebben een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Alleen Radboudumc (Nijmegen) geeft, evenals in 2018, een andere optie bij de vraag of deze regeling elke keer gebruikt wordt: 'Het doen van een melding op grond van de 'Regeling (mogelijk) disfunctioneren medisch specialist' is geen verplichting. Als afdelingshoofd of Raad van Bestuur kan ook andere arbeidsrechtelijke wegen bewandeld worden.' Dit roept wel de vraag op hoe beperkend de inhoud van de specifieke procedure in het ziekenhuis is. Zeker in het geval van disfunctioneren is het belangrijk om een eenduidige procedure te volgen.

## RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

### 18.2 Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, bezaten 469 particuliere klinieken (93%) een regeling voor mogelijk disfunctioneren zorgverleners en 38 particuliere klinieken bezaten dit niet. Uit een aantal toelichtingen bleek dat de indicator niet juist werd gelezen, omdat deze particuliere klinieken in de veronderstelling waren dat hier de regeling voor mogelijk disfunctionerende medisch specialisten werd bedoeld. Echter, het betreft hier een regeling voor alle mogelijk disfunctionerende zorgverleners.

Verder gaven vijf klinieken aan dat het een eenmanszaak betrof, een aantal gaf aan dat deze regeling werd ingevoerd en een aantal gaf aan dat er wel functioneringsgesprekken werden gevoerd. Dit laatste is geen vervanging voor de hierboven genoemde regeling.

Van de 38 particuliere klinieken die geen regeling hadden ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerende zorgverlener, gaven 17 klinieken geen toelichting.

Van de 469 particuliere klinieken die een regeling voor mogelijk disfunctionerende zorgverleners bezaten, gaven acht klinieken aan dat zij niet elke keer dat disfunctioneren van een zorgverlener werd vermoed, deze regeling gebruikten. Deze klinieken lichten allemaal toe, dat dit nog niet van toepassing was geweest. De overige 461 klinieken gaven aan, dat zij, elke keer dat disfunctioneren van een zorgverlener werd vermoed, deze regeling gebruikten.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicatoren IFMS en Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten worden over verslagjaar 2020 niet meer in ziekenhuizen uitgevraagd door de inspectie. Beide indicatoren worden wel uitgevraagd voor de particuliere klinieken. De indicator Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners is aangepast, er is een vraag toegevoegd omtrent ontslag.

## 18 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

### 18.7.1 Veilige toepassing van infuuspompen

#### DOEL INDICATOR

Het doel is om vermijdbare schade te voorkomen door ervoor te zorgen dat iedereen die infuuspompen bedient in de patiëntenzorg, hiervoor bevoegd en bekwaam is. Ziekenhuizen en particuliere klinieken moeten eind 2018 hebben vastgesteld aan welke bevoegd- en bekwaamheidseisen met betrekking tot infuuspompen de zorgprofessionals moeten voldoen en geregistreerd hebben wie bevoegd en bekwaam zijn voor de toepassing hiervan. Ook is deze indicator bedoeld om verantwoord gebruik van medische technologie te bevorderen.

#### RICHTLIJN

[Convenant Veilige toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg.](#)

[Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur.](#)<sup>11</sup>

[Besluit Vaststelling van nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.](#)<sup>12</sup>

[Leidraad Nieuwe interventies in de klinische praktijk.](#)<sup>13</sup>

#### RISICO'S

In de komende jaren zal steeds meer (complexe) technologie worden toegepast in de zorg. Dit maakt het beheersen van risico's die samenhangen met de inzet van medische technologie steeds belangrijker. Om vermijdbare schade door toepassing van risicovolle medische hulpmiddelen terug te dringen, is het nodig dat zorgverleners die medische hulpmiddelen toepassen hiertoe geschoold en getraind zijn en zich bewust zijn van de risico's in het gebruik van medische hulpmiddelen. Een eerste stap is de borging van bevoegd- en bekwaamheden voor het gebruik van infuuspompen, die in een groot deel van de klinische processen worden toegepast.

Veilig gebruik van infuuspompen is ook verbonden met andere aspecten van veilige zorg; denk aan voorbehouden handelingen zoals een infuus inbrengen en medicatie toedienen. Maar bijvoorbeeld ook verbonden met een veilig werkklimaat, het veilig aanspreken van elkaar en het goed onderling samenwerken. Een belangrijk deel van de risico's wordt niet zozeer door de technologie zelf veroorzaakt, maar vloeit voort uit onzorgvuldigheden in het gebruik of de toepassing van de techniek.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

De indicator is voor 2019 gedeeltelijk herzien. Vorig jaar werd gevraagd naar zorgprofessionals die voldeden aan de eisen die aan het gebruiken van pompen werden gesteld. Het probleem daarbij is dat de verschillende types infuuspompen verschillende eisen stelden en niet iedereen met dezelfde infuuspompen werkte. Daarom is de indicator voor 2019 aangepast. De indicator vraagt in essentie naar de bevoegd- en bekwaamheid van de zorgprofessional die medische hulpmiddelen toepassen. In sommige toelichtingen wordt dan ook toegelicht dat de noemer is toegenomen omdat verpleegkundigen voor meerdere infuuspompen moesten worden opgeleid. De wijziging maakt de resultaten ook consistent. Dat maakt dat trends niet kunnen worden vastgesteld. In ieder geval is het gemiddelde percentage vrijwel gelijk aan vorig jaar, maar is het gemiddelde aantal gevolgde opleidingen met 20% toegenomen. Ziekenhuizen geven ook goede toelichtingen op het

<sup>11</sup> Orde van Medisch Specialist en Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2014). Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur' Utrecht: OMS en NVA.

<sup>12</sup> Schippers, E.I. (2015). Besluit van 13 november 2015, houdende vaststelling van nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Jaargang 2015, Nr. 447

<sup>13</sup> Orde van Medisch Specialist en Zorginstituut Nederland (2014). Leidraad Nieuwe interventies in de klinische praktijk. Utrecht: KIMS

gevoerde beleid, waarin ook de visie op het gebruik van risicovolle techniek is opgenomen. Een voorbeeld: Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) (66,3%): 'De bevoegd- en bekwaamheid met betrekking tot veilige bediening van infuuspompen blijft in 2019 achter bij de verwachtingen. Uit analyse hiervan blijkt dat het notificatiesysteem nog niet werkt. Het notificatiesysteem wordt in 2020 ingevoerd, zodat medewerkers en management een actief signaal krijgen als bevoegd- en bekwaamheid verloopt. Tevens is het aantal medewerkers dat in aanmerking komt voor de scholing in de loop van 2019 uitgebreid, waardoor nog niet iedereen op de peildatum bekwaam was voor alle infuuspompen. In 2020 worden acties uitgezet om bewustwording verder te vergroten.' Het door het ziekenhuis opgegeven percentage ligt nog boven de signaleringsgrens (P10 =61,4%) en het ziekenhuis heeft aangegeven verbetermaatregelen te hebben ingezet. De analyse geeft maatregelen aan in het opleidingsplan, maar bekijkt ook kritisch wie geschoold moet worden. Het ziekenhuis maakt daarmee duidelijk dat het de kwaliteitscyclus op orde heeft. De toelichting zou nog kunnen worden aangevuld met de waarborgen dat alleen getrainde zorgprofessionals infuuspompen bedienen. Dat is immers het risico dat optreedt als een derde van de medewerkers die een functie hebben waarbij ze infuuspompen moeten bedienen daarvoor niet getraind zijn.

De inleiding van LUMC (Leiden) (60,1%) begint daar dan ook mee: 'Scholing is verplicht als men met infuuspompen werkt. Aangezien het niet toegestaan is om 'ongecertificeerd' te werken met infuuspompen, moet certificering in de inwerkperiode worden behaald. In de scholing moet de theorie, de praktijkhandelingen en de toetsing geborgd zijn...' Het ziekenhuis realiseert zich duidelijk ook dat het belangrijk is dat de scholing later in de loopbaan wordt gewaarborgd, bijvoorbeeld als er nieuwe infuuspompen worden ingevoerd: 'Na initiële certificering moet er een verplichte herscholing met toetsmoment volgen om aantoonbaar bekwaam te blijven. Dit alles is vastgelegd in een ziekenhuisbreed protocol. In februari 2020 is in het LUMC een upgrade van het learning management systeem (LMS) uitgevoerd. Niet alle afdelingen maken gebruik van het LMS om scholing en certificering digitaal bij te houden. Door het verbeterde LMS is daar meer aandacht voor en daarmee meer zichtbaarheid van alles wat het LUMC doet voor bevoegd/bekwaam bij gebruik van infuuspompen. Er vindt momenteel een inhaalslag plaats om alle scholingen, waaronder ook het lesaanbod dat op afdelingen wordt georganiseerd aan het nieuwe LMS toe te voegen.' Wat aan deze toelichting ontbreekt is de conclusie van het ziekenhuis, waarmee de toelichting van Gelderse Vallei start. Welk probleem wil het ziekenhuis oplossen? Worden vervolgtrainingen onvoldoende gevolgd of zijn de gevolgde trainingen onvoldoende geregistreerd.

Reinier de Graaf (Delft Voorburg) is het ziekenhuis met het laagste percentage (43,8%) en komt met een uitgebreide inhoudelijke toelichting: 'In het scholingsbeleid medische technologie is opgenomen dat toetsing verplicht is voor alle hoog en midden-hoog risico hulpmiddelen. Infuuspompen vallen in deze categorie. Alle gebruikers dienen derhalve toetsing met goed gevolg afgerond te hebben. Ter voorbereiding op de toetsing zijn diverse scholingsproducten beschikbaar zoals een gebruikershandleiding, werkinstructie en praktijktraining. Tijdens het jaargesprek evalueert de leidinggevende of de zorgverlener de praktijktoets heeft afgerond en zich nog bekwaam voelt in het gebruik van o.a. infuuspompen. Is dit niet het geval dan wordt de medewerker geacht de scholing te volgen en toetsing met betrekking tot de betreffende infuuspomp af te leggen. Het afgelopen jaar zijn de volgende verbeteracties doorgevoerd; 1) de hoofden zijn aangeschreven over de registratie van praktijktoetsen medische apparatuur. In deze mail stond vermeld welke deelnemers per afdeling niet gecertificeerd waren voor de verschillende infuuspompen, 2) de rapportagemogelijkheden in Mijn Reinier Academie zijn verbeterd waardoor het inzichtelijk is voor hoofden welke medewerkers niet gecertificeerd zijn (Q4 2019 doorgevoerd), 3) het ziekenhuisbrede project voorbehouden handelingen en medische technologie is gestart. Aandacht is besteed aan de opleidingsprofielen per afdeling/functie, toetsers zijn in kaart gebracht en waar nodig extra aangesteld en scholingen ontwikkeld. Dit project loopt door in 2020, 4) de opleidingsprofielen worden jaarlijks geëvalueerd door hoofd van de afdeling en coördinator voorbehouden handelingen, 5) het scholingsbeleid medische technologie is herzien (rollen en verantwoordelijkheden). De verbeteracties zijn nog niet terug te zien in het percentage, dat inmiddels is gestegen naar 48%. We onderzoeken nader waardoor dat komt.' Het is belangrijk dat het ziekenhuis laat zien



inzicht te hebben in eigen data. Het percentage ligt evident onder de signaleringsgrens (P10 = 61,4%). De diverse verbetermaatregelen en daarmee een toenemende bewustwording geven de inspectie vertrouwen.

LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer) is het ziekenhuis met het op een na laagste percentage (49,1%) en komt met de volgende toelichting: 'Bij de jaarlijkse evaluatie is gebleken dat het scholingsproces goed geborgd is maar dat de registratie in het digitale leersysteem enkele onvolkomenheden bevat waardoor het percentage afgeronde modules op de peildatum relatief laag blijft. Elke zorgverlener is wel bekwaam maar niet iedereen heeft door het systeem, op de peildatum alle leermodules afgerond in de digitale leeromgeving van het LLZ. Dit heeft geresulteerd in verbetermaatregelen die in de loop van 2020 worden geïmplementeerd in de registratie van de digitale leeromgeving. Daarnaast wordt het percentage afgeronde leermodules als indicator meegenomen in het periodieke managementoverleg in 2020.' Het ziekenhuis geeft aan problemen te ondervinden met de registratie. Mogelijk is het belang van registreren van gevolgde opleidingen en bevoegd- en bekwaamheid niet volledig bekend bij de zorgprofessionals werkzaam in het ziekenhuis. Het is belangrijk om uit een toelichting te kunnen halen welke verbetermaatregelen zijn getroffen en hoe zorgprofessionals worden meegenomen in het verbetertraject.

Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) is ook een ziekenhuis met een laag percentage (55,9%) en komt met de volgende inhoudelijke toelichting: 'Een verbeterplan is opgesteld om dit percentage omhoog te krijgen. In 2019 is een eerste training gegeven en geëvalueerd. In 2020 wordt de scholing van medewerkers met betrekking tot infuuspompen verder procedureel en ziekenhuisbreed opgepakt. Er is voor gekozen om per afdeling (chemo-unit, kort verblijf en OK complex) een deel van de medewerkers te scholen en te toetsen zodat collega's onderling op elkaar kunnen toezien totdat alle medewerkers die met infuuspompen werken zijn geschoold en getoetst. Zolang medewerkers niet allemaal getoetst zijn, monitort de afdeling kwaliteit of er incidenten gebeuren met betrekking tot infuuspompen. In 2019 zijn er geen incidenten gemeld die betrekking hadden op het werken met infuuspompen.' Het is belangrijk dat het ziekenhuis laat zien inzicht te hebben in eigen data. Een verdieping van de toelichting zou zijn dat er door het ziekenhuis het verbeterplan op inhoud verder wordt toelicht, zodat inzichtelijk wordt waar het ziekenhuis aan werkt. Dit kan behulpzaam zijn voor andere ziekenhuizen die ook werken aan verbetering.

Medisch Spectrum Twente (Enschede) geeft met het lage percentage van 59,0% de volgende toelichting: 'In MST zijn de teamhoofden in eerste instantie verantwoordelijk voor de bevoegd- en bekwaamheidseisen van de medewerkers op hun eigen afdeling. Via het leer management systeem (LMS) kunnen teamhoofden dit voor elke medewerker inzien. In 2019 liepen er wat verbetertrajecten rondom het LMS, waardoor teamhoofden mogelijk minder (vaak) in het LMS hebben gekeken en ook minder konden sturen op de accreditaties van hun personeel. Voor 2020 zal hier extra aandacht naar uit gaan.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het zich bewust is van een percentage onder de signaleringsgrens (P10 = 61,4%). Verbetertrajecten rondom het LMS in het verslagjaar hebben hierin een rol gespeeld waarbij verantwoordelijke teamhoofden onvoldoende hierop hebben gestuurd. Uit de toelichting blijkt echter niet dat er verbetermaatregelen zijn genomen om het beheersen van risico's die samenhangen met de inzet van medische technologie te borgen.

Zorgelijk zijn de percentages onder de signaleringsgrens (P10 = 61,4%) van Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (53,0%), Bernhoven (Uden en Oss) (60,9%) en Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) (61,1%). Deze ziekenhuizen laten via de toelichting niet zien dat zij inzicht hebben in eigen data en óf of welke verbetermaatregelen hieruit voortgekomen zijn.

Er is één radiotherapeutische instelling dat aangeeft dat trainingen niet noodzakelijk zijn. De MAASTRO Clinic (Maastricht) geeft als toelichting: 'Maastricht heeft alleen poliklinische faciliteiten en beschikt niet over eigen infuuspompen.' Dat is opvallend omdat de andere radiotherapeutische instellingen wel een belangrijk deel van hun medewerkers trainen. Een voorbeeld: Instituut Verbeeten (Tilburg): 'Op de afdeling RT gebruiken we contrastpompen en op de afdeling NG gebruiken we infuuspompen. Beide zijn in de berekening meegenomen. (Voor NG 19 zorgverleners en voor RT 15 zorgverleners).' Het is onwaarschijnlijk dat Maastricht Clinic als enige radiotherapeutische instelling geen contrast toedient bij radiotherapie, ook omdat de kliniek dat wel meldt in

de patiënten folder: 'Het kan zijn, dat de radiotherapeut toediening van een contrastmiddel bij de CT-scan heeft aangevraagd. Dit wordt dan via een infuus in de arm toegediend. Dit contrastmiddel kan enkele bijwerkingen geven<sup>14</sup>.' Als de kliniek daarvoor wel geleende infuuspompen gebruikt, maar het personeel daar niet voor traint is er sprake van extra risico. Een dergelijke toelichting is dan ook onvoldoende. Contrastvloeistof wordt gezien als risicovolle medicatie en zou dan ook geaudit moeten worden op veilige toepassing (zie de betreffende indicator). De inspectie gaat hierover in gesprek met de zorginstelling.

Een positieve ontwikkeling is dat meerdere ziekenhuizen die risico's die samenhangen met de inzet van medische technologie beheersen en geborgd hebben, ook inhoudelijk goede toelichtingen geven hoe zij tot dit resultaat gekomen zijn. Een voorbeeld uit meerdere toelichtingen komt van Diaconessenhuis (Utrecht en Zeist): 'Alle medewerkers van het Diaconessenhuis (verpleegkundigen, medici, ondersteuners, etc.) hebben een digitaal Kwaliteitspaspoort. In het kwaliteitspaspoort staan alle competenties die de medewerker binnen zijn functie en afdeling moet behalen om zijn werkzaamheden uit te voeren. De medewerker ziet welke competenties deze reeds behaald heeft, nog moet halen, of moet herhalen. Deze competenties zijn direct verbonden met leeractiviteiten die de medewerker moet doorlopen om aantoonbare bekwaamheid te laten registreren. Met dit persoonlijke kwaliteitspaspoort heeft de medewerker de regie over zijn eigen bekwaamheid. En levert op deze manier een bijdrage aan veilige en deskundige zorg in ons ziekenhuis. Het percentage is geen 100 omdat er nieuwe medewerkers zijn die zich na indiensttreding nog moeten bekwaamen / een toets moeten afleggen en er mensen zijn die wegen ziekte / verlof nog niet aan de eisen voldoen. De afspraak is dat medewerkers die niet bekwaam zijn geen infuuspomp mogen bedienen.' Van deze inhoudelijk goede toelichting kunnen andere zorginstellingen leren en verbeteren.

## RESULTATEN PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 507 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 337 klinieken (66%) aan dat zij beschikten over instellingsbreed beleid dat beschrijft welke bevoegd- en bekwaamheidseisen gelden voor zorgverleners die medische hulpmiddelen toepassen in zorgprocessen en hoe de bevoegd- en bekwaamheid wordt vastgesteld. Dit onderwerp is met 99% in de ziekenhuizen een stuk beter geregeld.

In totaal gaven 97 particuliere klinieken (19%) aan dat zij infuuspompen gebruikten, waarbij zij aangaven dat gemiddeld 99,9% van de zorgverleners binnen deze klinieken (met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat) op de peildatum 31 december 2019, was getoetst op de vastgestelde eisen voor kennis en vaardigheden en waarbij was geregistreerd dat zij hieraan voldeden. Hier scoorden de ziekenhuizen met 83% slechter dan de particuliere klinieken.

## ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

De indicator is voor het verslagjaar 2020 aangepast met het doel eenduidig data te verkrijgen en wordt in 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

<sup>14</sup> <https://maastro.nl/wp-content/uploads/informatiebrochure-CT-scan.pdf> geraadpleegd 10-9-2020

## 20 ONVERWACHT LANGE OPNAMEDUUR EN HEROPNAMEN

### 20.1 Onverwacht lange opnameduur

#### DOEL INDICATOR

Het in beeld brengen van het percentage klinisch opgenomen patiënten met een onverwacht lange opnameduur (OLO) en daarmee zicht krijgen op potentieel verminderde kwaliteit van zorg.

#### RICHTLIJN

Geen.

#### ACHTERGROND

De OLO indicator geeft het percentage klinisch opgenomen patiënten aan dat een opnameduur heeft die meer dan 50% langer is dan verwacht. De verwachte opnameduur is gebaseerd op de landelijk gemiddelde opnameduur in het voorafgaande registratiejaar bij vergelijkbare patiënten wat betreft de kenmerken leeftijd, hoofddiagnose en een eventuele hoofdverrichting die de patiënt heeft ondergaan. De OLO indicator wordt jaarlijks door Dutch Hospital Data (DHD) aan de ziekenhuizen geleverd op basis van hun deelname aan de Landelijk Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Met de LBZ willen de NVZ en de NFU met behulp van goede en vergelijkbare cijfers de ziekenhuiszorg transparant maken. Tevens willen zij de registratielast voor de ziekenhuizen zoveel mogelijk beperken. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat zij vanaf 1 januari 2014 aan de LBZ deelnemen<sup>15</sup>.

#### RISICO'S

Door suboptimale kwaliteit van zorg bestaat de kans op ongewenste uitkomsten met als gevolg een hoog percentage OLO, heropnamen en/of sterfte. Een hoog percentage OLO kan duiden op een verminderde patiëntveiligheid.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Het (gewogen) landelijk gemiddelde OLO-percentages in 2019 was 15,3%. Om dit te berekenen is het landelijk totaal aantal OLO opnamen afgezet tegen het landelijk totaal aantal opnamen. Een andere manier van berekening van een landelijk gemiddelde is het gemiddelde van de percentages per ziekenhuis. Dit 'ongewogen' gemiddelde bedroeg 14,6% (min. 1,9% - max. 23,2%). De mediaan was 14,2%.

Het is elk jaar opvallend dat academische ziekenhuizen hoog scoren op deze indicator. Ze zitten alle acht bij de 14 hoogst scorende ziekenhuizen. DHD heeft onderzocht of deze verschillen verkleind kunnen worden door aanvullende patiëntkenmerken mee te nemen in de berekening van de verwachte opnameduur. Dat blijkt voor de onderzochte kenmerken niet het geval. De onderzoekers nemen aan dat de verschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen toe te schrijven zijn aan verschillen in werkprocessen als gevolg van de onderwijs- en onderzoekstaken van academische ziekenhuizen of door financieringsverschillen (Ghielen, 2019)<sup>16</sup>.

Van de algemene ziekenhuizen scoort Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) het hoogst met 20,7%. Het ziekenhuis geeft hierbij de volgende toelichting: 'Er is een uitgebreide analyse verricht. Hieruit blijkt dat er registratieproblemen zijn bij verloskunde, de registratie van IC-bedden en verkeerd bed. Bij een aantal diagnosegroepen valt ook een langere ligduur op waarvoor nog aanvullende analyses worden verricht. Op basis hiervan worden verbeteracties uitgezet'. Vorig jaar scoorde dit ziekenhuis ook hoog en gaf aan de resultaten te gaan bekijken. Uit de toelichting die het ziekenhuis nu geeft blijkt dat er inmiddels dus wel uitkomsten zijn van de analyse, maar concrete verbetermaatregelen lijken nog niet te zijn geëffectueerd.

<sup>15</sup> <https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/>

<sup>16</sup> Ghielen J, Cihangir S, Hekkert K, Borghans I, Kool RB. Can differences in length of stay between Dutch university hospitals and other hospitals be explained by patient characteristics? A cross-sectional study. *BMJ Open* 2019;9(2):e021851.

## ONTWIKKELINGEN 2020-2021

Voor de indicator Onverwacht lange opnameduur zijn geen wijzigingen in de komende jaren te verwachten.

## 20 ONVERWACHT LANGE OPNAMEDUUR EN HEROPNAMEN

### 20.2 Heropnamen

#### DOEL INDICATOR

Het in beeld brengen van de heropnamenratio en daarmee zicht krijgen op potentieel verminderde kwaliteit van zorg.

#### RICHTLIJN

Geen.

#### ACHTERGROND

Onder een heropname wordt verstaan een klinische opname binnen dertig dagen na de ontslagdatum van de indexopname van de patiënt. De indexopname is de opname vóór de heropname. De heropnamenratio van een ziekenhuis wordt berekend door het werkelijke aantal heropnamen af te zetten tegen het verwachte aantal heropnamen. Bij de berekening van het verwachte aantal heropnamen wordt rekening gehouden met de leeftijd van de patiënt, geslacht, sociaaleconomische status, zwaarte van de hoofddiagnose, neven diagnoses, urgentie van opname, herkomst, jaar van ontslag en maand van opname. In de afgelopen jaren is deze indicator doorontwikkeld tot een indicator die ziekenhuizen kunnen gebruiken om problemen met de kwaliteit van zorg aan het licht te brengen (Hekker, 2019)<sup>17</sup>. De heropnamen indicator wordt jaarlijks door Dutch Hospital Data (DHD) aan de ziekenhuizen geleverd op basis van hun deelname aan de Landelijk Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Met de LBZ willen de NVZ en de NFU met behulp van goede en vergelijkbare cijfers de ziekenhuiszorg transparant maken. Tevens willen zij de registratielast voor de ziekenhuizen zoveel mogelijk beperken. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat zij vanaf 1 januari 2014 aan de LBZ deelnemen<sup>18</sup>.

#### RISICO'S

Door suboptimale kwaliteit van zorg bestaat de kans op ongewenste uitkomsten met als gevolg een hoog percentage OLO, heropnamen en/of sterfte. Een hoge heropnamenratio kan duiden op een verminderde patiëntveiligheid.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Van de 74 ziekenhuizen die gegevens hebben aangeleverd hadden 26 ziekenhuizen een heropnameratio van meer dan 100 (101 - 114). De volgende ziekenhuizen hadden een heropnamenratio hoger dan de P90: UMCU (Utrecht) (114), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (113), Noordwest Ziekenhuisgroep (Alkmaar en Den Helder) (112), Amsterdam UMC locatie AMC (110), Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar) (108), Maastricht UMC+ (107), Erasmus MC (Rotterdam) (107) en Flevoziekenhuis (Almere) (107).

Van deze acht ziekenhuizen hadden UMCU, Maasstad Ziekenhuis, Rijnstate en Erasmus MC vorig jaar ook een heropnameratio > P90. UMCU schreef vorig jaar in de toelichting dat 'zij nader onderzoek doen naar het relatief hoge aantal heropnamen' en dit jaar dat ze 'de mogelijkheden bekijken voor passend vervolgonderzoek om te achterhalen welke factoren bijdragen aan niet-acute en/of mogelijk vermijdbare heropnamen. Rijnstate schrijft bij de toelichting 'Analyse toont dat bij betrokken specialismen een lager aantal neven diagnoses is geregistreerd in de Landelijke Medische Registratie. Samen met DHD wordt gekeken of er nog meer factoren zijn zoals specifieke patiënt kenmerken of specifieke patiënten stromen in verband met de status van een centrumfunctie. Verbeteracties zijn ingezet.' Flevoziekenhuis vermeldt dat het in een eerder

<sup>17</sup> Hospital readmissions, just a number or a stepping stone to quality improvement?, K.D. Hekker, proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, oktober 2019

<sup>18</sup> <https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/>

onderzoek gekeken heeft 'of er een correlatie is tussen een relatief laag OLO percentage (indicator 20.2.1), maar een relatief hoge heropname ratio. In dit onderzoek is geen correlatie gevonden. In 2020 wordt wederom een onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek is zowel kwantitatief (dossieronderzoek van opvallende heropnames) als kwalitatief (interviews over zorgproces bij opvallende heropnames) van aard. De opzet van het onderzoek en de selectie van opvallende heropnames is in een overleg met DHD/ HDV afgestemd. Onderdeel van het onderzoek is de hypothese dat het Flevoziekenhuis bij bepaalde zorgprocessen te laagdrempelig patiënten heropneemt.' De andere ziekenhuizen met een heropnamenratio > P90 hebben niets vermeld bij de toelichting. Uit de toelichtingen zou kunnen blijken wat de eigen analyse is met hieruit voortvloeiend conclusie en te nemen maatregelen.

Alle ziekenhuizen die significant boven een heropnameratio van 100 uitkomen moeten een interne analyse verrichten om te onderzoeken waar de extra heropnamen door worden veroorzaakt en kijken of er verbetermaatregelen mogelijk zijn die de kwaliteit van de zorg en/of de patiëntveiligheid ten goede komen.

#### ONTWIKKELINGEN IN 2020-2021

Voor de indicator Heropnamen zijn geen wijzigingen in de komende jaren te verwachten.