



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

JAARLIJKSE TERUGKOPPELING VERBETERDOELEN EN KWALITEITSINDICATOREN

UTRECHT, OKTOBER 2021

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING.....	3
1 OPERATIEF PROCES.....	5
3 INTENSIVE CARE.....	23
5 DIAGNOSTIEK	27
6 INTERVENTIES	31
7 MEDICATIEPROCES.....	34
8 ZORG.....	46
9 ONCOLOGIE	62
10 HART EN VATEN	74
11 BEWEGINGSAPPARAAT	89
12 INFECTIEZIEKTEN.....	91
14 MAAG-DARM-LEVER.....	100
16 PERINATALE ZORG.....	102
17 KWETSBARE GROEPEN	104
18 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID.....	111
19 ONVERWACHT LANGE OPNAME DUUR EN HEROPNAMEN	123

INLEIDING

Voor u ligt de jaarlijkse terugkoppeling van de resultaten Basisset medisch specialistische zorg (MSZ) 2020. De Basisset MSZ is een samenwerking tussen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). De Basisset MSZ vraagt structurele aandacht voor de verbetering van de kwaliteit van zorg op basis van risico's in de gezondheidszorg die door de zorgsector zijn aangedragen.

De focus van deze terugkoppeling ligt op het geven van feedback aan de ziekenhuizen op de twee verbeterdoelen 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase' en 'Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten' en de kwaliteitsindicatoren uit de Basisset MSZ 2020. Voor wat betreft particuliere klinieken geeft de IGJ, terugkoppeling over het verbeterdoel 'Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten' en de gezamenlijke kwaliteitsindicatoren uit de Basisset MSZ 2020. Deze feedback is bedoeld om de dialoog in en tussen de ziekenhuizen en particuliere klinieken onderling én met de IGJ te stimuleren. Deze dialoog heeft tot doel om, aan de hand van de resultaten van de verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren, te leren van elkaar en verder te verbeteren. Met de resultaten van de verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren kunnen zorgverleners en bestuurders de dialoog voeren over de zorgverlening en de uitkomsten daarvan. Waar gaat het goed en waar kan of moet het beter? De IGJ geeft vanuit het perspectief van de toezichthouder deze feedback op de resultaten van verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren. Vanuit het perspectief van bijvoorbeeld een richtlijnencommissie, een wetenschappelijke vereniging, of een patiënt of zorgverlener kunnen mogelijk andere punten opvallen.

De voortgang volgt IGJ op in het reguliere toezicht, bijvoorbeeld in jaargesprekken met betrokken ziekenhuizen en tijdens inspectiebezoeken.

VERBETERDOELEN

In een verbeterdoel staat een (risicovol) thema centraal. Met een verbeterdoel worden ziekenhuizen en particuliere klinieken gevraagd om te laten zien in welke mate zij dit thema geborgd hebben. Een ziekenhuis of particuliere kliniek wordt gevraagd aan de hand van een toelichting op onderdelen inzicht te geven waar zij staan in hun zorgproces en de verbetering daarvan. Dit begint met een objectieve beschrijving van de huidige situatie en de risico's. Vervolgens geeft het ziekenhuis of de particuliere kliniek aan hoe ze hun verbetertraject ingericht hebben of gaan inrichten. Op basis van de bevindingen beschrijft het ziekenhuis of de particuliere kliniek wat de vervolgstapen zijn. Bij een verbeterdoel beschrijven zij hun *plan-do-check-act* (PDCA)-cyclus. Door de reflectie op het verbeterdoel geven ziekenhuis en particuliere kliniek inzicht in hoe zij hun leer- en verbetercyclus hebben geregeld. In welke mate hebben zij zicht op de borging? Hebben zij plannen risico's op het onderwerp van het verbeterdoel te reduceren? Hebben het ziekenhuis en de particuliere kliniek de PDCA-cyclus volledig ingericht?

2020 is het eerste jaar waarin de ziekenhuizen en particuliere klinieken verbeterdoelen hebben aangeleverd. Goede voorbeelden zijn duidelijk naar voren gekomen, waarvan anderen kunnen leren om zo hun proces te verbeteren. Het is een mooi leerproces, waarin ook IGJ samen met de samenwerkende partners leert en verbetert. IGJ kijkt uit naar de dialoog over de verbeterdoelen en de resultaten over 2021.

KWALITEITSINDICATOREN

Ziekenhuizen geven, door middel van toelichtingen op eigen resultaten van de kwaliteitsindicatoren, aan hoe zij deze eigen resultaten beoordelen. Particuliere klinieken blijven hierin achter. Zij maken van deze mogelijkheid weinig gebruik. De IGJ verwacht dat de volgende elementen terugkomen in de toelichtingen: een analyse van de eigen resultaten op de vraag van de kwaliteitsindicator; een eigen beoordeling van die resultaten; verbeteracties die hieruit volgen en voorlopige resultaten na de ingevoerde acties. De IGJ ziet graag dat ziekenhuizen en particuliere klinieken óók een toelichting geven als het resultaat goed is. Het is mooi als in

de toelichting staat hoe zij tot dit goede resultaat gekomen zijn en welke verbetermaatregelen hiertoe hebben bijgedragen. Zo kunnen andere ziekenhuizen en particuliere klinieken hiervan leren en hun zorg verbeteren. Deze toelichtingen geven in toenemende mate een beter inzicht in de kwaliteit van zorg in Nederland. Steeds meer ziekenhuizen komen met inhoudelijk goede toelichtingen met een duidelijke structuur volgens de PDCA-cyclus. Deze ziekenhuizen hebben de boodschap van het stimuleren van de dialoog over de inhoud van de kwaliteitsindicatoren concreet ingevuld. Een mooie en belangrijke nieuwe stap is het aangaan van de dialoog tussen de ziekenhuizen en particuliere klinieken onderling én met de IGJ. Dit sluit aan op de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren naar verbeterdoelen.

Complimenten voor de ziekenhuizen en particuliere klinieken die tijdens de coronapandemie via de kwaliteitsindicatoren inzicht hebben weten te houden in de kwaliteit van zorg, dan wel risicobewust prioriteiten hebbend gesteld.

DIALOOG

De uitdaging voor de komende verslagjaren is om alle ziekenhuizen en particuliere klinieken mee te krijgen in de onderlinge dialoog. Verbeterdoelen vormen de basis voor deze dialoog. De digitalisering, die noodgedwongen door de coronapandemie in een versnelling is geraakt, heeft een positieve invloed gehad op de toepasbaarheid van dialoogsessies. De IGJ heeft in het voor- en najaar van 2021 meerdere 'vragenuurtjes' georganiseerd. In deze vragenuurtjes gingen ziekenhuizen, particuliere klinieken en de IGJ en de samenwerkingspartners met elkaar in gesprek over de verbeterdoelen. De vragenuurtjes werden goed bezocht door adviseurs en managers kwaliteit en veiligheid van de ziekenhuizen en particuliere klinieken. Ook de dialoog tussen de ziekenhuizen en de particuliere klinieken onderling kwam hierin tot stand. Op 4 oktober 2021 organiseert de IGJ een 'inspiratiesessie' over het verbeterdoel 'goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten' om van elkaar te kunnen leren en verder te verbeteren.

TOT SLOT

Het is goed om te merken dat, onder andere tijdens de vragenuurtjes, zorgprofessionals werkzaam in ziekenhuizen en particuliere klinieken enthousiast zijn over de nieuwe ontwikkelingen binnen de Basisset MSZ. Er wordt meer ruimte gegeven aan ziekenhuizen en particuliere klinieken om aan te geven hoe zij hun verantwoordelijkheid voor goede zorg hebben ingevuld. Het aangaan van de dialoog is een belangrijk element in het kader van leren en verbeteren van elkaar. De komende jaren staat in de Basisset MSZ, samenwerken aan kwaliteit en veiligheid van de zorg, centraal.

1 OPERATIEF PROCES

1.1.3 Verbeterdoel Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase

DOEL VERBETERDOEL

Reduceren van het aantal kinderen dat langer dan twee uur nuchter is voor heldere vloeistoffen, door het optimaliseren van het proces van afstemming rondom het nuchter beleid van kinderen en de voorlichting hierover aan ouders/verzorgers en kind.

RICHTLIJN

Het verbeterdoel is gebaseerd op de richtlijn 'Anesthesie bij Kinderen' en op een nieuw advies van de sectie kinderanesthesiologen (SKA) van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) waarin wordt aanbevolen de 6-4-1/0 regel te hanteren. Voor dit verbeterdoel wordt een maximale nuchter periode voor heldere vloeistoffen van twee uur (120 minuten) gehanteerd. [Nuchterbeleid bij kinderen](#).

RISICO'S

Het nuchter houden van de patiënt is de belangrijkste strategie om pulmonale aspiratie te voorkomen bij ingrepen onder anesthesie. Huidige internationale richtlijnen bevelen een nuchter periode aan van zes uur nuchter voor vast voedsel, een lichte maaltijd en (koe- en poeder-) melk; vier uur nuchter voor moedermelk en twee uur nuchter voor heldere vloeistoffen, de 6-4-2 regel. Op 10 januari 2019 is het Sectie Kinderanesthesiologen (SKA) statement vastgesteld, waarin opgenomen is een nuchter beleid van 6-4-0/1. Echter, in de praktijk is de nuchter periode vaak veel langer door miscommunicatie, organisatorische problemen of omdat het kind niet wakker gemaakt wordt om te drinken indien de ingreep vroeg in de morgen gepland staat of ouders/verzorgers/het kind onvoldoende geïnformeerd zijn. Het is van belang dat informatie zowel schriftelijk als mondeling gegeven wordt in begrijpelijke taal (logische opbouw, korte, persoonlijke, actieve zinnen, alledaagse woorden). Langere nuchter periodes zijn niet zonder risico en verhogen de kans op onder andere lagere bloedglucosewaarden, stijging van ketonen en hypotensie tijdens anesthesie ten gevolge van mogelijk een onder vulling conditie en postoperatieve insulineresistentie. Ook leidt langer nuchter houden tot onnodige stress en discomfort bij het kind en zijn verzorgers. Dit past niet binnen de kaders van het 'Handvest Kind en Zorg' van Stichting Kind en Ziekenhuis, gebaseerd op het [Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind](#).

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 73 Nederlandse ziekenhuizen worden bij kinderen van één tot en met vijftien jaar electieve ingrepen uitgevoerd onder anesthesie. Bij 68 van deze ziekenhuizen wordt tijdens het preoperatief consult zowel mondeling als schriftelijk informatie verstrekt aan ouders/verzorgers en kind over het risico van te lang of te kort nuchter zijn. In 33 van de 73 ziekenhuizen zijn er werkafspraken vastgelegd tussen de verpleegafdeling en de operatieafdeling. De werkafspraken gaan over hoe te handelen bij dreigend uitstel van de ingreep. Dit om te voorkomen dat het kind te lang nuchter is. Ook zijn er afspraken over hoe de informatievoorziening naar ouders/verzorgers en kind verloopt.

Het merendeel van de ziekenhuizen beschreef het beleid om onnodig lang nuchter te zijn van kinderen in de preoperatieve fase te voorkomen. Zeven ziekenhuizen leverden kwalitatieve data aan. Vijfmaal werd hierbij een interpretatie in de toelichting gegeven welke reëel was in relatie tot het resultaat. De inspectie is verheugd dat bij de eerste uitvraag van dit verbeterdoel zoveel ziekenhuizen een uitwerking aanleverden. De inspectie vraagt ziekenhuizen om 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase' in kaart te brengen, daar waar dat nog onvoldoende of niet in beeld is, en te onderzoeken waar verbetermogelijkheden mogelijk zijn. Een eerste aanlevering van verbeterdoelen is nieuw en het is begrijpelijk dat ziekenhuizen lerende zijn hoe een verbeterdoel vorm te geven om het doel te bereiken.

Een aantal ziekenhuizen vallen op als goed voorbeeld, twee worden hier nader benoemd.

Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) licht toe wat het beleid is ten aanzien van het voorkomen dat kinderen langer dan twee uur (120 min) nuchter zijn voor heldere vloeistoffen voor anesthesie en beschrijft hoe deze uitvoering geëvalueerd en geborgd wordt. Een mooie quote om mee te nemen is 'Naar de ouders wordt bewust de term 'voor opname' gebruikt en niet 'voor operatie'' Deze quote onderstreept het belang van verwachtingsmanagement en concrete communicatie tussen zorgprofessionals en ouders/verzorgers en het kind. Het ziekenhuis werkt met vertaalkaarten met pictogrammen en heeft aandacht voor het feit of de gegeven informatie ook begrepen wordt, zo blijkt uit het volgende: 'Ook heeft Ikazia in het kader van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vertaalkaarten met pictogrammen over nuchter beleid ontwikkeld (vertaling in Engels, Pools, Arabisch, Turks en Spaans).' Een duidelijke vorm van werkafspraken blijkt uit de volgende zinsnede 'Voor 8u neemt de OK-programmacoördinator contact op met de afdeling om een tijdsindicatie voor de operatie te geven: hierbij wordt afgesproken tot hoe laat het kind mag drinken. De verpleegkundige van de afdeling vertelt dit aan het kind en de ouders/verzorgers. De voortgang van het OK-programma wordt in alle gevallen vanaf de OK en verpleegafdeling gemonitord om onnodig lang nuchter zijn te voorkomen.' Een interessant gegeven is 'Kennis over het nuchter beleid wordt vergroot door de Vraag van Vandaag (digitaal kennisspel)' door het ziekenhuis zelf ontwikkeld. De inspectie vraagt het ziekenhuis om deze werkvorm te delen met andere ziekenhuizen zodat deze kunnen leren en verbeteren. Het ziekenhuis geeft ook een kritische zelfreflectie: 'Ondanks inspanningen van velen is Ikazia gematigd positief over de voortgang op dit verbeterdoel. Het blijkt dat het in de praktijk en uitsteekproeven nog niet altijd goed gaat. Dit is een belangrijk verbeterpunt voor 2021. Er is in maart 2021 een interne audit uitgevoerd. Hieruit blijkt dat het belang van het onderwerp bij alle betrokkenen goed bekend is en dat men zeer betrokken is bij het welzijn van het kind. Benoemde aandachtspunten/verbeteractiviteiten: Extra aandacht voor het risico van te lang nuchter zijn (bij ouders); Informatiefolder verder implementeren; Op alle plaatsen waar informatie (aan ouders) wordt verstrekt, controleren of deze informatie begrepen is; Bij doorgeven operatiedatum ouders adviseren nogmaals folders door te nemen; Gebruik Beter Dichtbij voor doorgeven belangrijkste aandachtspunten dag voor opname.' Belangrijk is dat het ziekenhuis met hun uitwerking laat zien dat het zicht heeft op eigen werkprocessen, weet waar verbetermogelijkheden zijn en hierop acteert en evalueert. Er is een duidelijke *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus beschreven. Het onderwerp 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase', staat duidelijk op de agenda.

Zuyderland MC (Heerlen) komt met een toelichting op de vragen en uitbreide uitwerking van het verbeterdoel. Ten eerste een goede toelichting op de twee vragen: 'Hoe voorkomen kan worden dat een kind te lang nuchter is?' en 'Hoe verloopt de informatievoorziening naar ouders/verzorgers en kind?' 'Zuyderland heeft een duidelijke *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus rondom het voorkomen van onnodig lang nuchter zijn bij (dreigend) uitstel van OK in het proces van opname/OK-planning voor kinderen. Deze is uitgewerkt in drie fasen, bestaand uit processtappen die het risico op onnodig lang nuchter zijn bij kinderen mitigeren en optimale patiënt uitkomsten borgen, conform de visie van Zuyderland. In elk van deze fasen is een rol weggelegd voor een medisch professional. In fase 1, 'informer' de anesthesist/preoperatieve screening (POS)-medewerker patiënt en naasten omtrent nuchter beleid (mondeling en schriftelijk); In fase 2, 'opnamefase', verifieert de kinderverpleegkundige de compliance inzake nuchter beleid bij opname in relatie tot OK-planning; Fase 3, 'verblijffase' is het meest omvangrijk en begint met communicatie van de OK-planning tussen de OK-planner en de verpleegafdeling. Vervolgens zijn er voor de kinderverpleegkundige diverse taken beschreven, namelijk het bewaken van de vochtintake volgens afspraak gedurende de preoperatieve zorg, het bewaken van het nuchter beleid gerelateerd aan OK-planning, en het bewaken van tijdigheid OK in relatie tot nuchter beleid en handelen naar bevindingen. De *holding* medewerker bewaakt de OK-tijdigheid óók, en geeft afwijkingen tijdig door. Hiernaast geeft hij/zij bij uitstel/vertraging indien mogelijk een nieuwe planning door inclusief mogelijke aanpassing nuchter beleid. Daarnaast zorgt deze OK-medewerker ervoor dat de tijdigheid OK in relatie tot nuchter beleid wordt bewaakt bij aanwezigheid op de holding. [...] De anesthesist draagt verantwoordelijkheid voor het informeren van patiënt en naasten omtrent nuchter beleid, zowel schriftelijk als mondeling. Dit is vastgelegd in de procedure opname/OK-kinderen. Informatievoorziening kan hiernaast

bestaan uit het gebruik maken van folders en *online* faciliteiten, waarvan enkele voorbeelden zijn: 'Kinderdagverpleging (informatie over de opname)', 'Kinderen onder narcose', de kinderwebsite Zuydieland.nl, de webpagina van de anesthesie Zuyderland of de 'anesthesie algemene informatie'. Ook in aandoening specifieke folders is informatie hieromtrent opgenomen, bijvoorbeeld bij het verwijderen van neusamandelen, gehoorgangreiniging of trommelvlies ingrepen. Dit zijn slechts enkele voorbeelden.' Een mooi voorbeeld van een inhoudelijk goede toelichting over de werkafspraken met betrekking tot het preoperatief consult. De toelichting is navolgbaar en het is duidelijk dat concrete werkafspraken zijn gemaakt en worden toegepast in de praktijk. Ten tweede geeft het ziekenhuis een uitgebreide uitwerking van het beleid. Een aantal *highlights* uit de uitwerking van het verbeterdoel: '[...] De anesthesist en de hoofdbehandelaar dragen gezamenlijk eindverantwoordelijkheid over de perioperatieve zorg, zoals beschreven in ons beleid 'Regeling hoofdbehandelaar/ hoofdbehandelaarschap'. [...] De anesthesist is specifiek verantwoordelijk voor het perioperatieve nuchter beleid. [...] Het ziekenhuis laat hiermee zien dat de taken en verantwoordelijkheden helder zijn belegd. [...] Voor monitoring heeft Zuyderland meerdere systemen die ondersteunen in het opsporen van dit soort mogelijke risico's binnen het zorgproces, waaronder een uitgebreid patiënttevredenheidsonderzoek (PTO), feedback/reviewgesprekken met professionals waaruit mogelijke verbetermaatregelen komen, het Klachten, Incidenten, Complicaties, Calamiteiten, Claims (KICCC), voor integrale analyse van klachten, incidenten, complicaties, calamiteiten, claims, dossieranalyse en interne audits en een positieve incidenten melden (PIM)-commissie. Al deze voorbeelden zijn inzichtelijk gemaakt aan de hand van zorgvuldig gekozen kritieke prestatie-indicatoren (KPI) die getoond worden op een kwaliteitsdashboard dat ziekenhuisbreed toegankelijk is.' Er is sprake van een uitgebreid monitor systeem. Dat is zeer bemoedigend, zeker omdat het diverse vormen van monitoring betreft waarbij medewerker op verschillende manieren kennis kan nemen van de ontwikkelingen op het vlak van 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase'. Het zou mooi zijn als het ziekenhuis in de volgende uitwerking zou aangeven tot welke verbetermaatregelen dit monitor systeem geleid heeft. Het ziekenhuis komt met een duidelijke PDCA-cyclus: '[...] Plan: inrichting van het beleid preoperatieve zorg gerelateerd aan nuchter beleid, OK planning en interne afspraken bij uitstel OK m.b.t. nuchter beleid en informatievoorziening aan patiënt/naasten; Do: Uitvoer van nuchter beleid en handelen naar bevindingen; Check: Zuyderland volgt de perceptie hiervan op middels het PTO, van hieruit kan er middels verder dossieronderzoek gekeken worden naar het verloop rondom preoperatief nuchter beleid bij individuele patiënten. Tevens is er een betrokken groep professionals die het proces en de uitkomsten hierop beoordelen en waar nodig procesoptimalisatie initiëren. Act: Het streven is om aan de hand van deze PDCA-cyclus een set van interne structuur- proces en uitkomstindicatoren te creëren en deze te beoordelen in Q4 2021. Ook is het de wens om de vertaalslag van het SKA 6-4-0 beleid naar intern beleid te maken volgens het principe 'pas toe of leg uit'. Op weg hiernaartoe zullen op basis van input uit bovenstaande systemen continue verbeterdoelen gesteld worden door middel van het opnieuw doorlopen van de PDCA-cyclus. Voorbeelden van acties die uit eerdere cycli naar boven zijn gekomen zijn onder andere ons POS 2.0 project, het implementeren van de preoperatieve screening middels Philips Vital Health, en de intentie om in 2021 monitoring op voorgenoemde indicatoren te borgen in een dashboard.' Het ziekenhuis laat met deze uitvoerige uitwerking zien dat het zicht heeft op eigen werkprocessen, weet waar verbetermogelijkheden zijn en hierop acteert en evalueert. Er is een duidelijke PDCA-cyclus. Uit deze uitwerking blijkt dat het thema 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase', duidelijk op de agenda staat.

Tussen de ziekenhuizen was een grote variatie. Een aantal heel goede voorbeelden kwamen duidelijk naar voren. Deze ziekenhuizen gaven een volledig inhoudelijke beschrijving, waarin het belang voor 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase', duidelijk begrepen en zichtbaar werd. Deze kunnen echt als voorbeeld dienen voor een groot aantal ziekenhuizen. De inspectie vraagt alle ziekenhuizen, kennis te nemen van deze *best practices*, en hiervan te leren en te verbeteren. Idealiter start een (landelijke) dialoog over 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase' in Nederland tussen verschillende ziekenhuizen. Binnen de Nederlandse gezondheidszorg ligt nog een belangrijke taak om 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase' te verbeteren.

Concluderend kan gesteld worden dat Nederland mooie voorbeelden kent om 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase' te verbeteren. Meerdere ziekenhuizen kunnen en moeten hiervan leren. De inspectie kijkt uit naar de aanlevering van 2021 en bespreekt de opvallende resultaten met de betreffende ziekenhuizen om te bepalen wat zij nodig hebben om de vervolgstap te kunnen zetten.

ONTWIKKELINGEN

Het verbeterdoel 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase' is voor het eerst uitgevraagd in 2020 en wordt in 2021 ook uitgevraagd.

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 *Dutch Spine Surgery Registry (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](#)

Relevante tekst uit de richtlijn proximale femurfracturen: 'Heroperaties worden door de hele richtlijn gebruikt als uitkomstmaat voor het beoordelen van zorg.'

[Geïnstumenteerde wervelkolomchirurgie](#)

Relevante tekst uit de richtlijn geïnstumenteerde wervelkolomchirurgie: 'Registratie van kwaliteit van zorg, bij voorkeur in een landelijk registratiesysteem voor geïnstumenteerde spinaalchirurgie conform vigerende eisen van de beroepsgroep.'

RISICO'S

Patiënten met een heupfractuur hebben veelal meerdere gezondheidsproblemen. De kans dat een patiënt met een heupfractuur komt te overlijden is verhoogd. 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 zij geen inzicht hebben in hun geleverde zorg, waardoor problemen in de kwaliteit van zorg langer kunnen blijven bestaan. Als medische disciplines onvoldoende samenwerken bestaat het risico dat problemen te eenzijdig worden bekeken.

RESULTATEN

72 Nederlandse ziekenhuizen geven aan patiënten te behandelen met een heupfractuur. Deze kwaliteitsindicator geeft het percentage heroperaties van mediale collumfracturen met interne fixatie, het percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese en het percentage van een interne fixatie van een perthrochantere fractuur. In vergelijking met de voorgaande verslagjaren zijn bij deze kwaliteitsindicator geen grote opvallende verschillen op landelijk niveau. Evenals voorgaande jaren wordt in vergelijking met andere kwaliteitsindicatoren van de basisset MSZ, relatief weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een toelichting te geven. Met een inhoudelijk goede toelichting kan een ziekenhuis laten zien dat het zicht heeft op eigen resultaten.

Antonius Ziekenhuis (Sneek) heeft met 23,1% het hoogste percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur. Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan: '[Betreffen allen uitgebroken osteosynthese, een van orthopedie en twee van heekunde. De casussen worden besproken in de vakgroep om te kijken naar verbetermogelijkheden.](#)' Het gaat hier om relatief kleine aantallen. Dit kan echter ook een risico op zich zijn. In het voorgaande verslagjaar had het ziekenhuis eveneens een hoog percentage. Het ziekenhuis doet er goed aan een analyse te verrichten over de afgelopen jaren en zo mogelijk te komen met concrete

verbetermaatregelen.

Amphia Ziekenhuis (Breda) en Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) hebben relatief hoge percentages (6,8% en 4,9% resp.) in vergelijking met het landelijk gemiddelde. Deze ziekenhuizen geven in de toelichting aan dat zij interne analyses uitvoeren om aanwijsbare oorzaken vast te kunnen stellen. Het is goed dat deze ziekenhuizen interne analyses doen. Om van elkaar te kunnen leren en te verbeteren zou het goed zijn als ziekenhuizen hieruit voortvloeiende verbetermaatregelen in de toelichting aangeven.

Martini Ziekenhuis (Groningen) gaf in een eerder verslagjaar bij een percentage boven de P90 een toelichting op de uitgebreide maatregelen die het ziekenhuis had genomen. In 2020 zijn de percentages respectievelijk 0,0%, 0,4% en 0,6%. Het ziekenhuis geeft nu geen toelichting, maar het is aannemelijk dat de genomen verbetermaatregelen tot dit mooie resultaat hebben geleid. Kan het ziekenhuis aangeven welke verbetermaatregelen hebben gewerkt?

VieCuri (Venlo en Venray) geeft bij het percentage heroperaties na mediale collumfracturen met interne fixatie (5,6%) aan [‘Hier geldt de wet van de kleine getallen. Hoewel het hoger is dan het landelijk gemiddelde, gaat het hier slechts over één patiënt. In de jaren 2016 tot en met 2019 was het altijd nul’](#). Het is goed dat het ziekenhuis kijkt naar voorgaande jaren en het lijkt hier mogelijk om een uitzondering te gaan. De komende periode zal het ziekenhuis echter wel het proces moeten blijven monitoren. Het percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese heeft het ziekenhuis eveneens met 5,9% een percentage boven het landelijk gemiddelde. Hier geeft het ziekenhuis in de toelichting aan dat: [‘De orthopeden en traumachirurgen werken volgens de inzichten van agressief spoelen in geval van een dreigende infectie. Door een re-operatie met agressief spoelen wordt de prothese of het osteosynthesemateriaal behouden.’](#) Andere ziekenhuizen zullen deze inzichten van agressief spoelen in geval van een dreigende infectie eveneens hanteren, laat onverlet dat het percentage boven het landelijk gemiddelde uitkomt. Het ziekenhuis doet er goed aan de acht patiënten met heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese te analyseren om te bepalen of verbetermaatregelen te treffen zijn.

In 2019 zagen we dat een aantal ziekenhuizen met een hoog percentage heroperaties bij een heupfractuur in noord Nederland opereerden. Een aantal van deze ziekenhuizen hebben nog steeds percentages welke boven het landelijk gemiddelde liggen. Een aantal ziekenhuizen heeft echter een lager percentage heroperaties bij een heupfractuur. Graag ziet de inspectie, mede in het kader van leren en verbeteren van elkaar, welke verbetermaatregelen deze laatstgenoemde ziekenhuizen hebben getroffen om het percentage heroperaties bij een heupfractuur te reduceren.

Een aantal ziekenhuizen hebben een percentage heroperaties bij een heupfractuur boven de P90 zonder dat zij een toelichting geven. Voor heroperaties van mediale collumfracturen met interne fixatie zijn dit: Slingsland Ziekenhuis (Doetinchem), Bravis ziekenhuis (Bergen op zoom en Roosendaal) en Ziekenhuis De Tjongerschans (Heerenveen). Voor heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese zijn dit: Treant Zorggroep, concern, St. Jans Gasthuis (Weert), HagaZiekenhuis (Den Haag), Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp en Heemstede), Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten). Voor interne fixatie van een pertrochantere fractuur zijn dit: Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten), Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten), MCL (Leeuwarden), BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam), St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) en UMCG (Groningen). Hieronder zijn een aantal ziekenhuizen die in voorgaande verslagjaren eveneens een hoog percentage hadden. De inspectie is zich bewust van de uitzonderlijke situatie rondom de coronapandemie in het verslagjaar 2020 echter roept bovenstaande ziekenhuizen op om alsnog een analyse van het zorgproces uit te voeren.

Voorgaand verslagjaar hadden twee van de drie locaties van Treant Zorggroep (Emmen, Hoogeveen, Stadskanaal) een percentage boven de P90 terwijl de derde locatie daar net onder zat. Per locatie en per jaar gaat het om kleine aantallen, bij elkaar opgeteld is het een krachtig signaal van een probleem. De Treant Zorggroep, concern gaf aan verbetermaatregelen te treffen. Treant Zorggroep, concern geeft nu in de toelichting aan: [‘Treant heeft al meerdere jaren een afwijkende score op deze indicator. Om deze reden is er in](#)

2019 een analyse gedaan die liet zien dat met name in de groep endoprothesen een hoger aantal heroperaties was. Hierop is een verbeterplan gemaakt met extra aandacht voor infectiepreventie en het voorkomen van luxatie door gebruik van een gecementeerde prothese. Bij het evalueren van dit verbeterplan bleek dat niet alle doelen waren behaald en dat een strakkere sturing nodig was. De cijfers worden nu maandelijks geëvalueerd en als de resultaten niet voldoende verbeteren zal externe expertise worden aangevraagd.' Het St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) komt met een percentage heroperaties mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese van 2,3% weliswaar boven het landelijk gemiddelde, echter onder de P90. Vorig jaar gaf het ziekenhuis 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.' De genomen verbetermaatregelen voortvloeiend uit de eigen analyse van het ziekenhuis hebben resultaat gehad. De inspectie verneemt graag welke verbetermaatregelen dit zijn.

Een mooi voorbeeld van een *plan-do-check-act* (PDCA)-cyclus geeft het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg). In 2018 gaf het ziekenhuis 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. Het voorgaande verslagjaar liet het ziekenhuis zien dat het goed zicht had op eigen data en werden, op basis van eigen analyse van het ziekenhuis, verbetermaatregelen getroffen en werd externe expertise ingeschakeld om het proces te analyseren. Ook nu komt Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis met een uitvoerige toelichting: 'Naast de drie heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese zijn bij zes patiënten de prothesen gespoeld in het kader van de DAIR-studie. Deze patiënten zijn geëxcludeerd. Het percentage heroperaties na heupfractuur heeft onze sterke aandacht. De stuurgroep heupfractuur monitort structureel de heroperaties en implementeert zo nodig verbeteracties. De doorgevoerde wijziging in het antibioticaprofylaxe protocol blijkt nog niet het gewenste effect in onze resultaten te hebben.' De percentages heroperaties bij een heupfractuur zijn van dit ziekenhuis over de afgelopen verslagjaren gedaald. Het ziekenhuis heeft zicht op eigen resultaten. Op basis van eigen analyse worden verbetermaatregelen ingezet. De verbetermaatregelen worden geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Het ziekenhuis laat hiermee zien hoe zij een aanvankelijk matige uitkomst aanpakt. Dit geeft de inspectie vertrouwen dat het ziekenhuis actief de resultaten gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

1.3.2. DSSR

22 van de 31 Nederlandse ziekenhuizen en vier (locaties van) particuliere klinieken waar geïnstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolomaandoeningen werd verricht, hebben data aangeleverd voor de kwaliteitsindicator DSSR. Evenals voorgaande verslagjaren geven meerdere ziekenhuizen in de toelichting aan niet te registreren in de DSSR. LUMC (Leiden) gaf vorig verslagjaar aan deel te nemen aan de DSSR maar leverde geen data aan. Dit verslagjaar geeft het ziekenhuis in de toelichting aan: 'Er vinden nauwelijks nog neurochirurgische ingrepen plaats in het LUMC. Deze zorg is verplaatst naar de locaties van het HMC waarmee intensief wordt samengewerkt.' Concentratie van zorg kan resulteren in kwaliteitsverbetering. Spaarne Gasthuis geeft de volgende toelichting: 'De vakgroep neurochirurgie Spaarne Gasthuis wordt gevormd door meerdere stafleden van de vakgroep neurochirurgie LUMC-HMC-HAGA-netwerk. Deze vakgroep waarborgt de kwaliteit van zorg in het Spaarne Gasthuis door middel van gezamenlijke patiëntenbesprekingen in het LUMC waar ook patiënten uit het Spaarne Gasthuis worden besproken. Daarnaast worden eventuele complicaties geregistreerd in EPIC en zo nodig besproken tijdens de complicatiebespreking in het LUMC. Binnen de vakgroep is brede kennis aanwezig en wordt laagdrempelig, indien nodig, intercollegiaal advies gevraagd.' Het ziekenhuis heeft desalniettemin het laagste percentage (14,1%) geïnstrumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolomaandoeningen geregistreerd in de DSSR. Van de vier particuliere klinieken die data

aanleverden aan DSSR hadden de twee locaties van de Bergman Clinics slechts respectievelijk 5,5% en 6,7% van de operaties geregistreerd in DSSR, zij gaven hier geen toelichting op. De overige twee particuliere klinieken hadden alle operaties geregistreerd in DSSR. Het is aan de wetenschappelijke verenigingen om deelname aan de kwaliteitsregistratie te stimuleren en te optimaliseren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator 1.3.1 Heroperaties bij een heupfractuur wordt in 2021 nog uitgevraagd. 1.3.2 DSSR is over verslagjaar 2020 voor het laatst in de ziekenhuizen 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 geven van feedback op de uitkomst van 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 tekst¹ 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

In 67 ziekenhuizen worden cataractoperaties uitgevoerd (in 2019 waren dit 69 ziekenhuizen). Bernhoven (Uden en Oss) en Erasmus MC (Rotterdam) geven aan geen cataractoperaties meer uit te voeren, wat de ziekenhuizen in het voorgaande verslagjaar al aankondigden. Bernhoven geeft aan dat oogheelkundige zorg is overgegaan naar Maashorst Oogkliniek. Erasmus MC gaf vorig jaar de volgende toelichting: *'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.'* De inspectie gaf vorig jaar aan door deze toelichting gealarmeerd te zijn door het woord *'nauwelijks'*. Dit impliceert dat er in 2019 een klein aantal patiënten een reguliere cataractextractie hebben ondergaan. Hoeveel patiënten dit zijn en welk percentage visuswinst is en het percentage één dioptrie van de beoogde refractie is uitgekomen, blijft in het ongewisse. In 2020 kwam het Erasmus MC hier niet op terug. De inspectie verwacht een reactie van het ziekenhuis.

Gemiddeld heeft 93,8% van de patiënten na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald (P10= 90,8%; P90=97,8%). Dat is een vergelijkbaar beeld met 2019 en 2018. In 2020 zijn drie van de zeven ziekenhuizen onder de P10 universitair medisch centra (UMC). In de toelichting geven Radboud UMC (Nijmegen) en UMCU (Utrecht) aan dat zij een andere patiënten populatie behandelen, aangezien zij een tertiair centrum zijn. Patiënten met complexe (oogheelkundige) co-morbiditeit worden in deze UMC's geopereerd. Complicerende co-morbiditeit zoals matuurcataract, pseudoexfoliatie, corneatroebeling, kleine pupil, eerdere corneale refractiechirurgie en/of eerdere vitrectomie is een exclusie criterium. Inzicht in het effect van een cataractoperatie is in het belang van patiënten. Om een goed beeld te krijgen van de resultaten van deze kwaliteitsindicator is het van belang om patiënten met complexe co-morbiditeit te excluseren.

Het gemiddeld percentage operaties waarbij patiënten na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen is 94,8% (P10 = 92,8% en P90= 98,0%). De resultaten zijn vergelijkbaar met 2019 en 2018. Over het algemeen kan gesteld worden dat de ziekenhuizen goede resultaten laten zien.

¹ © 2012 - 2018 Richtlijnen database is een product ondersteund door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten 80/379

Een aantal ziekenhuizen merken het effect van de coronapandemie op, waaronder het minder uitvoeren van cataractoperaties. Ook merkt het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) op 'In 2020 hebben vanwege de coronapandemie veel digitale controles plaatsgevonden zonder oogmeting of er heeft geen controle consult plaatsgevonden.' Het effect op de lange termijn is daarmee nog niet bekend, een feit is dat de zorg niet optimaal is geweest. De inspectie heeft vertrouwen in de ziekenhuizen dat deze het mogelijk effect van controles zonder oogmeting in beeld houden en indien nodig verbetermaatregelen treffen.

In totaal voeren 41 particuliere klinieken cataractoperaties uit. Gemiddeld heeft 95,4% (P10=91,0% en P90=99,5%) van de patiënten na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald. Dit is vergelijkbaar met de resultaten van ziekenhuizen. Het gemiddeld percentage operaties waarbij patiënten na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie zijn uitgekomen, is 95,2% (P10 = 92,6% en P90= 99,8%). Ook deze resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten van ziekenhuizen.

ONTWIKKELINGEN

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

1 OPERATIEF PROCES

1.5.1 Deelname aan *Quality Registry NeuroSurgery* (QRNS)

DOEL INDICATOR

De kwaliteitsindicator 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](#) 'De QRNS is in 2014 opgezet met als doel te voorzien in een registratiesysteem voor neurochirurgen en andere bij de zorg betrokken hulpverleners om de kwaliteit van de zorg aan neurochirurgische patiënten te kunnen monitoren en te verbeteren.'

RISICO'S

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

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Momenteel worden in tien Nederlandse ziekenhuizen patiënten met een aneurysmatische subarachnoïdale bloeding (SAB) behandeld. Alle ziekenhuizen die de zorg rondom patiënten met een SAB aanbieden, geven aan informatie over behandelingen in de QRNS aan te leveren. Het aantal patiënten behandeld voor een SAB schommelt van 971 in 2017, 825 in 2019 en 961 in 2020. MUMC+ (Maastricht) en Zuyderland MC (Heerlen) leveren tweemaal de gegevens van dezelfde patiëntengroep aan. 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. Voor het eerst werden alle SAB-behandelingen geregistreerd in de QRNS. Een mooie en belangrijke mijlpaal in de ontwikkeling van de kwaliteitsregistratie en een robuuste basis om op basis van goede gegevens de eigen zorg door de beroepsgroep te evalueren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator registratie SAB in de QRNS is 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

Doel van de kwaliteitsindicator is het beter implementeren van het stroboscopisch onderzoek. Videolaryngostroboscopie is algemeen geaccepteerd als de gouden standaard voor de evaluatie van stemklachten. De doelstelling is dat bij tenminste 90% van de patiënten die stemverbeterende chirurgie ondergaan een videolaryngostroboscopie is verricht in de preoperatieve *work-up*.

RICHTLIJN

De richtlijn [Videolaryngostroboscopie bij stemklachten](#) verricht bij patiënten met stemklachten videolaryngostroboscopie of een indirecte laryngoscopie indien daarbij een volledig overzicht van de endolarynx verkregen wordt, en bespreek dit met de patiënt. Videolaryngostroboscopie 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.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

71 ziekenhuizen behandelen patiënten met stemklachten. Het aantal patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngostroboscopie is verricht, is in alle 71 ziekenhuizen bekend. Gemiddeld werd bij 79,9% van de patiënten met stemklachten een videolaryngostroboscopie verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie met als doel verbetering van de stemkwaliteit (P10 = 56,5% en P90 = 100%). In vier ziekenhuizen werd geen videolaryngostroboscopie verricht, namelijk in Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk), Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg), Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) en St. Jans Gasthuis (Weert). De vier ziekenhuizen gaven een toelichting. In 2019 gaf het Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) in de toelichting aan in 2020 (naar verwachting) gebruik te maken van een videolaryngostroboscoop. In de toelichting van 2020 gaf het ziekenhuis aan dat *'de videolaryngostroboscoop medio 2020 werd geleverd, alleen dat de verdere implementatie (software, koppelingen met het elektronisch patiëntendossier, opleiding en instructie van gebruikers) enige maanden in beslag nam. Per 1 december 2020 kwam de stroboscoop in gebruik, de vijf patiënten waren eerder in 2020 geopereerd.'* Uit deze toelichting blijkt een verklaring en het belang van goede implementatie. In 2019 gaf Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep in de toelichting aan in 2020 (naar verwachting) gebruik te maken van een videolaryngostroboscoop. In de toelichting van 2020 gaf het ziekenhuis aan *'In 2020 is de business case ingediend. Het wachten is op akkoord.'* De terminologie 'wachten op akkoord' is in deze niet passend en geeft niet het vertrouwen dat op korte termijn verbetermaatregelen uitgevoerd gaan worden. De inspectie verwacht dat deze op korte termijn worden uitgevoerd. Spijkenisse Medisch Centrum geeft in de toelichting aan: *'In Spijkenisse Medisch Centrum wordt geen stroboscopisch onderzoek uitgevoerd. Patiënten worden daarvoor verwezen naar het Van Weel Bethesda ziekenhuis.'* Het wordt uit deze toelichting niet duidelijk of de drie patiënten (in voorgaand verslagjaar acht patiënten) met stemklachten die in het ziekenhuis zijn behandeld, een videolaryngostroboscopie tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie met als doel verbetering van de stemkwaliteit, is verricht. De inspectie dringt aan op doorverwijzing van alle patiënten met stemklachten dan wel dat het ziekenhuis een videolaryngostroboscoop aanschaft en het gebruik ervan implementeert in de behandeling van patiënten met stemklachten. Ook valt op dat 19 ziekenhuizen een laag aantal (minder dan 10) operaties uitvoeren. De inspectie vraagt de beroepsgroep hiernaar te kijken.

Spaarne Gasthuis geeft aan dat de KNO-heelkunde uitgevoerd wordt door Vijfmeren Kliniek. Het is goed om te vernemen dat een ziekenhuis afspraken maakt met een particuliere kliniek, de inspectie juicht regionale

samenwerking toe. De wijze waarop de afspraken zijn gemaakt en hoe continuïteit is gewaarborgd in geval van calamiteiten benoemt het Spaarne Gasthuis niet. De inspectie vraagt het ziekenhuis om hier met de samenwerkende partner naar te kijken (mocht dat nog niet gebeurd zijn) en indien nodig verbetermaatregelen te treffen.

Het Sint Jans Gasthuis (Weert) geeft het volgende aan: 'Hoewel er geen stroboscoop beschikbaar was, waren de afwijkingen van dien aard dat het ging om een eenvoudige diagnose en een eenvoudige behandeling. De stroboscopia had de afwijking mooier vastgelegd zowel in diagnostiek als resultaat na behandeling. Maar zou voor de individuele patiënt niet tot een beter resultaat hebben bijgedragen.' Deze toelichting staat in schril contrast tot de toelichtingen van meerdere ziekenhuizen die de richtlijn Stemklachten volgen en geen stemverbeterende operatie uitvoeren zonder een videolaryngostroboscopia. De inspectie vraagt de ziekenhuizen onder de P10 verbetermaatregelen te treffen om de zorg aan patiënten met stemklachten te verbeteren.

Complimenten zijn te geven voor de ziekenhuizen met een hoog percentage en een goede toelichting waaruit blijkt dat zij inzicht hebben in de resultaten en verbetermaatregelen treffen. Zo gaf het Diaconessenhuis (Utrecht en Zeist) (91,43%) een uitgebreide toelichting hoe de zorg rondom de stemverbeterende ingrepen in 2020 is geoptimaliseerd: 'In 2020 hebben we de zorg rondom de stemverbeterende ingrepen geoptimaliseerd. De afspraak is dat alle patiënten een flexibele videostroboscopia ondergaan zowel voor als na de ingreep. (...) Afgelopen jaar hebben we bij meer dan 90 v/d patiënten een flexibele videostroboscopia verricht voor de operatie. (...) Ook het aantal postoperatieve flexibele stroboscopieën is bijna even groot. Dit vinden wij net zo belangrijk want dan kun je ook beter kwantificeren of de ingreep die verricht is succesvol is geweest. (...) Het doel voor het komende jaar is om onze pre en post operatieve work-up op het peil te houden zoals het dit afgelopen jaar gegaan is met meer nadruk op het kwantificeren van de stemkwaliteit pre en post ingreep/behandeling.' Ook het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) geeft een mooie toelichting, waardoor een percentage van 100% aannemelijk wordt: 'Het percentage van 100 vroeg om extra controle. Aangezien het om 10 patiënten ging is deze bij alle patiënten uitgevoerd. De stroboscopia is bij alle patiënten uitgevoerd. Vorig jaar speelde de beschikbaarheid van de stroboscopen een rol waardoor het aantal patiënten waarbij een stroboscopia werd verricht tijdens het diagnostisch proces lager was dan voorgaande jaren. Daarom zijn in 2019 nieuwe stroboscopen aangeschaft.'

Treant Zorggroep liet een grote verbetering zien, zo werd in 2019 18,2% en in 2020 87,5% patiënten behandeld waarbij een videolaryngostroboscopia is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie. Het ziekenhuis gaf als toelichting: 'Vanaf maart 2020 is een nieuw zorgpad geïmplementeerd waarbij het gebruik van de stroboscoop is geborgd. De score op deze indicator is eind 2020 verbeterd naar 100.' Het is positief te vernemen hoe het ziekenhuis leert en verbetert.

Het MCL geeft een toelichting bij een percentage van 56,5% '(na correctie voor de stembandaugmentaties 76.9%) Het MCL kan beschouwd worden als expert centrum voor de stembandaugmentatie in geval van stembandverlammingen (recurrens paresis). Er worden veel poliklinische en klinische stembandaugmentaties verricht. Wij zijn van mening dat het standaard verrichten van een stroboscopia bij een recurrens paresis voorafgaand aan een augmentatie ingreep (zie codes boven) in die gevallen waarin glottissluiting ontbreekt, niet zinvol is. Een flexibele scopia volstaat in dat geval. Landelijk wordt dit standpunt door verschillende andere centra ondersteund. In deze gevallen wijken we dan ook bewust af van de richtlijn en indicator af.' In geval van een dergelijke toelichting is het van belang dat het ziekenhuis dit afstemt met de beroepsvereniging. Het ziekenhuis kan vragen verwachten van de inspectie.

Acht particuliere klinieken behandelen patiënten met stemklachten, waarvan bij zes particuliere klinieken het aantal patiënten, waarbij een videolaryngostroboscopia is verricht, bekend is. Bij twee particuliere klinieken zijn deze aantallen niet bekend. Dit betreft Stichting Kliniek Oud Zuid met als toelichting: 'nvt geen operaties' en Medisch centrum Jan van Goyen B.V. met als toelichting: 'Dit is niet bekend. Bij MC Jan van Goyen worden patiënten doorgestuurd naar het OLVG voor een videolaryngoscopia.' De toelichting van Medisch centrum Jan van Goyen B.V. is geen logische verklaring voor het ontbreken van deze gegevens. Ook als deze

videolaryngoscopie elders wordt uitgevoerd (en in MC Jan van Goyen worden geopereerd), kunnen en moeten deze aantallen worden geregistreerd.

Bij de zes particuliere klinieken, waar het aantal patiënten met een videolaryngostroboscopia bekend is, wordt gemiddeld bij 99% van de patiënten met stemklachten een videolaryngostroboscopia verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie met als doel verbetering van de stemkwaliteit. Bij vijf particuliere klinieken betreft het 100% van de patiënten en bij één particuliere kliniek betreft het 94% (16 van 17 patiënten) van de patiënten.

In 2019 werd de verwachting uitgesproken dat in 2020 alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen met een stroboscoop gediagnostiseerd zullen worden. De spreiding is in 2020 nog steeds groot, dit varieert (net als in 2019) tussen 0 en 100% met een gemiddelde van 79,9% en standaarddeviatie van 26,2. Ook is wederom een grote spreiding in het aantal patiënten per ziekenhuis, van twee in BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) en St. Jans Gasthuis (Weert) tot 229 in Meander Medisch Centrum (Amersfoort) en 149 in LUMC (Leiden). De twee 'grootste' centra behandelden 20% van alle patiënten. De ontwikkeling in 2020 is wellicht te verklaren door de coronapandemie. Een aantal ziekenhuizen refereert hieraan in de toelichting. Door de coronapandemie zijn minder electieve operaties uitgevoerd, waaronder de stemverbeterende operaties. De inspectie verwacht dat de implementatie van de richtlijn en de uitvoering van een videolaryngostroboscopia tijdens het diagnostisch proces voor stemverbeterende operaties voortzet in 2021. Het is moeilijk aan patiënten uit te leggen waarom de voorbereiding voor eenzelfde ingreep zo verschillend wordt uitgevoerd in de verschillende ziekenhuizen. De inspectie heeft vertrouwen in de verbetermaatregelen die ziekenhuizen nemen om de zorg aan patiënten met stemklachten te verbeteren.

ONTWIKKELINGEN

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

1 OPERATIEF PROCES

1.8.2 Borstimplantaten

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

DOEL KWALITEITSINDICATOR

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

Het doel van de kwaliteitsindicator deelname aan *Dutch Breast Implant Registry* (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.

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 buitengewoon ingrijpend voor de patiënt en leidt bovendien tot extra ingrepen, hospitalisatie en 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

Borstimplantaten

De eerste kwaliteitsindicator gaat over explantaties na de plaatsing van expanders of prothesen in dezelfde operatie als die van het verwijderen van een borst (primaire reconstructie). De tweede kwaliteitsindicator betreft explantaties na de plaatsing van expanders of prothesen in een tweede, separate operatie van die van het verwijderen van een borst (secundaire reconstructie). De derde kwaliteitsindicator gaat over explantaties na het wisselen van tissue expander naar definitieve prothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties.

Op de resultaten van één ziekenhuis na is het aantal explantaties van een expander of borstprothese binnen 60 dagen post-operatief na een primaire reconstructie, na een secundaire reconstructie en na een wissel van tissue expander naar definitieve prothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties bekend. Het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) geeft in de toelichting: '[Door technische oorzaken is de aanlevering van deze kwaliteitsregistratie over 2020 onvolledig. De gegevens worden nog aangevuld. Conform de Wet LIR vindt aanlevering plaats aan het landelijk implantatenregister \(LIR\).](#)' Daarmee voldoen alle ziekenhuizen. Het gemiddelde percentage explantaties van een prothese of expander binnen 60 dagen na een primaire reconstructie is vergeleken met vorig jaar sterk gestegen en kent een grotere spreiding, $6,9\% \pm 7,0\%$ in 2020 in vergelijking met $3,8\% \pm 4,0\%$ in 2019. Het gemiddelde percentage explantaties van een prothese of expander binnen 60 dagen postoperatief na een secundaire reconstructie is vergelijkbaar met vorig jaar, $2,7\% \pm 11,7\%$ in vergelijking met $2,8\% \pm 9,2\%$ in 2019. Ook het gemiddelde percentage explantaties van expanders of prothesen na een wissel van tissue expander naar definitieve prothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties is enigszins vergelijkbaar met vorig jaar: $2,7\% \pm 5,4\%$ in

vergelijking met 2,6% ± 3,6% in 2019.

Een aantal ziekenhuizen met een hoger percentage explantaties van een prothese of expander binnen 60 dagen na een primaire reconstructie hebben een goede toelichting. Zo geeft Diaconessenhuis (Utrecht en Zeist) met 20% explantaties van een prothese of expander binnen 60 dagen, gebaseerd op 35 primaire reconstructies, de volgende toelichting 'Terugkijkend over afgelopen jaar zijn er meer complicaties bij de borst reconstructieve chirurgie geweest. In gezamenlijke overleggen met de collega's van de heelkunde achterhalen we wat deze stijging veroorzaakt moet hebben. Hierbij zijn alle patiënten met complicaties bekeken en geanalyseerd. Inmiddels zijn een aantal verbetermaatregelen genomen om de complicaties te beperken.' Het ziekenhuis laat zien dat het leert van complicaties door deze te bespreken en te analyseren. Het is mooi als ziekenhuizen in de toelichting vermelden welke verbetermaatregelen getroffen zijn, zodat andere ziekenhuizen hiervan kunnen leren en verbeteren. Ook Laurentius Ziekenhuis (Roermond) geeft een goede toelichting bij een percentage van 33,3% bij een klein aantal patiënten (3): 'De noemer (3) is sterka genomen ten opzichte van 2019 (11). Dit beïnvloedt de uitkomst van de indicator. Afname in de noemer wordt enerzijds verklaard door de zorgreductie vanwege COVID-19, en anderzijds doordat steeds minder patiënten kiezen voor een implantaat. Naar aanleiding van alle onrust na uitzendingen van RADAR en de implant files, kiezen meer patiënten voor een reconstructie met eigen weefsel.' Het ziekenhuis geeft hiermee aan zicht te hebben op de data ten opzichte van voorgaand jaar. De toelichting was meer compleet geworden door een inhoudelijke toelichting over een analyse van de explantatie bij die ene patiënt. Een analyse van kleine aantallen patiënten kan nuttig zijn.

Amsterdam UMC, locatie AMC (Amsterdam) geeft de volgende toelichting bij de aanlevering van 0 primaire reconstructies 'Productie in Amsterdam UMC, locatie AMC is gering: In het kader van de lateraliseratie heeft de borstchirurgie van afdeling plastisch chirurgie zich geconcentreerd in Amsterdam UMC, locatie VUMC en in het borstkanker centrum in Amstelland ziekenhuis.' Het is goed te vernemen dat bewuste keuzes gemaakt worden in kader van concentratie. De vraag is alleen wel wat het Amsterdam UMC, locatie AMC bedoelt met 'productie is gering'. Hiermee lijkt het alsof nog een aantal patiënten geopereerd worden op locatie AMC. De verwachting is dan juist, gezien de kleine aantallen, dat locatie AMC deze operaties in beeld heeft en mogelijke complicaties bespreekt en analyseert.

Opvallend is de uitgebreide toelichting van Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) met een percentage van 10% explantaties van een prothese of expander binnen 60 dagen, gebaseerd op 40 primaire constructies 'COVID-19 en de hierdoor veroorzaakte OK-reductie en ontmoediging van patiënten om naar het ziekenhuis te komen werd meegenomen bij de indicatiestelling voor borstreconstructie. Om de gang van patiënten naar het ziekenhuis te beperken werden tissue expanders vaker onder de huid geplaatst en per operatief meer gevuld. Een tissue expander onder de huid expandeert gemakkelijker en kan veel sneller opgevuld worden. Nadeel van subcutane plaatsing is dat het risico op infectie licht verhoogd is. Dit is altijd reden geweest om het niet te doen. Onze ervaring is dat subcutane plaatsing aanzienlijks cheelde in het aantal ziekenhuisbezoeken. Deze methode bleek tevens succesvol op andere manieren. Patiënten ervoeren minder postoperatieve pijn en waren sneller klaar met het reconstructieve traject. Ook hadden zij minder klachten van de prothese bij bewegen en sporten als de prothese onder de huid was geplaatst. Procentueel lijkt aantal complicaties hoog maar groepsgrootte was relatief klein. Bij 3/4 patiënten waren risicofactoren (radiotherapie, roken, neoadjuvante chemo) aanwezig. Het is een bewuste keuze om niet op radiotherapie uit te sluiten omdat dat zo vaak ook goed gaat. Als vkgroep zijn wij niet tevreden met het percentage explantaties bij primaire reconstructie. In het verleden zijn uitgebreide maatregelen getroffen op de OK om het risico op infectie bij prothese te verkleinen. Hierbij moet gedacht worden aan geen deurbewegingen na incisie, spoelen van holte met minimaal 500cc povidon 10 oplossing, wisselen van handschoenen voor inbrengen prothese etc. Een van de verbeteracties is het heroverwegen keuze voor periareolaire incisie versus IMF incisie. Ondanks licht verhoogd risico op infectie bij subcutane plaatsing van tissue expanders en prothesen zullen wij dit in de toekomst vaker doen gezien de afname van (1) postoperatieve pijn, (2) polikliniek bezoeken en (3) klachten van subpectorale prothese op langere termijn. Het voornemen is om in 2021 te starten met microchirurgische

mammareconstructies (DIEP). Wij verwachten dat patiënten met risicofactoren voor een tissue expander reconstructie beter te behandelen zijn met lichaamseigen weefsel. Het aantal infecties met tissue expanders kan hierdoor in de toekomst afnemen.' Deze toelichting maakt duidelijk dat het ziekenhuis zich bewust is van een relatief hoog percentage en mogelijke oorzaak of oorzaken onderzoekt. Het ziekenhuis komt met een uitgebreide toelichting over de werkwijze. Opvallend in deze is dat de werkwijze niet op medisch gronden maar op logistieke gronden zijn gewijzigd. Hoe kijkt het ziekenhuis hier zelf naar? Is bijvoorbeeld informatie ingewonnen bij andere ziekenhuizen? Hebben andere ziekenhuizen ook hun werkwijze aangepast? Is dit besproken binnen de beroepsgroep? Op basis een gefundeerde en gedragen onderbouwing van de analyse met conclusie, moet het ziekenhuis komen tot verbetermaatregelen. De inspectie ziet graag dat de ingestelde verbetermaatregelen worden geëvalueerd op effectiviteit en waarop vervolgens actie op genomen kan worden. Zo kan het ziekenhuis komen tot een *plan-do-check-act* (PDCA)-cyclus. De inspectie blijft graag geïnformeerd over het vervolg en mogelijke verbetermaatregelen welke getroffen zijn.

Ziekenhuizen doen er in dit geval goed aan om data van meerdere jaren te vergelijken, zowel met zichzelf als met andere ziekenhuizen. In geval van zeldzame gebeurtenissen geldt dat voor elk ziekenhuis. Door te vergelijken en te analyseren wat mogelijke oorzaken zijn, kunnen verbetermaatregelen ingezet worden om de patiëntenzorg te verbeteren. Het ziekenhuis heeft meer data tot zijn beschikking en het ziekenhuis kan dan ook betrouwbaarder lessen trekken. Door dit met elkaar te delen kan ook beter geleerd worden van elkaar.

Deelname aan DBIR

70 ziekenhuizen geven aan in de DBIR te registreren. Het registreren van een prothese is wettelijk verplicht. Voor 2020 is de omschrijving van de kwaliteitsindicator veranderd naar het aantal door het ziekenhuis ingekochte prothesen. Er is over 7364 prothesen (9440 in 2019) volledige data geleverd aan de DBIR, terwijl er 7793 (8786 in 2019) prothesen geleverd zijn. Gemiddeld is van $92,8\% \pm 16,0\%$ ($P_{10}=74,5\%$; $P_{90}=100\%$) van de aangeleverde prothesen informatie aangeleverd aan de DBIR. Dat is identiek aan 2019 ook al zijn de resultaten moeilijk vergelijkbaar door de verandering in de omschrijving. De toelichtingen van de ziekenhuizen geven een mogelijke verklaring in het verschil. Zo geeft MCL (Leeuwarden) met een percentage van 61,9% de volgende toelichting: 'Het aantal geleverde borstprothesen en expanders uit de industrie lijkt geen juist getal, daar er weinig ingrepen zijn gedaan ivm de coronapandemie (waarschijnlijk incl. zichtzendingen). Dit is bevestigd door de opgevraagde gegevens qua ingrepen. Alles wordt geregistreerd, er kunnen wel eens een paar (+/-2) tussen door glippen, maar geen 69.' Het blijft intrigerend waarom er een verschil bestaat tussen aantal geleverde borstprothesen en expanders en het aantal geregistreerde. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) geeft met een percentage van 81,2% de volgende toelichting 'Alle protheses die geplaatst worden geregistreerd in DBIR. Echter we hebben een aantal protheses op voorraad liggen en er wordt vaak meer besteld dan dat er daadwerkelijk geplaatst wordt.' De inspectie vraagt de ziekenhuizen lager dan de P10 om een analyse te doen en deze te delen met de NVPC en de inspectie.

Bij 95,2% van de borstprothesen en expanders is de informatie in DBIR volledig, een daling ten opzichte van 2019 (97,4%). Meer dan de helft van de ziekenhuizen lukt het om minimaal 95% van de borstprothesen volledig aan DBIR aan te leveren. De inspectie vraagt de andere ziekenhuizen om na te gaan wat er nodig is om hiertoe te komen.

Van de 561 particuliere klinieken die gegevens aanleveren voor de Basisset medisch specialistische zorg geven 32 particuliere klinieken aan, borstprothesen te implanteren. Van deze 32 particuliere klinieken registreren 30 particuliere klinieken de geïmplanteerde borstprothesen in DIBR. Eén particuliere kliniek geeft aan in het LIR te registreren, de andere particuliere kliniek geeft aan geen lid te zijn van de NVPC en dus niet dubbel te registreren. Het is niet duidelijk wat met deze laatste toelichting wordt bedoeld. Slechts drie particuliere klinieken hebben niet alle borstprothesen in DIBR geregistreerd, zij registreren respectievelijk 56,2%, 90,7% en 98,8% van de geïmplanteerde borstprothesen in DIBR. De particuliere kliniek die 56,2% scoort, geeft aan dat door de oprichting van de particuliere kliniek eerst de implantaten onder de naam van een andere particuliere kliniek werden geregistreerd. Het percentage volledige registratie in DBIR is gemiddeld 99,2% (90.1% - 100%).

Van de 32 particuliere klinieken die aangeven borstprothesen te implanteren geven vijf particuliere klinieken aan explantaties niet te registreren. Eén particuliere kliniek geeft aan in 2020 geen borstprothesen te hebben geïmplantéerd, één particuliere kliniek gaf aan te registreren onder de naam van een andere particuliere kliniek en dat een explantatie niet is voorgekomen. De overige twee particuliere klinieken geven geen toelichting. Het gemiddeld percentage explantaties na een borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden bedraagt 0,5% (0% - 3,8%).

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is 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 KWALITEITSINDICATOR

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 NICE, die de nationale IC indicatoren database beheert, geeft feedback die kwaliteitsverbetering optimaal ondersteunt.

RISICO'S

In 2020 is, met COVID-19, het belang van een goede 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.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Alle ziekenhuizen, die beschikken over een IC, leveren data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd. Het Radboudumc (Nijmegen) heeft, in nauwe afstemming met de inspectie, in kader van het experiment Zinnige Registratie (ZIRE) een uitzondering verkregen. Het ziekenhuis levert voor de duur van het experiment op een andere wijze de benodigde informatie aan. Voor zes ziekenhuizen (vier minder dan in 2019) geldt dat zij geen data aanleveren voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren en geen complicaties in NICE registreren. Bovenij Ziekenhuis (Amsterdam) en HagaZiekenhuis (Den Haag) geven geen toelichting waarom zij dat niet doen. Bernhoven (Uden en Oss) geeft als toelichting voor het niet aanleveren van NVIC-kwaliteitsindicatoren en complicaties in NICE: 'Wij doen mee aan de verplichte MDS van de NICE. We doen niet mee aan de centrale aanlevering van de KIIC. Reden hiervoor is dat het is niet verplicht is en er dure licentiekosten mee gemoeid zijn. We voeren zelf een complicatieregistratie met daarnaast ook andere kwaliteitsregistraties zoals onder andere: glucose metingen, decubitus registratie, lijn infectieregistratie, etc. We zijn bereid de IJG hierin zicht in te verschaffen, we leveren het alleen niet aan bij NICE. Omdat het ons geen extra inzicht of beter resultaat geeft, zijn wij gezien de kosten en inspanning ook niet voornemens dit te gaan doen. We gaan wel mee doen met de (gelopen) pilot uit Radboud, ZIRE, voor zinnvolle administratie.' Het is aan het ziekenhuis om hierover met de beroepsgroep (NVIC) in gesprek te gaan. Een ander punt van zorg is de toelichting die het ziekenhuis geeft over het ZIRE-experiment. Afhankelijk van de resultaten van het experiment kan bepaald worden in hoeverre verdere implementatie mogelijk is. Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (Tilburg) geeft de volgende toelichting 'Kwaliteitsindicatoren: zowel binnen de NVIC als binnen de NICE staan de indicatoren ter discussie. Het ETZ volgt het beleid van de NVIC om terughoudend te zijn in de aanlevering in het kader van ontregel de zorg en registratie drukt tot er een landelijke herijking heeft plaatsgevonden. Relevante kwaliteitsindicatoren en complicaties worden intern besproken en zijn onderdeel van de PDCA cyclus.' LangeLand Ziekenhuis (Doetinchem) geeft in de toelichting aan: 'Het LangeLand Ziekenhuis (LLZ) levert geen data aan voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren maar registreert de kwaliteitsindicatoren voor eigen analyses in het ZIS. Het LLZ registreert zijn complicaties ook in het ZIS (HiX6.2).' Let wel: de bedoeling is om landelijk en regionaal data te kunnen vergelijken om zo van elkaar te leren. Daarbij publiceerde de NVIC de [landelijke afspraken over de aanlevering van kwaliteitsindicatoren op de ledenvergadering op 20 september 2020](#) (met ingangsdatum 1 januari 2021). De inspectie verwacht van de ziekenhuizen dat zij de landelijke afspraken zullen volgen.

Het is goed om te zien dat het Deventer Ziekenhuis (Deventer) aankondigt 'In 2021 gaat DZ de complicaties

aan NICE aanleveren.' En uiteraard goed om te zien dat 50 ziekenhuizen zowel de NVIC kwaliteitsindicatoren als complicaties registreren in NICE (48 in 2019). Uiteraard gaat het om het bespreken en het leren van datgene wat geregistreerd is, om vervolgens te kunnen verbeteren. Het Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag) geeft in de toelichting 'Registratie volgens systematiek in NICE met bespreking complicaties en bespreking van trends in complicaties in het maandelijks intensivistenoverleg.' En Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) geeft in de toelichting 'Ondanks de coronapandemie hebben we alle data aan NICE aangeleverd, vooral omdat we zicht op kwaliteit ook in deze bijzondere tijden belangrijk vinden.' Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) (Almelo en Hengelo) geeft in de toelichting 'Naast de MDS ook de *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)* en de complicaties.' Complimenten voor deze ziekenhuizen. De inspectie vraagt de andere ziekenhuizen om hiervan te leren. 21 ziekenhuizen (even veel als in 2019 en 2018) leveren geen complicatiedata aan NICE. Vijf ziekenhuizen geven daarbij geen toelichting.

Gesteld kan worden dat de resultaten door de jaren heen vergelijkbaar zijn als het gaat over het aantal ziekenhuizen dat de NVIC-kwaliteitsindicatoren en complicaties registreren in NICE. Het doel is om deze landelijk en regionaal met elkaar te vergelijken, deze te bespreken en hiervan te leren om vervolgens te kunnen verbeteren. De verwachting is dat alle ziekenhuizen zich conformeren aan de landelijke afspraken van de NVIC over de aanlevering van kwaliteitsindicatoren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is in 2020 voor het laatst door de inspectie uitgevraagd.

3 INTENSIVE CARE

3.1.2 Hypoglycemie

DOEL KWALITEITSINDICATOR

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

RICHTLIJN

[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.

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

Het gemiddelde percentage metingen met een bloedglucose onder 2,2 mmol/l is in 2020 0,07% ± 0,05%. Dat is een opvallende verbetering ten opzichte van voorgaande jaren, waarbij het gemiddelde percentage 2016 0,12% en in 2019 0,13% was. Het aantal hypoglycemische perioden kent een spreiding van 0 tot 45. De mediane tijdsduur na vaststelling van hypoglycemie tot een hernieuwde meting is gemiddeld van 36 minuten ± 25 minuten. In tien ziekenhuizen is de mediaan na vaststelling van hypoglycemie tot een hernieuwde meting één uur of langer. De mediane tijdsduur na vaststelling van hypoglycemie tot de bloedglucose boven 2,2 mmol/l is 41 minuten ± 23 minuten. In veertien ziekenhuizen duurt het één uur of langer tot de patiënt weer een bloedglucose boven 2,2 mmol/l heeft. Twee ziekenhuizen lukt het om in minder dan 10 minuten na vaststelling van hypoglycemie een hernieuwde meting te doen en een bloedglucose boven 2,2 mmol/l te bereiken. Het gaat dan om Meander Medisch Centrum (Amersfoort) en Deventer Ziekenhuis (Deventer). Beide geven helaas geen toelichting.

De toelichting van Amphia Ziekenhuis (Breda) geeft met een percentage metingen met een bloedglucose onder 2,2 mmol/l van 0,01% als toelichting: 'De noemer is afgelopen jaar bijna verdubbeld t.o.v. vorige twee jaren. Dit heeft te maken met de bloedgasanalyses die bij COVID-19 patiënten veel worden gedaan. Hier zit automatisch een glucosebepaling bij.' Dit zou een goede verklaring kunnen zijn. Andere ziekenhuizen zeggen hier echter niet iets over. Wellicht zou de NVIC hierop kunnen reflecteren.

In Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) is de mediaan van vaststelling tot een hernieuwde meting 1 uur en 48 minuten en de mediaan tot bloedglucose boven 2,2 mmol/l 18 minuten. Het ziekenhuis geeft als toelichting 'Er is sprake van een enigszins ongunstig afwijkende mediane tijdsduur tot hernieuwde meting maar dit bij een zeer lage incidentie van 0,06%. Daar staat bovendien een heel lage mediane tijdsduur tot bloedglucose > 2.2 mmol/l tegenover van slechts een halfuur.' Het ziekenhuis onderkent de ongunstig afwijkende mediane tijdsduur en het is goed te zien dat het ziekenhuis de resultaten in relatie ziet tot de mediane tijdsduur na vaststellen van hypoglycemie tot een bloedglucose boven 2,2 mmol/l. Het ziekenhuis zegt echter niet wat de eigen analyse was en of verbetermaatregelen nodig waren. De inspectie vraagt het ziekenhuis om dat alsnog te doen.

Sint Jans Gasthuis (Weert) geeft met zowel een mediane tijdsduur van vaststelling hypoglycemie tot hernieuwde meting als een mediane tijdsduur van vaststelling hypoglycemie tot bloedglucose boven 2,2 mmol/l 90 minuten als toelichting 'Er is telkens direct na het vaststellen van een hypoglycaemie, behandeling gestart. De glucosemetingen hebben niet altijd binnen 60 minuten plaatsgevonden. De data zijn bekeken en verbeteractie wordt uitgezet. De behandeling van een diabetische ketoacidose en de frequentie van glucose-

controles volgens de richtlijn in het acute boekje vormen het uitgangspunt voor optimalisatie van de glucosecontroles bij deze aandoening.' Het ziekenhuis heeft de resultaten geanalyseerd en verbetermaatregelen getroffen. Nog mooier zou het zijn als het ziekenhuis aangaf wat deze waren, zodat andere ziekenhuizen daar wellicht van kunnen leren en verbeteren.

Meerdere ziekenhuizen geven een toelichting over de gevolgen van de overgang naar een ander registratiesysteem en/ of elektronisch patiëntendossier. Dijklander ziekenhuis (Hoom en Purmerend) levert als enige ziekenhuis met een IC geen gegevens aan met de volgende toelichting: 'In november 2019 is HiX 6.2 live gegaan in Dijklander. De aanlevering aan NICE is voor de glucose/KIIC data niet goed ingericht over verslagjaar 2020. Daarom kunnen we nu geen betrouwbare resultaten aanleveren over verslagjaar 2020. De verwachting is dat deze data over verslagjaar 2021 wel aangeleverd kan worden aan NICE.' Het is de vraag hoe het ziekenhuis inzicht heeft in het eigen handelen ten aanzien van hypoglycemische periodes en hoe het weet of er problemen zijn. Een nieuw elektronisch patiëntendossier is geen goed argument. Ook geeft het woord 'de verwachting is' niet een duidelijk beeld op welke termijn het ziekenhuis acteert. Meerdere ziekenhuizen geven in de toelichting aan dat systemen zijn gewijzigd en daardoor het inzicht moeilijker of niet te verkrijgen was. Wijzigingen in systemen is aan de orde van de dag en is geen argument om geen inzicht te hebben in eigen resultaten. Zicht op eigen resultaten en het analyseren daarvan is cruciaal in het komen tot verbetering van het zorgproces. Het ziekenhuis had in zijn toelichting moeten aangegeven hoe zij dit zorgproces monitoren.

Deventer Ziekenhuis (Deventer) geeft met het hoogste percentage van 0,3% geen toelichting. Datzelfde geldt voor meer ziekenhuizen met een percentage boven de P90 (0,12%). Het is van belang dat ziekenhuizen zicht hebben op eigen resultaten. Het is belangrijk dat deze ziekenhuizen leren van andere ziekenhuizen én zelf dossiers van patiënten met een hypoglycemie analyseren om te bepalen of verbetermaatregelen nodig zijn.

Belangrijk is dat ziekenhuizen zich spiegelen aan anderen en leren van elkaar. De spreiding van de incidentie van ernstig hypoglycemie (bloedglucose < 2,2 mmol/l) en vervolgens de tijdsduur die verstrijkt voordat na een hypoglycemie opnieuw de glucosewaarde gecontroleerd wordt is groot. Ook al is de aanlevering van deze kwaliteitsindicator aan inspectie niet meer nodig, de inspectie vraagt aan de ziekenhuizen om dit samen met de beroepsgroep te blijven volgen en van elkaar te leren.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator is in 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

5 DIAGNOSTIEK

5.1.1 Diabetische voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

DOEL INDICATOR

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

RICHTLIJN

[Diabetische voet \(2017\)](#) Behandeling van een patiënt met diabetes mellitus en een voetulcus is multidisciplinair. Om behandeling effectief te laten verlopen moet het voor iedere zorgverlener duidelijk zijn wanneer hij of zij welke taken moet verrichten. Een vooropgezette, tijd-gefaseerde strategie kan hierbij helpen. Betrokken zorgverleners hierbij zijn ten minste de huisarts, praktijkondersteuner, (diabetes)podotherapeut, medisch pedicure en afhankelijk van de lokale organisatie van de zorg een diabetes verpleegkundige. Om de relevante zorgtaken te kunnen uitvoeren en aan bovenstaande eisen te kunnen voldoen, moeten in het voetenteam minimaal de volgende disciplines participeren: vaatchirurg; internist; revalidatiearts; orthopedisch schoentechnicus (=schoenmaker); (diabetes)podotherapeut; gipsverbandmeester.

RISICO'S

Niet tijdige en 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

73 Nederlandse ziekenhuizen behandelen patiënten met diabetische voetwonden. Tien van deze ziekenhuizen hebben geen (diabetische) podotherapeut en vier van deze ziekenhuizen hebben geen gipsverbandmeester als lid van het multidisciplinair voetenteam. In twee ziekenhuizen maken twee van de vier genoemde disciplines onderdeel uit van het multidisciplinair voetenteam. 64 ziekenhuizen hebben minimaal één keer per week een multidisciplinair spreekuur van het multidisciplinaire voetenteam, waarbij minimaal twee professionals die opgeleid zijn tot en expertise hebben op het gebied van complexe wondzorg, aanwezig zijn.

Binnen particuliere klinieken worden in vier klinieken patiënten met diabetische voetwonden behandeld. In twee locaties van één stichting zijn multidisciplinaire teams aanwezig die minimaal één keer per week een multidisciplinair spreekuur houden, waarbij minimaal twee van de hierboven genoemde professionals aanwezig zijn. Op één van deze locaties is geen revalidatiearts betrokken. Een andere kliniek geeft aan dat zij alleen uitvoerder zijn van de behandeling (hyperbare geneeskunde) in opdracht van verschillende multidisciplinaire teams uit omliggende ziekenhuizen. Eén kliniek, die aangeeft patiënten met voetwonden te behandelen, geeft aan dat binnen hun instelling geen multidisciplinair team functioneert, waarbij zij geen verdere toelichting geven.

Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag) geeft even als vorig jaar een goede inhoudelijke 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, revalidatiearts, vaatchirurg, interventieradioloog, verpleegkundig specialist, wondverpleegkundige en zalaarts aanwezig zijn'.

Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) gaf in het voorgaand verslagjaar in de toelichting aan dat: 'Alle genoemde zorg professionals zijn op (afroep) aanwezig'. De inspectie gaf destijds aan dat de toelichting voor een toezichthouder niet toereikend was. Het ziekenhuis geeft ook over het verslagjaar 2020 aan dat er minimaal één keer per week een multidisciplinair spreekuur van het multidisciplinaire voetenteam, waarbij minimaal twee professionals uit het voetenteam aanwezig zijn. Het ziekenhuis geeft nu geen toelichting op dit thema. Net als voorgaand verslagjaar roept dit vragen bij de inspectie op. Is er elke week een voltallig en volwaardig MDO? Zijn alle genoemde zorgprofessionals daadwerkelijk betrokken bij het zorgproces als zij op afroep beschikbaar zijn? De inspectie vraagt het ziekenhuis het zorgproces kritisch tegen het licht te houden en daar waar nodig verbetermaatregelen te treffen.

In tegenstelling tot voorgaand verslagjaar geeft LUMC (Leiden) aan binnen het MDO in 2020 te beschikken over een (diabetische) podotherapeut, revalidatiearts en gipsverbandmeester. Het ziekenhuis geeft evenals voorgaand verslagjaar dezelfde 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? De inspectie vraagt het ziekenhuis het zorgpad onder de loep te nemen en daar waar nodig verbetermaatregelen te nemen.

MCL (Leeuwarden) heeft het voorgaande verslagjaar het zorgproces geanalyseerd wat heeft geresulteerd in een verbetermaatregel met een instellen van een wekelijks MDO diabetische voet, zo blijkt uit de toelichting: 'Het wekelijkse overleg is afgeschaft omdat er een wondexpertisecentrum is opgericht. Hierbij MDO naar behoefte. Wel is inmiddels een MDO diabetische voet ingesteld met toetreden van plastische chirurgen, orthopedisch chirurgen op afroep alsmede diabetes verpleegkundige, gipsverbandmeesters en revalidatieartsen alsmede orthopedische schoenmaker wekelijks.' Een wondexpertisecentrum heeft een multidisciplinair spreekuur nodig om aan de diverse kennisbehoeften te voldoen. Het ziekenhuis heeft hier gehoor aan gegeven. Het ziekenhuis heeft een percentage nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, gezien door het multidisciplinaire voetenteam, van 73,3% en geeft hierop de volgende toelichting: 'Dit percentage is lager dan verwacht. Nader onderzoek laat zien dat er in de registratie nog verbetering te behalen is. Patiënten verwezen vanuit andere ziekenhuizen, waarbij de initiële start van de behandeling inclusief het vaatonderzoek in een ander ziekenhuis heeft plaats gevonden, is niet discreet in onze data terug te vinden. Er zal een optimalisatie plaats vinden van de registratie, met als doel een hoger percentage en een reëel beeld van de dagelijkse praktijk.' Het ziekenhuis laat in de toelichting zien dat het zicht heeft op eigen resultaten. De vervolgstap voor het ziekenhuis is monitoren of het instellen van het MDO diabetische voet leidt tot verbetering van de resultaten of dat er aanvullende verbetermaatregelen nodig zijn.

Alrijne Ziekenhuis (Leiderdorp) geeft gehoor aan de oproep van de inspectie om de vragen over dit onderwerp te beantwoorden en komt daarnaast met een verhelderende toelichting: 'Er is vier keer per week een multidisciplinair poli. Wekelijks MDO diabetische voet met internist (endocrinoloog en infectioloog), medisch microbioloog, vaatchirurg, orthopedisch schoenmaker, podotherapeut, revalidatiearts, orthopedisch chirurg en wondarts.' Het ziekenhuis heeft een laag percentage van een selectie van patiënten welke een vasculaire analyse krijgt binnen acht dagen (volgende thema). Het ziekenhuis doet er goed aan te analyseren wat hiervan de reden is, lering trekken uit *best practises* van andere ziekenhuizen en waar mogelijk verbetermaatregelen te treffen.

Diagnostiek perifere arterieel vaatlijden bij nieuwe patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus

79,1% van de patiënten krijgt een vasculaire analyse binnen acht dagen. Dit is een duidelijke verbetering in vergelijking met voorgaand verslagjaar. De twee particuliere klinieken die patiënten met voetwonden behandelen gaven aan dat bij 100% van de patiënten een vasculaire analyse binnen acht dagen plaatsvindt. Bij de eerste uitvraag van de kwaliteitsindicator was dit 68,5%. De spreiding van deze voor het tweede jaar uitgevraagde kwaliteitsindicator is echter nog groot, 21,4% tot 100%. De ondergrens is wel duidelijk verbeterd met ruim 10%. Daarnaast is er sprake van een grote spreiding van het totaal aantal nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, gezien door het multidisciplinaire voetenteam, van 0 tot 315.

Het UMCG (Groningen) geeft in de toelichting aan: 'Door de COVID-19 uitbraak zijn er in 2020 geen patiënten gezien op het multidisciplinaire spreekuur van het voetenteam. In 2021 is het multidisciplinaire spreekuur weer opgepakt.' Vorig verslagjaar gaf het ziekenhuis aan elf nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, gezien te hebben in het multidisciplinaire voetenteam. In dat jaar gaf het ziekenhuis ook onder meer aan dat: '... De sterk wisselende populatie, met steeds ernstiger problematiek (o.a. hoge comorbiditeit, meer alleenstaanden, psychiatrische problemen) maakt dat er steeds vaker een 'behandeling op maat' moet plaatsvinden.' Ongetwijfeld zijn ook dit jaar nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, behandeld in het ziekenhuis en hebben naar verwachting een passende behandeling gekregen. Gezien de urgentie van de zorgvraag van deze patiëntengroep had de inspectie een verhelderende toelichting van het ziekenhuis verwacht. Waar zijn deze patiënten gebleven en ziet het ziekenhuis nu een toename van aantal patiënten? Het is goed te horen dat het ziekenhuis in 2021 het multidisciplinaire spreekuur weer is gestart.

De toelichtingen geven vaak een goed inzicht in hoe het resultaat geïnterpreteerd moet worden. Dat wil niet altijd zeggen dat er geen controverses zijn. Bijvoorbeeld over het al dan niet aanwezig zijn van perifere pulsaties. De richtlijn is hierover duidelijk: 'De literatuuranalyse van de *international working group on the diabetic foot* (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 en stelt: 'Gezien de matige betrouwbaarheid van de palpatie van voetarteriën moet bij alle patiënten met een voetulcus de kwaliteit van het Doppler-sigitaal over deze arteriën worden beoordeeld en moet de enkel-arm-index (EAI) worden bepaald.' Een voorbeeld van een toelichting waarbij deze controverse naar voren komt is de toelichting van het Laurentius Ziekenhuis (Roermond): 'In 2020 is een deel van de eerste intakes enkel uitgevoerd door de vaatchirurg, waarna de wondverpleegkundige pas is ingeschakeld. Vanaf 2021 zullen deze afspraken gecombineerd worden. Daarnaast willen wij een kanttekening plaatsen bij het verplichte karakter van het uitvoeren van vaatonderzoek bij elke patiënt met een diabetesische voet. Wij vinden het medisch inhoudelijk te verdedigen dat, wanneer er pulsaties gevoeld worden, geen aanvullend vaatonderzoek noodzakelijk is aangezien de doorgankelijkheid van de vaten al is vastgesteld op basis van de aanwezige pulsaties. In deze gevallen voeren wij vaatonderzoek uit omdat de indicator dit stelt, maar niet omdat dit inhoudelijk gezien noodzakelijk is. Met het oog op zinnige en zuivere zorg, vinden wij dat een tekortkoming in deze indicator.' Deze toelichting wekt de indruk dat de richtlijn nog onvoldoende is geïmplementeerd en dat een deel van de patiënten ten onrechte worden uitgesloten van aanvullende diagnostiek.

De kwaliteit van de toelichtingen verdient bij veel ziekenhuizen een compliment. Een voorbeeld van een goede toelichting van Elkerliek ziekenhuis (Helmond en Deurne): 'Bij alle nieuwe patiënten met diabetes en een voetulcus wordt standaard een doppleronderzoek en een Tivita meting op de polikliniek uitgevoerd. Wanneer de informatie van het anamnesegegesprek, het lichamelijk onderzoek en de uitkomst van het doppleronderzoek en de Tivita meting geen aanwijzing geven voor verdenking PAV, is een nadere vasculaire analyse op een vaatlaboratorium niet altijd nodig. Ook worden alle patiënten besproken op het wekelijkse MDO (bestaande uit: verpleegkundig specialist wondzorg, gipsverbandmeester, revalidatiearts, podotherapeut, internist en vaatchirurg), waarna met de behandeling wordt gestart.' Het ziekenhuis had nog kunnen opmerken dat er sprake is van een aanzienlijke toename van het percentage nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, met vasculaire analyse binnen acht dagen (20,4% in 2019 naar 53,3% in 2020).

Deventer Ziekenhuis (Deventer) geeft met een opvallende verhoging van het percentage van 93,1% (was 17,5% in 2019) in de toelichting aan: 'Er heeft een proceswijziging plaatsgevonden waardoor we beter in staat zijn om vaatlaboratorium structureel af te nemen.' Wat hier goed is dat het ziekenhuis op basis van eigen analyse heeft geconcludeerd dat er verbetering nodig is. Een mooi voorbeeld van (een) verbetermaatregel(en) welke tot resultaat heeft geleid. Het zou mooi zijn als het ziekenhuis ook aangeeft wat de proceswijziging behelst zodat andere ziekenhuizen hier mogelijk van kunnen leren en kunnen verbeteren.

Alle ziekenhuizen worden uitgenodigd om de toelichtingen van andere ziekenhuizen goed door te nemen. Het kan ziekenhuizen nieuwe inzichten brengen en verbetering van het zorgproces. De kwaliteit van de veelal

inhoudelijke toelichtingen is goed en deze kunnen bijdragen in optimalisering van het proces 'diagnostiek perifeer arterieel vaatlijden bij nieuwe patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus'.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator Diabetische voetenteam en tijdige diagnostiek PAV wordt in 2021 door de inspectie uitgevraagd. Het onderwerp zorg voor patiënten met een diabetisch voetulcus is doorontwikkeld tot verbeterdoel. In 2022 wordt het verbeterdoel optimalisering ketenzorg diabetische voetulcus uitgevraagd in de ziekenhuizen (hoofdstuk 18.7 Ketenzorg).

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, moet de radioloog en zijn team een *time-out* procedure (TOP) uitvoeren en 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 **cardiovascular and interventional radiological society of europe** (CIRSE) checklists uit de interventieradiologie kunnen als voorbeeld gebruikt worden. De lijst dient te worden ingevuld door de 'behandelend' radioloog'.

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 een patiënt niet goed wordt geïdentificeerd met als gevolg een mogelijke verwisseling.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

65 Nederlandse ziekenhuizen verrichten vasculaire interventies op de radiologie afdeling. In al deze ziekenhuizen wordt in een digitaal verslagsysteem vastgelegd dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen. Het aantal vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting is met een gemiddeld percentage van 93,3% vergelijkbaar met de laatste twee voorgaande verslagjaren. Echter, de P10 is opnieuw verbeterd van 80,0% in 2018, 85,1% in 2019 naar 88,7% in 2020. De inspectie is verheugd met een verbetering, echter vraagt de ziekenhuizen om blijvend aandacht te houden aan de uitvoering van een TOP bij vasculaire radiologische interventies. Een aantal voorbeelden van ziekenhuizen geven aan dat continue monitoring noodzakelijk is door gewijzigde omstandigheden. Ziekenhuis Rivierland (Tiel) is een opvallende uitbijter met een percentage van 5,8%. Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan: 'Sinds de overgang naar het nieuwe EPD (eind 2019) vindt er een transitie plaats van een papieren registratie van de TOP naar een digitale registratie van de TOP in het EPD. In het nieuwe EPD verloopt het registreren van de TOP niet. Hierdoor is het registratiepercentage laag. De TOP wordt wel standaard uitgevraagd (was vorig jaar 100) bij radiologische vasculaire interventies. Echter wordt deze nog niet standaard in het EPD vastgelegd. Binnen de radiologie is voor het digitaal registreren in het EPD van de TOP aandacht gevraagd.' In het voorgaande verslagjaar had het ziekenhuis een percentage van 100%. De inspectie verwacht van het ziekenhuis dat de TOP bij een vasculaire radiologische interventie naar behoren verloopt, in het nieuwe EPD wordt vastgelegd en verbetermaatregelen neemt. Immers: hoe weet het ziekenhuis dat de TOP bij een vasculaire radiologische interventie uitgevoerd wordt als in een nieuw EPD deze informatie niet kan of wordt vastgelegd?

St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) is met 74,3% volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting het op één na minst presenterende ziekenhuis. In de toelichting geeft het ziekenhuis aan: 'Bij de *time-out* procedure (TOP) bij radiologische interventies is nog altijd sprake van een onderregistratie in ons EPD. De TOP wordt standaard uitgevoerd, maar niet altijd op dezelfde wijze digitaal vastgelegd. De aandacht die hier in 2020 voor is geweest heeft ervoor gezorgd dat we bijna 10 hoger scoren dan in 2019. Dit is echter nog altijd

ruim onder de wenselijke norm. Er is inmiddels ook eenvoudigere en uniforme registratie ontwikkeld voor TOPs voor buiten de OK. Hier vallen ook de radiologische interventies onder. We verwachten deze in de loop van 2021 (naar verwachting in Q2 of Q3) in gebruik te nemen. De verwachting is dat de TOP na deze vereenvoudiging beter geregistreerd wordt in ons EPD.' Uit deze toelichting blijkt niet waarom het ziekenhuis onder het landelijk gemiddelde (93,3%) uitkomt. Het ziekenhuis gaat ervan uit dat een volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting wordt gedaan. Daarnaast geeft het ziekenhuis in de toelichting aan dat er in 2020 aandacht is geweest voor volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting, wat zou geleid hebben tot een verbetering van het percentage met bijna 10% (was 65,2%). Het ziekenhuis heeft laten zien dat het verbetert maar komt nog tekort en verwacht verbetering in Q2 of Q3 2021. Er zit weinig tot geen verbetering in de uitvoering van het werkproces in de afgelopen vier jaar. De inspectie verwacht van het ziekenhuis dat het in beweging komt en blijft het proces aandachtig volgen.

Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) geeft met een percentage van 84,6% in de toelichting aan: 'Bij zes patiënten in deze steekproef is geen TOP gedaan. In vier gevallen betrof het een spoedprocedure. In die gevallen wordt wel de naam en geboortedatum van de patiënt gecheckt. Soms is patiënt niet in staat te bevestigen.' Opvallend is dat er sprake is van een daling van het percentage volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting in vergelijking met voorgaand verslagjaar (96,4%). Dit negatieve resultaat kan het gevolg zijn van een relatief kleine steekproef. De inspectie wil het belang van een volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting benadrukken, misschien wel juist in een spoedsetting. De inspectie gaat ervan uit dat het ziekenhuis zelf een mogelijke negatieve tendens monitort.

Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk) heeft een percentage volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting van 86,6%. Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting: 'Het percentage TOP bij vasculaire radiologische interventies wat hier is weergegeven is een onderschatting van de werkelijkheid. Dit komt door een registratiefout in het EPD. Er wordt gewerkt aan een verbetering van de registratie.' Het ziekenhuis concludeert dat het om een onderschatting gaat op basis van een registratiefout in het EPD. Het ziekenhuis geeft aan dat er gewerkt wordt aan verbetering van de registratie, het wordt niet duidelijk wat de verbetermaatregel(-en) behelzen.

Martini Ziekenhuis (Groningen) geeft in de toelichting aan: 'Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar data omtrent registratie van de *time-out* procedure (TOP). Hierbij is geconstateerd dat er een onder-registratie heeft plaatsgevonden. De TOP wordt door de zorgprofessionals uitgevoerd maar wordt niet altijd op de juiste plek in het EPD geregistreerd. In een aantal gevallen werd de TOP geregistreerd in het radiologisch verslag wat onder-registratie heeft veroorzaakt. Herberekening van de data levert een stijging van het percentage uitgevoerde TOPs op. Daarnaast is de TOP checklist in het EPD een algemene checklist waarin veel vragen niet van toepassing zijn op de radiologische interventie. Verder is het door de huidige inrichting van de onderzoeksruimte is niet mogelijk om de TOP direct te registreren naast de patiënt. Uit het onderzoek zijn de volgende verbetermaatregelen naar voren gekomen: Checklist TOP in EPD is aangepast van algemene checklist naar checklist met relevante punten; De taken en verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals rondom de uitvoering en registratie van de TOP zijn besproken en vastgelegd in het protocol; Aanschaf *computer on wheels* (COW), waarbij checklist TOP wordt ingevuld en akkoord wordt bevonden naast de patiënt i.p.v. op andere plek; De data wordt gemonitord door in 2021 iedere maand een datacheck op de TOP registratie te doen en de uitkomsten hiervan te bespreken met de betrokken zorgprofessionals. Wanneer de registratie mini maal voldoet aan de gestelde norm zullen we overgaan op een periodieke controle.' Met een percentage volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting van 87,1% is er sprake van een verbetering ten opzichte van voorgaand verslagjaar (80,7%). Het ziekenhuis maakt in bovenstaande toelichting duidelijk dat het concrete verbetermaatregelen heeft genomen.

LUMC (Leiden) heeft een percentage 87,8% en geeft de volgende toelichting: 'In 2018 werden in het LUMC 88,0% van de TOPs ingevuld. In 2019 daalde dit percentage naar 78,8% terwijl het gemiddelde van alle UMCS op 90,1% lag. Uit analyses is gebleken dat de (registratie)werkwijze van laboranten de voornaamste oorzaak van het dalende percentage was. Het afgelopen jaar zijn daarom de volgende verbetermaatregelen genomen:

1. Het terugkoppelen van scores aan de laboranten. 2. Het gebruiken van een *computer on wheels* (COW) in de kamer zodat de TOP direct afgevinkt kan worden. 3. Het optimaliseren van de *softwaretool* in het EPD om overzicht en collegiale toetsing te bevorderen. Dankzij de maatregelen werd in 2020 87,8% van de TOPs ingevuld.⁷ Er is sprake van een verbetering van het percentage volledig uitgevoerde TOP voor de start van de verrichting in vergelijking met voorgaand verslagjaar (78,8%). Een mooi resultaat van de in 2019 aangekondigde verbetermaatregelen. Met deze toelichting laat het ziekenhuis zien dat naar aanleiding van de data van eerdere verslagjaren een analyse is verricht waaruit verbetermaatregelen zijn voortgekomen. Toch komt het ziekenhuis als enige UMC onder het landelijk gemiddelde en is er nog steeds ruimte voor verbetering.

ONTWIKKELINGEN

Een mooie ontwikkeling van deze kwaliteitsindicator is geweest dat bij de start aanvankelijk in de toelichtingen werd aangegeven dat de werkelijke situatie beter was dan de percentages lieten zien. Momenteel gaan de toelichtingen over de analyse van de eigen data en de genomen verbetermaatregelen. De kwaliteitsindicator is in de ziekenhuizen over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

7 MEDICATIEPROCES

7.1.1 Elektronisch voorschrijven

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Het bevorderen van elektronisch voorschrijven op afdelingen 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.' Artikel 3 omschrijft de vijf functionaliteiten wat een elektronisch voorschrijfsysteem ten minste dient te bevatten.

RISICO'S

Als medicatie wordt voorgeschreven zonder een EVS bestaat er een risico op fouten bij het uitschrijven van recepten en kunnen onveilige situaties ontstaan, zoals dubbelmedicatie, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoeligheidsreacties met patiëntschade als gevolg.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 82 van de 84 zorginstellingen wordt op 31 december 2020 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 verwerken geen recepten. Wij werken met verschillende apotheken in verschillende provincies en die bewaken deze functionaliteiten'. Dit is een opvallende toelichting, vorig jaar gaf Instituut Verbeeten aan geen medicatie te verstrekken. Het is opvallend omdat de overige radiotherapeutische instituten medicatie wel elektronisch voorschrijven. 78 van deze 82 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 radiotherapeutische instituten, leveren uitsluitend poliklinische zorg en geven ook aan dat zij poliklinisch een EVS hebben dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten.

De IC is de afdeling waar het vaakst nog deels elektronisch wordt voorgeschreven. Tien ziekenhuizen geven aan deels of niet elektronisch voor te schrijven op de IC en geven een toelichting. De meeste ziekenhuizen onderkennen het risico en nemen maatregelen, zoals de inzet van ziekenhuisapothekers om in de medicatiebewaking te voorzien. Hier is wel sprake van hand- en mensenwerk daarmee foutgevoelig. Bovendien verschilt per ziekenhuis de frequentie hoe vaak de menselijke medicatiebewaking wordt uitgevoerd. Zo geeft UMCU (Utrecht) een goede toelichting: 'IC Volwassenen: Medicatie wordt via het patiënt data monitoring system (PDMS) van de IC voorgeschreven, maar bevat geen elektronische medicatiebewaking. De voorschrijver neemt allergieën over vanuit het EPD en heeft deze in beeld bij voorschrijven via het PDMS. De apotheek controleert de voorgeschreven medicatie dagelijks op dosis (passend bij lichaamsgewicht, nierfunctie en laboratoriumuitslagen), geneesmiddeleninteracties, geschiktheid voor patiënten met sondevoeding en beschikbaarheid. IC kinderen en neonatologie: Medicatie wordt via het patiënt data monitoring system (PDMS) van de PICU/NICU voorgeschreven, maar bevat geen elektronische medicatiebewaking. Het PICU/NICU systeem bevat wel aanwijzingen voor de indicatie en dosis conform het landelijke kinderformularium. De voorschrijver neemt allergieën over vanuit het EPD. Doseringsaanwijzingen en allergieën zijn inzichtelijk voor de arts bij voorschrijven. Bovendien controleert de apotheek de voorgeschreven medicatie dagelijks op dosis (passend bij leeftijd, gewicht, nierfunctie en laboratoriumuitslagen), geneesmiddeleninteracties.'

Opvallend is de toelichting van Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen): 'Medicatiebewaking staat in METAVISION uit op verzoek van de specialisten. De geplande koppeling met Zami.com-Klinicom is gestopt.' Het ziekenhuis toont niet aan dat zij zich bewust is van de risico's om er voor te kiezen de medicatiebewaking uit te zetten en

geeft niet aan welke beheersmaatregelen ingezet zijn. De inspectie vindt deze toelichting zorgelijk.

In Treant Zorggroep (Emmen, Stadskanaal en Hoogeveen) en Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk) wordt poliklinisch niet of deels voorgeschreven met een EVS dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten. Streekziekenhuis Koningin Beatrix geeft met een 'deels' geen toelichting. Zo is het niet duidelijk of het ziekenhuis de risico's onderkent en mogelijke verbetermaatregelen neemt. Treant Zorggroep geeft met een 'nee' een uitgebreide toelichting: 'In 2020 was er zowel op de IC als op de polikliniek geen sprake van een volledig elektronisch voorschrijfsysteem. Dit heeft te maken met het tijdspad wat nodig is om aanpassingen door te voeren in het elektronisch patiëntendossier (EPD) met noodzaak voor extra modules en koppelingen. Wat de IC betreft wordt er elektronisch voorgeschreven maar zonder geautomatiseerde interactiebewaking. Eind 2021 zal een koppeling gerealiseerd zijn tussen het ziekenhuis EPD en de aan te schaffen nieuwe versie van het patiënt data managementsysteem (PDMS) waarbij aan alle eisen zal worden voldaan. Tot dat moment wordt gewerkt met een dubbele registratie zodat er zowel in het IC-PDMS maar ook in het ziekenhuis EPD een overzicht wordt bijgehouden waarbij het ziekenhuis EPD voorziet in een geautomatiseerde interactiebewaking. Deze aanvullende registratie gebeurt door apothekersassistenten onder supervisie van de ziekenhuisapotheker. Hoewel daarmee sprake is van een suboptimale situatie, kan de kwaliteit en veiligheid hiermee worden geborgd. Wat de poliklinieken betreft is een implementatie van de medicatiemodule in het EPD voorzien medio 2021.' Het ziekenhuis onderkent het belang en heeft voor de IC-beheersmaatregelen ingesteld om risico's te beheersen. Voor de polikliniek mist dit nog. De inspectie volgt de genoemde ontwikkelingen en verwacht dat de implementatie met prioriteit wordt uitgevoerd.

Alle ziekenhuizen geven aan dat op 31 december 2020 er vastgelegde werkafspraken over het bij behandeling in de instelling vragen naar allergieën en overgevoeligheden aan iedere patiënt.

75 ziekenhuizen behandelen kinderen jonger dan 12 jaar. Bijna al deze ziekenhuizen geven aan dat in meer dan 95% van de situaties (handmatige) dossiercontroles plaatsvinden tijdens de receptverwerking van voorschriften voor kinderen jonger dan 12 jaar. Flevoziekenhuis (Almere) en Sint Franciscus Vlietland Groep (Rotterdam) geven aan dat dit in 75% tot en met 95% van de situaties plaatsvindt en geven een toelichting.

PARTICULIERE KLINIEKEN

Van de 561 particuliere klinieken die gegevens aanleverden voor de basisset MSZ geven 445 particuliere klinieken aan dat zij medicatie voorschrijven. Van deze 445 particuliere klinieken geven 289 klinieken aan dat zij medicatie voorschrijven met een elektronisch voorschrijfsysteem dat voorzien is van de vijf functionaliteiten zoals beschreven in de richtlijn. Eén kliniek geeft aan dat dit gedeeltelijk het geval is; in het EVS zit nog geen bewakingsmodaliteit. Twee andere klinieken geven aan dat controle op interacties en pseudo dubbel medicatie nog niet volledig geautomatiseerd is. Het merendeel van de particuliere klinieken die aangeven niet over een elektronisch voorschrijfsysteem te beschikken geven aan dat slechts sporadisch of een klein palet aan geneesmiddelen wordt voorgeschreven. In dat geval is het niet verplicht gebruik te maken van een elektronisch voorschrijfsysteem. Daarnaast geven zij aan dat controle op interacties en dubbel medicatie tijdens het consult door de medisch specialist gebeurt of door de apotheek, in een aantal gevallen zijn hier afspraken over gemaakt tussen de particuliere kliniek en de apotheek. Een aantal particuliere klinieken geeft aan in 2021 een EVS te implementeren.

103 van de 445 particuliere klinieken die medicatie voorschrijven doen dit ook aan kinderen jonger dan 12 jaar. De meeste particuliere klinieken geven aan dat dit slechts sporadisch voorkomt en een beperkt palet aan geneesmiddelen betreft. Bij achttien particuliere klinieken vindt in minder dan 50% van de situaties (handmatige) doseringscontrole plaats tijdens de receptverwerking. Een aantal geeft aan dat receptverwerking bij de eigen apotheek plaatsvindt of dat er geen medicatie voorgeschreven wordt.

Het doel van een EVS is het voorkomen van medicatiefouten. Het is goed te zien dat ziekenhuizen en particuliere klinieken op het moment dat zij nog niet geheel over een EVS beschikken, de risico's onderkennen en maatregelen nemen. Het is opvallend dat de richtlijn van 2013 nog steeds niet overal geïmplementeerd is en vooral op IC's en poliklinieken handmatige controles nodig zijn. Daarvoor zijn beheersmaatregelen

ingesteld, maar het doel van de KNMG richtlijn is niet behaald. Het is de verwachting dat alle ziekenhuizen op korte termijn een EVS op IC's en poliklinieken implementeren, zoals zij dat ook hebben gedaan bij klinische afdelingen.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is in ziekenhuizen over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

7 MEDICATIEPROCES

7.2.1 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Voor het veilig gebruik van medicatie is een goed inzicht in de actuele medicatie essentieel. De kwaliteitsindicator is bedoeld om een goede verificatie van het gebruik van de actuele medicatie bij kwetsbare patiënten te stimuleren. Als kwetsbare groepen worden bij deze kwaliteitsindicator bedoeld: ouderen met polyfarmacie en kinderen (1 maand – 18 maanden) met een medisch complexe aandoening en polyfarmacie.

RICHTLIJN

In november 2019 is de herziene richtlijn '[Overdracht van medicatiegegevens in de keten](#)' geautoriseerd. Deze richtlijn voor de overdracht van medicatie, spreekt over een Basisset Medicatiegegevens (BMG, voorheen AMO). De inspectie neemt van de gelegenheid gebruik om deze richtlijn (voor zover nodig) onder de aandacht te brengen.

RISICO'S

Wanneer er geen juiste medicatieverificatie bij ziekenhuisopname en bij ontslag 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. Het risico hierop wordt groter als een kind lijdt aan een medisch complexe aandoening, meer dan vier middelen gebruikt en als er anti-epileptica worden gebruikt.

Additionele risico's voor de doelgroep ouderen: Veel patiënten van 70 jaar en ouder gebruiken meerdere medicamenten en zijn onder behandeling bij verschillende specialisten en verschillende zorgorganisaties. Het risico van een onvolledig beeld van de medicatie van de patiënt en mogelijke interacties tussen medicamenten is daardoor groter.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen: ouderen (boven de 70 jaar)

Het gemiddelde percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd is 93,9% (P10=87,5%; P90=99,8%). Dit is nagenoeg gelijk aan voorgaand verslagjaar. Een mooie toelichting is van Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) met een percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd van 87,6%: '[De data van patiënten van 70 jaar en ouder is vergelijkbaar t.o.v. vorig jaar en laat een lichte stijging zien. De indicatoren van medicatieverificatie bij kwetsbare groepen laten een lichte verbetering zien t.o.v. vorig jaren. Om de indicatoren van medicatieverificatie bij kwetsbare groepen te verbeteren is extra inzet van apothekersassistenten ter ondersteuning van de artsen bij medicatieverificatie nodig. Het streven is bij 100% van de kwetsbare patiënten de medicatie te verifiëren bij opname en ontslag. De ziekenhuisapotheek geeft momenteel ondersteuning bij medicatieverificatie bij ongeveer 50 van de verpleegafdelingen. De aanvraag voor extra inzet is reeds in behandeling. Daarnaast wordt de kwaliteit van medicatieopname- en medicatieontslagg gesprekken verhoogd wanneer deze worden uitgevoerd door gespecialiseerde apothekersassistenten. Een ander aandachtspunt is het verbeteren van het genereren van de data bij patiënten zonder thuismedicatie.](#)' Het ziekenhuis toont dat het zicht heeft op de eigen resultaten en de resultaten ook door de jaren heen volgt, waarbij helder is welke verbetermaatregelen het inzet. De ambitie van het ziekenhuis spreekt voor zich en de inspectie kijkt uit naar de resultaten van volgend jaar.

Spaarne Gasthuis (Hoofddorpen Haarlem) geeft met een percentage van 62,8% de toelichting: 'Afgelopen jaar is een optimalisatietraject ingezet op medicatieverificatie. Door COVID-19 heeft dit vertraging opgelopen. Tevens is gebleken dat in de registratie een aantal onvolkomenheden zaten ten aanzien van wat exact wordt geregistreerd en zijn er een aantal veranderingen in de teller en noemer van de registratie doorgevoerd die niet bleken te kloppen. Hierdoor zijn de cijfers over registratiejaar 2020 niet helemaal betrouwbaar. Eind 2020 is het dashboard medicatieverificatie geoptimaliseerd en is er duidelijke verbetering zichtbaar van de medicatieverificatie.' Het ziekenhuis geeft aan op welke wijze zij zicht heeft op de kwaliteit van zorg, alleen is een inhoudelijke analyse en mogelijke verbetermaatregelen niet genoemd (wat wel in de lijn der verwachting zou zijn met een dergelijk resultaat).

Sinds dit jaar geeft het LUMC (Leiden) voor het eerste jaar data (87,8%) met de volgende toelichting 'Medicatieverificatie bij opname van kwetsbare patiënten (kinderen tot 18 jaar en ouderen vanaf 70 jaar) wordt door de apotheek of de arts uitgevoerd. Voor 2020 leveren we uitsluitend de data van de apotheek uit. De in het verslagjaar door de arts ingevoerde data is niet uit het EPD te extraheren. Door de themagroep Medicatie is in samenwerking met het kwaliteitsteam Interne Geneeskunde, de Apotheek en ICT de mogelijkheid om de medicatieverificatie bij opname eenduidig in het basisdossier van de artsen vast te leggen ingericht. De uitrol hiervan bevindt zich in de pilotfase. Met deze verbeterstrategie zorgen we er voor dat we komend jaar wel de volledige gegevens uit kunnen leveren. In november 2020 is tevens het kwaliteitsdashboard geïntroduceerd met daarin medicatieverificatie als indicator. Het inzicht in de cijfers wat hiermee is gerealiseerd, zorgt er voor dat er beter op gestuurd kan worden. Sinds november zien we dan ook een stijgende lijn in de percentages. Het onderwerp medicatieverificatie is tevens onderdeel van de huidige kwartaalrapportages van de afdelingen. Ook hiermee borgen we de continue sturing op dit onderwerp.' Het verkrijgen van inzicht en daarop sturen is een interventie om tot beter resultaat te komen. De multidisciplinaire aanpak is hierin te prijzen. Interessant is om te vernemen welke inhoudelijke verbetermaatregelen het ziekenhuis heeft genomen. De inspectie kijkt uit naar de resultaten.

Een goed resultaat (98,6%) met een passende toelichting is van Zuyderland MC (Heerlen) 'Binnen Zuyderland MC is in samenwerking met de zorgprofessionals van de apotheek een dashboard ontwikkeld waarin de resultaten medicatieverificatie worden gemonitord. Door dit dashboard krijgen we inzicht in de resultaten en kan zowel op afdelingsniveau als op patiëntniveau worden bijgestuurd op de resultaten. Het afgelopen jaar hebben we het dashboard veelvuldig ingezet als sturingsmechanisme, waarbij de verbetering in de resultaten ook duidelijk zichtbaar is. De patiënten die gemist worden betreffen terminale of reeds overleden patiënten.' Mooi is de samenwerking met zorgprofessionals en de continue monitoring en bijsturing van de resultaten, met zichtbaar resultaat. Voor zowel het LUMC als het Zuyderland MC geldt dat zij nog hebben niet verwoord hoe ze verbeteren. De vervolgstap is het inzichtelijk maken hoe ze hebben gestuurd, hoe en waar te verbeteren.

Bij gemiddeld 82,6% van patiënten van 70 jaar en ouder is bij ontslag, medicatie geverifieerd. Ook hier is de spreiding nog relatief groot (P10=63,8%; P90=97,5%) en is verbetering nodig.

Opvallend is de toelichting van St. Jansdal, locatie Lelystad waar 9,2% van patiënten van 70 jaar en ouder bij ontslag medicatieverificatie plaatsvindt: 'Na een proefperiode van sept 2019 tot februari 2020 waarin medicatieverificatie op afdeling Kort Verblijf Lelystad werd uitgevoerd door apothekersassistenten, bleek dit een inefficiënt proces dat ook geen tot nauwelijks toegevoegde waarde had. Er is daarom besloten om het ontslaggesprek in Lelystad niet te continueren. Dit wordt acceptabel bevonden aangezien: er geen wijzigingen worden aangebracht in thuismedicatie; antistolling reeds thuis gestopt is en bij ontslag weer herstart wordt; er maar beperkt medicatie gestart wordt bij ontslag (pijnstilling) en deze voor kortdurend gebruik is bij een relatief gezonde patiëntengroep; bijna alle patiënten maar één of geen enkele nacht in het ziekenhuis verbleven; in veel gevallen nieuwe medicatie wordt opgehaald bij de poliapotheek en deze inzicht heeft ook in het patiëntendossier in het EPD van het ziekenhuis.' Dagopnames zijn geëxcludeerd voor deze kwaliteitsindicator. Het ziekenhuis beschrijft de afdeling 'kort verblijf'. Niet duidelijk is of dit gelijk is aan de dagopname. Zorgelijk is dat een inefficiënt proces genoemd wordt als argument om te besluiten om te

stoppen met een ontslaggesprek met geen tot nauwelijks toegevoegde waarde. De woorden 'antistolling', 'beperkt medicatie gestart', 'relatief gezonde patiëntengroep', 'bijna alle patiënten', 'in veel gevallen' geven reden tot zorg. Het ziekenhuis noemt aannames en neemt hiermee risico's.

Een goede uitvoerige toelichting is van Gelderse Vallei (Ede) met 54,2%: 'Het ziekenhuis is trots op het feit dat de scores voor medicatieverificatie bij opname in 2019 al bovengemiddeld goed waren en in 2020 nog verder zijn gestegen. Met de inzet van apothekersassistenten kan dit proces voor bijna alle opgenomen patiënten worden ondersteund. Wat betreft de medicatieverificatie bij ontslag is in 2020 de verbetering die ZGV wilde maken nog niet gerealiseerd; Het inregelen van de COVID-19-zorg vroeg veel aandacht. Wel hebben de in 2020 voorbereidde en in Q1 2021 ingezette verbetermaatregelen inmiddels in de eerste weken van april 2021 tot een aanzienlijke verbetering van de uitvoering dan wel registratie van medicatieverificatie bij ontslag geleid (88 bij kinderen, 84 bij kwetsbare ouderen). De verbeteringen zijn gerealiseerd door middel van verbeteringen in het elektronisch voorschrijfsysteem waarmee voorschrijvers beter ondersteund werden bij het genereren van het actueel medicatie overzicht en het maken van een ontslagrecept. Daarnaast is dossieronderzoek uitgevoerd waarbij de resultaten gebruikt zijn voor het aanscherpen en verduidelijken van de procedures en verantwoordelijkheden. Begin 2021 is de werkwijze tijdens verbeterweken over medicatieverificatie bij ontslag ZGV breed onder de aandacht gebracht. Daarbij is ook een hulpmiddel in het EPD geïmplementeerd dat door middel van kleur aangeeft of de benodigde stappen voor een volledig ontslag zijn afgerond (zoals gesprek, brief, AMO). ZGV verwacht dat de nu ingezette verbetering in 2021 nog verder doorzet en vastgehouden kan worden, mede omdat dit resultaat behaald is in een periode dat de COVID-19-zorg weer steeds meer van het ziekenhuis vraagt.' Het ziekenhuis mag terecht trots zijn, het toont dat zij goed zicht heeft op deze kwaliteit van zorg en onderneemt verbetermaatregelen.

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

Het gemiddelde percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden is 90,1% (P10=76,7%; P90= 100%), een vergelijkbaar beeld met vorig jaar (89,2%; P10=74,1%; P90=100%). In de meeste toelichtingen van de ziekenhuizen komt het risicobesef goed naar voren. Ook hebben veel ziekenhuizen een continue monitoring van resultaten ingericht, bijvoorbeeld via een dashboard, maand- of kwartaalrapportages.

Ziekenhuis St. Jansdal (Harderwijk) heeft net als vorig jaar het laagste percentage van Nederland namelijk 45,4% (41,2% in 2019). Het ziekenhuis geeft een vergelijkbare toelichting als vorig jaar: 'Medicatieverificatie bij kinderen moet gedaan worden bij alle patiënten waarbij de kinderarts de hoofdbehandelaar is. Voor andere specialismen zoals KNO en chirurgie hebben kinderen vaak nauwelijks tot geen medicatie of wordt alleen naar specifieke medicatie gevraagd die een mogelijk probleem kunnen zijn bij de ingreep waarvoor het kind wordt opgenomen. Hier wordt door de verpleegkundige of arts risico-gestuurd beoordeeld of medicatieverificatie door een apothekersassistent aangevraagd dient te worden. In 2021 volgt opnieuw een verbeteractie om de registratie van de medicatieverificatie door de kinderartsen in het EPD te verbeteren.' De vragen die de inspectie vorig jaar stelde in de terugkoppeling zijn niet beantwoord. Uit de toelichting van 2020 blijkt niet of het ziekenhuis naar de verschillen heeft gekeken en blijkt niet of de vorig jaar aangekondigde verbetermaatregelen voor 2020 hebben gewerkt.

In ziekenhuisgroep Twente (ZGT) (Almelo en Hengelo) vindt bij 99,7% van patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar medicatieverificatie plaats. Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting 'ZGT monitort via een dashboard de resultaten van alle indicatoren rondom de (voormalige) veiligheidsmanagementsysteem (VMS)-thema's en IGJ kwaliteitsindicatoren. Medisch managers analyseren de uitkomsten en sturen hierin hun RVE zo nodig op bij. Daarnaast is er een maandrapportage waarin indicatoren rondom pijn en medicatieverificatie zijn opgenomen. De maandrapportage wordt in het management van ZGT gedeeld en maakt onderdeel uit van gesprekken tussen clustermanager en unihoofd.' Het ziekenhuis laat zien op welke wijze zij inzicht heeft in de resultaten en hierop acteert. Een compliment waard.

Een andere goede toelichting is van St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) waarbij 89,7% van patiënten ouder

dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar medicatieverificatie plaatsvindt: 'Het percentage kinderen waarbij bij opname de medicatie is geverifieerd is toegenomen in 2020 (+9.8% t.o.v. 2019). In 2019 is een verbetertraject ingezet om medicatieverificatie en de registratie hiervan onder de kinderartsen en arts-assistenten werkzaam op de kinderafdeling onder de aandacht te brengen. Dit is een samenwerking tussen kinderartsen, ziekenhuisapothekers en de afdeling kwaliteit veiligheid en verantwoording (KVV). In 2020 is dit verder voortgezet. Sinds 2018 is het percentage met 18,8% toegenomen. Deze indicator is gebaseerd op alle 707 kinderen die in 2020 zijn opgenomen en langer dan 24 uur in het ziekenhuis hebben gelegen. Het aantal opnamen ligt lager dan in 2019 wat te verklaren is door de coronacrisis.' Mooi om te zien hoe een ziekenhuis een gezamenlijk multidisciplinair verbetertraject start en zichtbaar (door de jaren heen) resultaat boekt.

Kinderen worden vaker opgenomen en ontslagen zonder medicatie. Het is goed om te zien als een ziekenhuis inzichtelijk heeft hoeveel kinderen worden opgenomen en ontslagen zonder medicatie. Zo omschrijft St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) 'In 2020 waren er 582 opnames; hiervan gebruiken 258 kinderen geen thuismedicatie. Van de 324 kinderen die wel medicatie gebruikten is de medicatie geverifieerd bij opname.'

Medisch Spectrum Twente (Enschede) geeft aan dat het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd niet bekend is met een transparante toelichting: 'Vóór 2020 werd bij de medicatieverificatie bij kinderen het medicatiepunt van Medisch Spectrum Twente (MST) betrokken. In 2020 is op verzoek van de kindergeneeskunde afgesproken dat zij zelf hier verantwoordelijk voor zouden worden. Zij zouden de medicatieverificatie volgens de werkinstructie doen en daarbij dus ook de registratie in het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) om de teller te bepalen. Dit hebben zij echter niet gedaan. De apotheek heeft dit niet eerder dan bij oplevering data 2020 geconstateerd. Inmiddels is er intensief contact tussen de apotheek en kindergeneeskunde om dit in 2021 beter te laten verlopen. De noemers bij medicatieverificatie bij ontslag zijn lager dan de noemers bij medicatieverificatie bij opname. Dit komt omdat opnameverificatie bij alle patiënten wordt gedaan. Op de SEH ook vaak voor mensen die uiteindelijk niet worden opgenomen (dit wordt gedaan om efficiënt te zijn voor de voorschrijvers zodat de medicatie al is ingevuld). Bij de ontslagen worden de mensen die < 1 dag zijn opgenomen of waar geen medicatiewijzigingen zijn niet meegeteld aangezien hier geen medicatieverificatie bij ontslag hoeft plaats te vinden. Dit verklaart het verschil in de noemers.' Het is goed dat een ziekenhuis transparant en open is over een situatie die anders is gegaan dan gedacht en afgesproken. Wat zorgelijk is dat het ziekenhuis gedurende het jaar niet de noodzaak voelde om voor zichzelf inzichtelijk te maken hoe de kwaliteit van deze zorg georganiseerd is. Zeker gezien het feit dat het ziekenhuis in 2019 met een percentage van 46% het beeld gaf de oorzaken in beeld te hebben en verbeteracties door te voeren. De inspectie verwacht dat het ziekenhuis als nog inzicht krijgt in medicatieverificatie bij ontslag en met terugwerkende kracht over 2020 (voor het ziekenhuis zelf) inzicht verschaft over de consequenties voor patiënten en passende verbetermaatregelen treft.

Meerdere ziekenhuizen geven aan 100% van de patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij ontslag de medicatie te verifiëren. Een standaardprocedure waarbij alle patiënten een ontslaggesprek hebben wordt benoemd door meerdere ziekenhuizen door bijvoorbeeld een verpleegkundige, de kinderarts of het apotheek service punt (ASP). Het is goed dat een ziekenhuis een standaardbeleid heeft. Het is alleen de vraag of in praktijk alle patiënten gezien worden. Het beeld zou scherper worden met een onderbouwing vanuit de praktijk (bijvoorbeeld via een dossieronderzoek, audit, registratie). Pas dan weet een ziekenhuis in hoeverre het beleid in praktijk daadwerkelijk uitgevoerd wordt en kan het ziekenhuis indien nodig verbetermaatregelen treffen. Om dit belang te illustreren is de toelichting van Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) waarbij 99,5% van de patiënten bij ontslag medicatieverificatie plaatsvindt: 'Vooral bij kinderen komt het voor dat er geen ontslagmedicatie is. In deze gevallen kon de hoofdbehandelaar vergeten om in het systeem aan te geven dat er geen sprake was van ontslagmedicatie. Door optimalisering in het vastleggen, wordt de hoofdbehandelaar erop geattendeerd ook bij ontslag zonder medicatie de regels vast te leggen in het EPD. Dit heeft geleid tot verbetering van het resultaat.' Het ziekenhuis heeft goed zicht op de uitkomsten en mag trots zijn op dit resultaat.

Over het algemeen kan gesteld worden dat het beeld vergelijkbaar is met vorig jaar, met een lichte verbetering. De ziekenhuizen worden gevraagd om multidisciplinair te bezien welke verbetermaatregelen nodig zijn om tot een verbetering te komen. Daarbij is niet de vraag naar een betere registratie, wat vaker teruggezien wordt in toelichtingen. Het gaat juist om de medicatieverificatie bij een ziekenhuisopname en bij ontslag van kwetsbare groepen (zowel patiënten van 70 jaar en ouder als kinderen) voor een actueel medicatieoverzicht.

ONTWIKKELINGEN

Voor de kwaliteitsindicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen zijn geen veranderingen.

7 MEDICATIEPROCES

7.3.1 High Risk medicatie

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Bevorderen van de medicatieveiligheid 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. 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

In 80 van de 84 zorginstellingen wordt *high risk* medicatie toegediend. Maastricht Clinic (Maastricht), Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden) en Radiotherapiegroep (Arnhem) geven aangeen *high risk* medicatie toe te dienen. Een toelichting als: 'We zijn een zelfstandige radiotherapie instelling' is geen voldoende verklaring voor het niet leveren van data.' Maastricht clinic, Radiotherapeutisch Instituut Friesland en Radiotherapiegroep leveren hetzelfde aan als vorig jaar, zonder (aanpassing van de) toelichting. De inspectie gaat met deze zorginstellingen in gesprek. Sint Maartenskliniek (Boxmeer) verwijst in de toelichting 'Dit betreft zorg dat vanuit Maasziekenhuis Pantein geleverd wordt. Voor de beantwoording van deze vraag verwijzen wij naar het Maasziekenhuis Pantein.' Het ziekenhuis is hiermee niet volledig en naar verwachting is de aanname niet juist. Worden in Sint Maartenskliniek geen parenterale geneesmiddelen klaargemaakt en door zorgprofessionals toegediend?

Het gemiddelde percentage interne audits op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen is sterk verminderd van 86,3% (2019) naar 73,9% (2020) tot onder het niveau van 2018 (77,5%). De P10 is ook duidelijk afgenomen van 56,3% (2019) naar 27,0% (2020). Goed is te zien dat 79 van de 80 ziekenhuizen aangeven dat de resultaten van de audits aantoonbaar in een PDCA-cyclus zijn geborgd. 51 ziekenhuizen voorzien de kwaliteitsindicator van een toelichting. 34 ziekenhuizen benoemen in de toelichting de consequenties van de coronapandemie op het minder uitvoeren van interne audits.

Als voorbeeld is de toelichting van Ziekenhuis De Tjongerschans (Heerenveen) met 14 afdelingen waar *high risk* medicatie wordt toegediend en waar in 2020 geen interne audits zijn uitgevoerd: 'I.v.m. de coronacrisis zijn er geen nametingen (op alle klinische afdelingen, IC, CCU, radiologie, behandelafdeling, daghospitaal en dagbehandeling oncologie) gedaan in 2020 voor het klaarmaken en toedienen van *high risk* medicatie. Wel is er door de ziekenhuisapotheek een review gedaan van de *e-learning high risk* medicatie en zijn de aftekenlijsten voor de praktijktoets (i.o.m. de afdeling Opleiding en praktijktoetsers) aangepast op basis van de HRM checklists van het VMS en opgenomen in het (digitale) Fries Leerplein. In 2019 is in samenwerking met de ziekenhuisapotheek een tracer uitgevoerd op het thema *high risk* medicatie waarbij de werkwijze op meerdere poliklinieken is getoetst, daarbij is gekeken naar de omgeving en de kennis van de medewerkers, maar is niet daadwerkelijk meegekeken bij het klaarmaken en toedienen. Op veel poliklinieken wordt maar weinig *high risk* medicatie klaargemaakt en niet op geplande toedientijdstippen. Het is organisatorisch zeer moeilijk om dit objectief te laten toetsen. Uit de tracer is wel een voorstel gekomen hoe toetsing mogelijk te maken, deze

pilot was gepland in 2020. I.v.m. de coronacrisis is dit doorgeschoven naar 2021.' Het is begrijpelijk dat het ziekenhuis tijdens de coronapandemie anders omgegaan is met de uitvoering van interne audits en prioriteiten heeft gesteld, dat geldt voor meer ziekenhuizen. Dit ziekenhuis heeft nagedacht over een andere vorm om toch zicht te hebben op de kwaliteit van deze zorg. De inspectie kijkt uit naar de uitkomsten zoals het ziekenhuis dit voorstelt en vraagt het ziekenhuis om goede voorbeelden van andere ziekenhuizen hierin mee te nemen.

Meerdere ziekenhuizen hebben andere manieren van interne toetsing gezocht en uitgevoerd en er zijn 26 (zowel grote, middelgrote als kleine) ziekenhuizen die een interne audit hebben uitgevoerd op alle afdelingen waar *high risk* medicatie wordt toegediend. Ter inspiratie voor anderen volgt een aantal toelichtingen van ziekenhuizen die zichzelf toetsen aan de richtlijn VTGM en de praktijkgids '*high risk* medicatie' en aangeven resultaten te borgen in een PDCA-cyclus. St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) met 100% op 47 afdelingen in de toelichting '*Verbetermaatregel en naar aanleiding van de vorige audit worden bij nieuwe audit meegenomen.*' Zwaans Medisch Centrum (Zaandam) met 100% op 12 afdelingen: '*high risk* medicatie is een vast onderdeel van de specifieke medicatie audits op de afdelingen. Deze audits zijn gericht op alle stappen binnen het (high risk) medicatieproces en een aantal specifieke thema's: (opiaten, geconcentreerde elektrolyten, anti-stolling, diabetes) Op alle afdelingen vindt een medicatieaudit plaats. Daarnaast zijn er audits op het kwaliteitssysteem Qmentum Global met aandacht voor *high risk* medicatie. Er is een verbeterteam medicatieveiligheid waarin het onderwerp *high risk* aan bod komt.' Viecuri (Venlo en Venray) met 100% op 11 afdelingen: '*Alle afdelingen zijn meegenomen waar parenteralia worden toegediend (conform JCI norm). Op basis van de evaluatie van de huidige lijst en VIM-meldingen over medicatie in 2020, is een nieuwe lijst High Risk opgesteld. De middelen met het hoogste risico op verwisseling op de afdeling zijn opgenomen op de poster 'hoog risico medicatie'. Deze hangen in alle medicatieruimtes. In 2020 zijn in Q1 2020 acht algemene tracers gelopen op acht afdelingen. Daarnaast zijn in Q4 11 medicatietracers uitgevoerd; de vragen 39 tot en met 67 uit het VTGM en toedienproces zijn opgenomen in deze tracers.*' Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) met 100% op 3 afdelingen: '*Chemo-Unit, OK en Kort Verblijf. Jaarlijks vindt een audit door de ziekenhuisapotheker plaats en er vinden veiligheidsrondes en tracer audits plaats. In 2020 heeft er tevens een procesanalyse medicatieveiligheid op de dagbehandeling plaatsgevonden. Alle uitkomsten en verbeteracties worden gemonitord in het verbeterregister. Openstaande verbeteracties op het verbeterregister worden maandelijks gerapporteerd op het dashboard Kwaliteit & Veiligheid.*' Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) met 100% op 16 afdelingen: '*Op afdelingen waar HRM wordt klaargemaakt en toegediend, vinden maandelijks intercollegiale toetsingen plaats. Resultaten worden geëvalueerd en verbeteringen worden ingevoerd. Zo is het protocol aangepast om expliciet aandacht te besteden aan de 30 seconden naar handendesinfectie.*' Medisch Spectrum Twente (Enschede) met 100% op 19 afdelingen: '*Sinds 2019 wordt in MST door de afdelingen zelf het klaarmaken en toedienen van high risk medicatie getoets middels een verplichte tracerlichtkaart. Door de coronapandemie hebben de afdelingen voor het jaar 2020 langer de tijd gekregen om de resultaten aan de apotheek terug te koppelen. Alle afdelingen hebben dit vóór 01-04-2021 gedaan. Eventuele verbeterpunten pakken de afdelingen in eerste instantie zelf op, dit wordt gemonitord in Itask. Aanvullend hierop wordt er een ziekenhuisbrede analyse uitgevoerd door de apotheek.*' Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis met 87,5% op 24 afdelingen: '*Het ETZ heeft een werkgroep VTGM opgericht welke middels fliitsaudits en veiligheidsrondes frequent toets op High Risk medicatie. De resultaten worden besproken in de werkgroep VTGM en teruggekoppeld aan de betreffende afdelingen. Zij worden verzocht de verbeterpunten mee te nemen in de PDCA.*' Amsterdam UMC, locatie AMC (Amsterdam) met 72% van 25 afdelingen: '*Op 18 van de 25 relevante afdelingen zijn in de winter van 2019-2020 zelf audits uitgevoerd. In verband met COVID-19 zijn interne audits op veel afdelingen niet mogelijk geweest en zijn deze vervangen door zelf-evaluaties waaruit verbeteracties zijn gedefinieerd. Op locatie AMC worden normaliter jaarlijks interne audits uitgevoerd echter deze zijn door de coronamaatregelen niet uitgevoerd in 2020. Sinds juli 2020 zijn de medicatiecommissie van locatie VUmc en de ziekenhuismedicatiecommissie van locatie AMC samengegaan tot een Amsterdam UMC brede commissie. Inmiddels is al het hoogrisicobeleid geharmoniseerd en worden er nu gezamenlijke audits ingepland op eenzelfde wijze in beide huizen.'*

UMCU Utrecht (Utrecht) geeft met 62,3% van 77 afdelingen een sterke toelichting: 'In 2020 is op 35 van de 40 poliklinieken en dagbehandelingen in het UMCU waar High Riskmedicatie wordt toegediend een interne audit uitgevoerd (=tracer in UMCU terminologie), gebaseerd op een integraal verbeterplan VTGM en toedienen van parenteralia. (...) Daarnaast zijn risico gestuurd tracers uitgevoerd op 13 verpleegafdelingen. Die de laagst gemiddelde score hadden voor de tracer uit 2019. Door de coronapandemie is 90% van de totaal 53 geplande tracers uitgevoerd in 2020. De geplande tracers op de resterende vijf poliklinieken zijn in Q1 van 2021 uitgevoerd. De resultaten van de 53 tracers zijn in Q1 van 2021 geanalyseerd en worden in Q1/Q2 gerapporteerd aan de individuele afdelingen. Doelstelling van de apotheek is om alle afdelingen waar VTGM handelingen plaatsvinden minimaal eens in de drie jaar risico gestuurd te auditeren (indien de resultaten dit vereisen. Kan bij specifieke afdelingen een hogere frequentie worden aangehouden). Verpleegafdelingen 2019: 100 initieel 2020: 33 risico gestuurd (laagste score 2019) 2021: 33 risico gestuurd (middelste score 2019) Poliklinieken/dagbehandelingen 2019: n.v.t. 2020: 100 initieel 2021: 33 risico gestuurd (laagste score 2020)'. Het ziekenhuis toont dat zij dit onderwerp onder controle heeft en risico gestuurd prioriteiten stelt.

Een goed voorbeeld is de uitgebreide toelichting van Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) met 57,7% van 26 afdelingen: 'In de auditcyclus zijn twee audits opgenomen met betrekking tot het klaarmaken en toedienen van high risk medicatie. Bij de eerste audit wordt het klaarmaken geaudit en bij de tweede audit het toedienen. Door de coronacrisis en de druk die dit op de verpleging legt en het feit dat we zo min mogelijk mensen die niet nodig zijn op de afdeling willen hebben i.v.m. mogelijke besmettingen, is in 2020 enkel de audit voor het klaarmaken uitgevoerd. De audits worden uitgevoerd door verpleegkundigen die medicatieveiligheid als aandachtsgebied hebben. Zij worden ingedeeld om op een andere afdeling deze audit uit te voeren. Hierdoor krijgen niet alleen alle afdelingen een rapport over hoe het op de afdeling gaat, maar kunnen de verpleegkundigen ook van elkaar leren. Op elke afdeling wordt de audit twee keer uitgevoerd. Elke afdeling krijgt vervolgens zijn eigen rapport met eigen verbeterpunten waar de verpleegkundige mee aan de slag gaat. De regie hiervan ligt bij de afdeling zelf zodat de verbeteringen *bottom up* worden ingevoerd. Uiteraard is er wel ondersteuning. Zo helpt de apotheek en op het moment dat de verbeterpunten liggen bij het desinfecteren wordt de afdeling infectiepreventie betrokken om de afdeling te ondersteunen bij het oppakken van de verbeterpunten. Ook delen afdelingen waar het heel goed gaat hun werkwijze om andere afdelingen te helpen. Als ziekenhuis zijn wij tevreden over de resultaten van deze audit. We zien dat bij veel afdelingen op de punten waar vorig jaar minder werd gescoord een verbetering heeft plaatsgevonden. Afdelingen zijn actief bezig geweest met de verbeterpunten. Naar aanleiding van dezelfde audit vorig jaar is ook met bepaalde afdelingen gekeken naar hun proces. Zo is het op de endoscopie niet goed om te werken volgens het protocol van een verpleegafdeling omdat het proces op deze functie afdeling net anders verloopt. Vanuit de stuurgroep medicatieveiligheid is er samen met de verpleegkundige met het aandachtsgebied medicatieveiligheid, een arts (vakgroep hoofd) gekeken naar dit proces en hier een veilige werkwijze voor opgesteld. Bij de nieuwe audit scoren zij heel goed en wordt duidelijk dat de nieuwe manier van werken voor hun goed werkt en ervoor zorgt dat zij veilig kunnen werken. Uit de audits komen voor elke verpleegafdeling eigen verbeterpunten waarmee zij aan de slag gaan. We zien dat bijna al deze verbeterpunten liggen op het gebied van desinfectie en daarom wordt er samengewerkt door de apotheek, de verpleegafdelingen en de afdeling infectiepreventie om dit punt op te pakken. Daarnaast is er een scholingsmodule opgezet voor alle poliklinieken waar VTGM plaatsvindt zodat ook zij goed geschoold zijn en blijven.' Het ziekenhuis geeft aan zicht te hebben op de eigen resultaten en geeft een eigen oordeel, waarna verbetermaatregelen worden genoemd. De PDCA-cyclus is goed zichtbaar. Wat ook sprekend is, is de wijze waarop het ziekenhuis zorgprofessionals betreft en het onderwerp multidisciplinair benadert. Een voorbeeld waar andere ziekenhuizen van kunnen leren.

Prinses Máxima Centrum (Utrecht), St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) en Wilhelmina Ziekenhuis (Assen) geven aan dat er geen interne audit is uitgevoerd op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen op afdelingen waar *high risk* medicatie werd toegediend. De drie ziekenhuizen geven een toelichting. De toelichting van St. Anna Ziekenhuis valt op 'In 2020 zijn er geen audits uitgevoerd i.v.m. COVID-19. Naar aanleiding van de audits uit 2019 is er een verbeterplan vanuit de commissie medicatieveiligheid opgesteld. Dit

wordt in 2021 geïmplementeerd en de effectiviteit hiervan wordt in het vierde kwartaal van 2021 getoetst. Verbeteringen die naar aanleiding van de audits 2019 zijn ingezet betreffen onder meer de (inhoud van de) scholing met betrekking tot de VTGM module. Zo is er nu een apotheker betrokken bij de opleiding.' Zoals eerder genoemd is het begrijpelijk dat tijdens de coronapandemie andere keuzes gemaakt zijn. De combinatie van genoemde factoren maakt dat de inspectie een aantal vragen heeft. Hoe weet het ziekenhuis dat het verbeterplan van 2019 nog actueel is? Zijn er ook verbetermaatregelen die zorgprofessionals voor de eigen afdeling kunnen vormgeven? De inspectie vraagt het ziekenhuis hiernaar te kijken en daarbij te leren van andere ziekenhuizen.

Deventer Ziekenhuis (Deventer) met 53,9% op 13 afdelingen: 'De audits hebben i.v.m. Corona en een hoge werkdruk niet allemaal plaatsgevonden. Er is voldoende aandacht voor bij alle betrokkenen. Om de high risk toediening veiliger te maken worden momenteel opties onderzocht voor het digitaal uitvoeren van de dubbele checks.' Met deze toelichting volgen vragen. Hoe weet het ziekenhuis dat er voldoende aandacht is? Hoeveel interne audits zijn uitgevoerd en is bewust gekozen waar? En wat wordt bedoeld met het digitaal uitvoeren van de dubbele checks? Wat maakt dat dit element er specifiek uitgelicht wordt. Dit vraagt een nadere toelichting. Ook Isala concern (Zwolle en Meppel) met 30% op 50 afdelingen valt op: 'Beleid bij Isala is het jaarlijks checken van alle afdelingen waar high risk medicatie wordt toegediend. Door de COVID-19 perikelen is het aantal bezoeken drastisch gereduceerd. Dit zal na de coronapandemie weer worden opgepakt.' Deze toelichting is onvoldoende en geeft meerdere vragen. De inspectie vraagt het ziekenhuis om te kijken naar de eerder genoemde toelichtingen van goede voorbeelden.

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, geven 243 particuliere klinieken (43%) aan dat zij high risk medicatie toedienen in de instelling. Binnen de particuliere klinieken wordt bij 228 (93,6%) klinieken een interne audit uitgevoerd op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen. Het merendeel van de particuliere klinieken beschikt over één of twee afdelingen, vaak is het percentage dan ook 100% of 0%. Door een groot aantal particuliere klinieken wordt aangegeven dat de audit op VTGM onderdeel is van de (jaarlijkse) audit door de toezichthoudende apotheker. Van de 228 particuliere klinieken die aangeven dat een audit was uitgevoerd, geven 221 particuliere klinieken aan dat de resultaten van de audits in een PDCA-cyclus zijn geborgd. Twee van de zeven klinieken die de resultaten niet hebben geborgd in een PDCA cyclus geven aan dit in 2021 te gaan doen. De overige vijf particuliere klinieken geven geen toelichting.

Zoals eerder genoemd zijn minder interne audits uitgevoerd op afdelingen waar high risk medicatie wordt toegediend. Grotendeels is dat verklaarbaar door de coronapandemie. Opvallend is dat veel ziekenhuizen het wel lukt om een interne toetsing te realiseren als het gaat om een risicovol proces als klaarmaken en toedienen van parenteralia. Risicobewustzijn en gericht risico gebaseerd prioriteren hebben meerdere ziekenhuizen laten zien. Voorbeelden genoeg, waar andere ziekenhuizen van kunnen en moeten leren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

8 ZORG

8.1.1 Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

8.1.2 Behandeling van ondervoeding

DOEL INDICATOR

Inzicht verkrijgen in preventiemaatregelen ter voorkoming van potentiële risico's ten gevolge van ondervoeding bij een klinisch opgenomen patiënt.

RICHTLIJN

Screening en behandeling van ondervoeding

Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht, eventueel gewichtstoename, een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. De eerste kwaliteitsindicator richt zich op de screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen. De tweede kwaliteitsindicator 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 en behandeld bestaat de kans op complicaties met patiëntschade, zoals vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

De kwaliteitsindicatoren voor ondervoeding laten ook dit jaar het beeld zien wat je kunt verwachten van een langlopende kwaliteitsindicator. Het percentage op ondervoeding gescreende kinderen stijgt niet of heel langzaam. Het onderwerp heeft de aandacht maar er is nog winst te behalen. 74 ziekenhuizen geven aan dat zij kinderen behandelen. In 72 ziekenhuizen is het aantal kinderen dat bij opname wordt gescreeend op ondervoeding bekend. Bernhoven (Uden en Oss) geeft aan dat dit niet van toepassing is en geeft een toelichting: '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. In het kader van verminderen van regeldrukken administratieve last als mede in het kader van onze Toekomstbestendige Zorg met daarbij behorende Zinnige Registraties heeft de vakgroep kindergeneeskunde dan ook besloten om te stoppen met het registreren van de indicator "Screening Ondervoeding bij Kinderen". Wijze van screening van ondervoeding: Alle kinderen worden bij opname via de SEH of bij een polibezoek gewogen en gemeten en die metingen worden in onze *growth analyzer* ingevoerd. Daarmee ontstaat er een groei curve (zowel gewicht als lengte als BMI). De groei bekijken van een kind in die groei curve is een wezenlijk onderdeel van ons vak als kinderarts. Op grond hiervan nemen we beslissingen of er wel of geen actie ondernomen moet worden t.a.v. deze groei.' Het is de vraag of het ziekenhuis op deze wijze niet elk kind screent op ondervoeding, alleen wordt het niet zo ervaren. De bedoeling van de kwaliteitsindicator is namelijk het herkennen van een ondervoede patiënten bij opname via een gevalideerd screeningsinstrument en vervolgens daarop (indien nodig) acteren. Het ziekenhuis dient er voor te zorgen dat dit te herleiden is in het patiëntdossier. Dit laatste om trends te kunnen bewaken in het zorgtraject van het individuele kind (zowel intern als in de zorgketen). De inspectie vraagt het ziekenhuis om in gesprek te gaan over het doel van de kwaliteitsindicator en de wijze waarop inzichtelijk is dat elk kind adequate behandeling

krijgt. Het is goed om kritisch te zijn over administratieve last en regel druk. Het leveren van goede en veilige zorg heeft een groter belang. De Sint Maartenskliniek (Boxmeer) geeft aan dat deze vanuit Maasziekenhuis Pantein geleverd wordt, waarnaar het ziekenhuis verwijst.

Het gemiddelde percentage kinderen dat bij opname gescreend is op ondervoeding was in 2020 83,8% (P10 69,2% en P90 95,2%). In 2019 was dit 83,4% en bij de start van de kwaliteitsindicator 80,2% (2016). 66 ziekenhuizen gaven aan STRONGKids of een combinatie van STRONGkids te gebruiken als screeningsinstrument. Vijf ziekenhuizen gebruiken de groeicurve en twee ziekenhuizen gebruiken een eigen ontwikkeld programma of beslismodel. Het UMCU (Utrecht) geeft in de toelichting aan wat de reden is van een eigen ontwikkeld programma. Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) geeft geen toelichting.

Voor het gemiddelde percentage kinderen dat bij opname geclassificeerd is als acuut ondervoed is in ten opzichte van de afgelopen jaren een vergelijkbaar beeld. In 2020 was het gemiddelde 5,4% (5,3% in 2019, 6,7% in 2016) met een P10 van 1,9% en P90 van 9,4%. Het is interessant om de uitkomsten gezamenlijk te zien. Gelre ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen) geven aan dat zij 95,5% van de kinderen bij opname screent op ondervoeding. Dit komt voort uit een continue meting van in totaal 1005 kinderen. 43 kinderen werden bij opname geclassificeerd als ondervoed (4,5%). Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting: 'Bij het overgrote deel van de opgenomen kinderen wordt binnen 24 uur de STRONGkids scorelijst ingevuld waarop, indien noodzakelijk, adequate zorg vanuit de diëtetiek wordt gestart. N.a.v. de uitkomsten van deze indicator is er een verbeterplan ingezet, bestaande uit klinische lessen vanuit de diëtetiek en dossieronderzoek waarvan de uitkomsten twee maandelijks zijn doorgesproken met de afdeling diëtetiek en de kinderafdelingen. In een aantal gevallen wordt de scorelijst net iets te laat ingevuld (net na de 24 uur). Daarnaast wordt de scorelijst regelmatig niet ingevuld wanneer een diëtetiek al aanwezig is in het behandelplan, bijvoorbeeld bij kinderen met maag-darm problemen of overnames van elders.' Het is te prijzen dat het ziekenhuis naar de eigen uitkomsten kijkt, een analyse uitvoert en op zoek gaat naar verbetermogelijkheden. Andere ziekenhuizen kunnen hier een voorbeeld aan nemen.

Naast een interne vergelijking is externe vergelijking van belang. Zo spiegelt een ziekenhuis zich aan anderen en de verwachting is dat zo onderling leren en verbeteren gestimuleerd wordt. Radboudumc (Nijmegen) geeft aan dat in 2020 59,5% van de kinderen bij opname gescreend worden op ondervoeding. In 2020 waren 1621 kinderen opgenomen in het betreffende ziekenhuis. 11,7% van deze kinderen is bij opname geclassificeerd als acuut ondervoed. In de toelichting geeft het ziekenhuis aan 'Het aantal opgenomen kinderen was dit jaar lager dan voorheen; door de coronapandemie heeft een deel van de electieve opnames stil gelegen.' Een begrijpelijke toelichting. Echter het ziekenhuis vervolgt met 'de screening op ondervoeding komt ongeveer overeen met vorig jaar (2019: 60,8%)' en geeft verder geen toelichting over een interne analyse, oordeel en/of verbeterplan. Op het moment dat een uitkomst opvalt ten opzichte van andere ziekenhuizen, dan is het de verwachting dat een analyse uitgevoerd wordt en dat hiervan geleerd wordt. Het is onvoldoende om aan te geven dat een uitkomst hetzelfde is als vorig jaar, zeker als deze twee keer onder de P10 valt. De inspectie verwacht dat het ziekenhuis dit alsnog gaat doen.

Behandeling van ondervoeding van kinderen

In 70 ziekenhuizen is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitname en energie-inname op de vierde opnamedag bekend. Bernhoven (Uden en Oss) geeft eenzelfde toelichting als bij de voorgaande kwaliteitsindicator. Deze toelichting is niet toereikend voor de behandeling van ondervoeding van kinderen en het inzicht in een adequate eiwitname en energie-inname. Het ziekenhuis doet deze groep kinderen daarmee tekort. Het ziekenhuis moet komen met een plan van aanpak voor verbetering. De inspectie verwacht een reactie van het ziekenhuis.

Het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitname op de vierde opnamedag was 75,1%. Het percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag was 70,7%. De

variatie is groot met een minimum van 0% tot een maximum van 100% op beide kwaliteitsindicatoren, wat voor een groot deel wordt verklaard door kleine aantallen. Een mooie toelichting is van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) 'In 2020 zijn er veel minder opnames geweest op de kinderafdeling (kinderafdeling locatie oost was tijdelijk gesloten). Het screenen op ondervoeding op de kinderafdeling blijkt helaas ontzettend gedaald. Ook was de opnameduur gemiddeld erg kort was (heel weinig kinderen nog opgenomen op de 4e-5e opnamedag); de paar kinderen die er waren hebben in hun eiwit- en energiebehoefte kunnen voorzien, vandaar de 100 score. Er worden maandelijks overzichten van de resultaten naar de alle betrokkenen gestuurd en het is wekelijks onderwerp in de dag start. Het blijft derhalve de aandacht houden van de diëtetiek, in samenwerking met de verpleegafdeling.' Uit de toelichting blijkt het urgentiebesef, een eigen analyse, verbeteracties en het belang van samenwerking tussen de disciplines.

Gezien het belang van screening en behandeling van ondervoeding bij kinderen vraagt de inspectie de ziekenhuizen zich te blijven spiegelen aan voorgaande jaren en aan andere ziekenhuizen en continu op zoek te gaan naar hoe ondervoeding van opgenomen kinderen tijdig kan worden vastgesteld en behandeld.

Behandeling van ondervoeding van volwassenen

In 72 ziekenhuizen is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitopname op de vierde opnamedag bekend en al deze ziekenhuizen voerden een continue meting uit. De ziekenhuizen waar dit niet bekend is geven een toelichting. Patiënten worden in het betreffende ziekenhuis korter dan vier dagen opgenomen, hanteren ernstig ondervoede (SNAQ > 3) patiënten als exclusie criterium voor een operatie of geven aan dat zij een specialistische kliniek zijn. Hoewel deze toelichtingen begrijpelijk zijn, vraagt de inspectie deze ziekenhuizen om na te gaan op welke wijze het voorkomen en behandelen van ondervoeding een thema kan zijn in de betreffende ziekenhuizen. De opname van een patiënt in een ziekenhuis is een momentopname (die op dat moment kort kan zijn). De voedingstoestand is een continue factor tijdens een behandeltraject. Daarnaast moet in ogenschouw worden genomen dat SNAQ een screeningstool is en geen diagnosticum.

Het aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten was in 2020 48.364. Van deze ernstig ondervoede volwassen patiënten had 24.210 een adequate eiwitopname op de vierde opnamedag (50,3%). Een vergelijkbaar beeld met voorgaande jaren (51,3% in 2019). De variatie is nog steeds groot met een P10 van 32,6% en P90 van 67,7%. Een aantal ziekenhuizen met hoge percentages geven geen toelichting. Daarmee is helaas niet inzichtelijk welke verbetermaatregelen het ziekenhuis heeft genomen en kunnen anderen hier niet van leren.

Het Groene Hart ziekenhuis (Gouda) geeft een toelichting bij de aangeleverde 63,1% 'Er is een goede stap gemaakt in het behalen van de eiwitintake op dag 4. Over 2019 betrof dit in het GHZ nog 55,4%. In 2020 is dit gestegen naar 63,1%. Deze stijging is te verklaren door positieve veranderingen in het voedingsaanbod waarbij er meer aandacht is voor eiwitverrijkte producten. Deze lijn hopen we de komende jaren te kunnen voortzetten. Eiwitverrijkte producten dienen hierdoor goed beschikbaar te blijven en aangeboden te worden in het GHZ.' Het ziekenhuis heeft ondervoeding bij volwassenen goed in beeld en geeft aan welke verbetermaatregelen zij heeft getroffen.

Een andere goede toelichting is van het LUMC (Leiden) met 58,6% 'Landelijk varieert het percentage ondervoede patiënten dat op de vierde opnamedag adequaat gevoed wordt van gemiddeld 39 in 2008 tot 53 in 2018 en 52 in 2019. Het LUMC scoort met dit jaar 59 dus iets boven gemiddeld. Er zijn een aantal oorzaken waarom het percentage laag (onder de 70) blijft: De indicator is niet voor alle patiënten haalbaar (de eiwitintake is nog in opbouw op dag 4). Ook patiënten bij wie de indicator niet realistisch is worden meegenomen in de cijfers. Een deel van de patiënten wordt niet (tijdig) doorverwezen (via een order in HIX) naar de diëtist. Bij een deel van de patiënten "vergeet" de diëtist ondanks een goede eiwit/energie inname de indicator op behaald te zetten. Om het percentage omhoog te krijgen worden een aantal initiatieven genomen: Verbetering / verandering in het aanbod voeding op verpleegvloeren (in samenwerking met Facilitair Bedrijf) Scholing aan verpleging en service medewerkers Aanpassingen in het EPD en de afgesproken

werkwijze rondom behandeling ondervoeding. Ondanks het percentage van 58% zorgt de indicator voor aandacht. Reflectie en draagvlak voor tijdige signalering en behandeling van ondervoeding in het ziekenhuis. Daarnaast is het aantal ernstig ondervoede patiënten gedaald t.o.v. 2019. Dit heeft te maken met het gedaalde aantal niet COVID-19 gerelateerde opnames in 2020.' Betekent dit laatste minder ouderen en minder kwetsbare patiënten? Het ziekenhuis spiegelt zich aan landelijke data, analyseert de oorzaken en stelt verbetermaatregelen in. Een goed voorbeeld voor anderen.

Het voorkomen, snel herkennen en het behandelen van ondervoeding is en blijft een belangrijk onderwerp. De oproep aan de ziekenhuizen is om zich blijvend te spiegelen aan landelijke data en onderling van elkaar te leren, en continu op zoek te gaan hoe te kunnen verbeteren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicatoren Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen en Behandeling van ondervoeding zijn over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

8 ZORG

8.2.1 Zorgplan voor delirium

8.2.2 Screening op delirium op de SEH

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Tijdig signaleren dat een hoog- risicopatiënt een delirium ontwikkeld of doormaakt met de kans voor a dequate zorg.

RICHTLIJN

Delirium bij volwassenen en ouderen

Het tijdig herkennen van een patiënt met een verhoogd risico op een delier, of met een aanwezig delier, op de spoedeisende hulp (SEH), op de preoperatieve poli, bij klinische opname of op de intensive care (IC) vergroot de kans dat zonder onnodig oponthoud een zorgplan voor patiënten met een delier wordt uitgevoerd. Dit zorgplan, dat in principe multidisciplinair van karakter is en specifieke onderdelen bevat voor iedere individuele patiënt, vervult een spilfunctie in de zorgverlening voor kwetsbare oudere patiënten. In het zorgplan delier wordt voor iedere patiënt de algemene zorgvisie omtrent delirante patiënten en de zorg die zij behoeven, vertaald in concrete activiteiten. Het werken met een zorgplan delier dwingt tot het systematisch en doelgericht omgaan met gegevens over de patiënt en zijn behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding, en tot het aanbrengen van methode en structuur in het handelen van de hulpverleners. Voor de inhoud van een zorgplan wordt verwezen naar de bestaande richtlijn.

RISICO'S

Wanneer het (risico op het) ontstaan van een delirium bij een patiënt gemist wordt en/of er geen zorgplan is, bestaat de kans op complicaties met een ongewenst verlengde opname en/of een slechtere prognose tot gevolg.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

8.2.1 Zorgplan voor delirium

Een zorgplan voor een patiënt met een delier of een risico op het ontstaan van een delier start met het uitvragen en vastleggen in het dossier van het risico op een delier bij patiënten ≥ 70 jaar die worden opgenomen op SEH, klinische opname, IC opname en via de preoperatieve poli. Het risico wordt uitgevraagd en vastgelegd in het dossier aan de hand van de volgende drie vragen (VMS-programma): hebt u geheugenproblemen, hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg en zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

De diversiteit is groot. In 48 zorginstellingen wordt op zowel op de SEH, bij preoperatieve screening, klinische opname en IC-opname een risico op delier uitgevraagd en vastgelegd, in 29 zorginstellingen is het op één of meer van deze afdelingen niet het geval. In 57 zorginstellingen met een SEH en waar patiënten ≥ 70 jaar worden opgenomen, wordt op de SEH standaard het risico op een delier uitgevraagd en vastgelegd aan de hand van de drie vragen (VMS programma). 67 zorginstellingen vraagt standaard op een preoperatieve polikliniek bij patiënten ≥ 70 het risico op een delier uit en legt deze vast aan de hand van de drie vragen. Bij klinische opnames van patiënten ≥ 70 jaar wordt in bijna alle (73) zorginstellingen standaard binnen 24 uur na opname het risico op een delier aan de hand van de drie vragen uitgevraagd en vastgelegd. Op 60 van de 70 IC's wordt standaard binnen 24 uur na de IC-opname het risico op delier bij alle volwassenen uitgevraagd en vastgelegd.

De volgende stap is of patiënten met een verhoogd risico op het ontstaan van delier op de SEH, tijdens klinische opname en tijdens opname op de IC standaard met een gevalideerd instrument zijn beoordeeld

(gescreend) op de aanwezigheid van een delier (en vervolgens vastgelegd in het dossier). In 44 van de 75 zorginstellingen worden patiënten met een verhoogd risico op het ontstaan van delier op zowel SEH, tijdens een klinische opname als tijdens de opname op een IC met een gevalideerd instrument beoordeeld (gescreend) op de aanwezigheid van een delier en wordt het resultaat vastgelegd in het dossier. In 45 zorginstellingen is dat het geval bij een SEH opname van een patiënt ≥ 70 jaar. In 74 zorginstellingen vindt dat plaats tijdens een klinische opname bij een patiënt ≥ 70 jaar. Voor IC-opnames geldt dat in 68 ziekenhuizen alle volwassenen met een verhoogd risico op het ontstaan van delier standaard met een vast instrument worden beoordeeld.

Het in werking stellen van een zorgplan delier is voor SEH, preoperatieve poli, bij klinische opname en bij opname op de IC bij patiënten met een (verhoogd risico op) delier. Dat gebeurt op 48 SEH's, op 56 preoperatieve poli's, in 71 zorginstellingen met klinische opnames en op 61 IC's. In 39 zorginstellingen gebeurt dit zowel op de SEH, preoperatieve poli, bij klinische opname en bij opname op IC.

Laurentius Ziekenhuis (Roermond) en Medisch Spectrum Twente (Enschede) hebben op alle kwaliteitsindicatoren 'ja' ingevuld. Kortom, op alle afdelingen (SEH, preoperatieve poli, klinische opname en IC) vindt standaard screening plaats op het risico op een delier, wordt met een gevalideerd instrument gescreend op de aanwezigheid van een delier en wordt bij (een verhoogd risico op) delier een zorgplan in werking gesteld. Daarbij wordt in deze ziekenhuizen respectievelijk 98,6% en 95,8% van de patiënten van 70 jaar en ouder op de SEH gescreend op een (verhoogd risico op) delier. Helaas geven beide ziekenhuizen geen toelichting. Het is interessant te vernemen op welke wijze deze ziekenhuizen dit heeft vormgegeven.

Een goed voorbeeld qua toelichting betreft Viecuri (Venlo en Venray) 'In VieCuri worden alle patiënten van 70 jaar en ouder structureel gescreend op het risico op een delier. Dit is onderdeel van de opnameprocedure. Bij een verhoogd risico wordt een DOSS schaal ingevuld. Verdere acties worden opgenomen in het activiteitenplan. Indien nodig wordt een geriater of geriatrisch verpleegkundige ingeschakeld. Op de IC wordt bij elke patiënt 1x per dienst, dus 3x per dag, een klinische inschatting m.b.t. delier gemaakt, waar nodig met afname en registratie van de CAM-ICU en bijbehorende therapie volgens protocol (delier, behandeling IC, CAM-ICU methode). Het uitgangspunt is dat elke volwassen IC patiënt op de IC een dagelijks risico heeft op een delier en het medisch beleid wordt waar nodig elke dienst bijgestuurd.'

8.2.2 Screening op delirium op de SEH

Gemiddeld wordt 62,7% van de bezoeken van patiënten van 70 jaar en ouder op de SEH gescreend op een verhoogd risico voor een delier en/of op de SEH door middel van een delierscreeningsinstrument gescreend op de aanwezigheid van een delier (waarbij dit in het dossier wordt vastgelegd). De spreiding is groot, P10=5,4% en P90=95,7%. Dankzij de steeds betere toelichtingen van de ziekenhuizen is steeds beter te herleiden hoe een ziekenhuis de resultaten interpreteert en wat eventuele verbetermaatregelen zijn. In veel toelichtingen is te lezen dat het doel van de kwaliteitsindicator wordt nagesreefd, alleen dat het nog niet overal lukt om gegevens te presenteren. Veel ziekenhuizen wijzen naar de inrichting van het patiëntendossier en vervolgens het ontbreken van sturingsinformatie. Ook zijn veel ziekenhuizen nog aan de start van implementatie van screening van een (verhoogd risico op een) delier op de SEH.

Zo geeft Catharina Ziekenhuizen (Eindhoven) met 0% screening bij 4818 bezoeken van patiënten van 70 jaar en ouder als toelichting 'Op de SEH wordt nog niet gewerkt met een screenings- en diagnostisch instrument voor delier. Er is regionaal project "zorgpad voor kwetsbare ouderen op de SEH" (geïnitieerd en ondersteund door NAZB). Een deel is reeds geïmplementeerd. Het betreft het deel dat te maken heeft met aanpassing van ruimtes en materialen op SEH, geschikt voor de kwetsbare ouderen in acute situatie (prikkelarme ruimte, aangepast matras). De volgende stap in de implementatie is het gebruik nemen van acuut presenterende ouderen patiënt (APOP)-instrument in HIX. Het project heeft vertraging opgelopen als gevolg van COVID-19 en gaat in de tweede helft 2021 van start.' Het ziekenhuis onderneemt stappen en plant verdere implementatie. De inspectie kijkt uit naar de resultaten van het APOP instrument en de resultaten daarvan

voor patiënten. Een andere sterke en uitgebreide toelichting is van Erasmus MC (Rotterdam) met 3% van 2033 bezoeken: 'Het afgelopen jaar is er veel aandacht geweest voor de delierscreening op de Spoedeisende Hulp (SEH). De screeningsvragen zijn lastig te benaderen vanuit het SEH-dossier in HiX (...) Ondanks deze beperkingen is de SEH in het najaar van 2020 gestart met het screenen op delier bij alle 70+ patiënten op de SEH. Conform de kwaliteitsindicator is er een verpleeg- en beleidsplan opgesteld voor SEH-patiënten waarbij een verhoogd risico wordt vastgesteld. (...) blijft er aandacht voor deze kwaliteitsindicator op de SEH. De focus ligt hierbij in eerste instantie bij het bewustzijn onder verpleegkundigen en inzet van de juiste interventies bij patiënten met een verhoogd risico. Patiënten met een verhoogd risico worden na opname gescreend op de aanwezigheid van een delier d.m.v. de DOSS. Op de SEH wordt gestuurd op registratie in HiX en inmiddels is een duidelijke stijgende lijn zichtbaar in de score op de indicator.' Het ziekenhuis geeft hiermee aan dat het doel van de kwaliteitsindicator nastreeft en op verschillende niveaus schakelt om uiteindelijk de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg te verbeteren.

Meander Medisch Centrum (Amersfoort) geeft een toelichting (95,8% en op alle afdelingen screening en zorgplan): 'Delier screening is onderdeel van de VMS screening in Meander MC. Binnen 24 uur na opname wordt hierop gescreend, bij spoedopnames wordt dit over het algemeen gedaan door de Spoed Observatie Unit (SOU) verpleegkundige (op de SOU of SEH). Patiënten die op de SOU worden gescreend tellen we ook mee als gescreend, omdat de SOU kan worden gezien als een verlengde van de SEH. Om deze kwaliteitsindicator in de toekomst nog beter te kunnen bepalen zal dit jaar een label 'urgent' worden gerealiseerd in een nieuw dashboard 'delier'. Op dit moment werken we binnen Meander met een onderdeel in het EPD dat GreyCare wordt genoemd, hierin is de VMS screening opgenomen en kunnen verpleegkundigen bij een verhoogd risico meteen preventieve acties dan wel interventies aanklikken. De 70+ button in het EPD kleurt rood als een oudere kwetsbaar blijkt te zijn op één van de onderdelen van de VMS screening. Eventuele interventies zijn dan terug te vinden in de *mouseover* van deze rode button. Ook kunnen deze worden toegevoegd aan het actieplan van de verpleegkundige. Daarmee is het gewaarborgd dat dit is vastgelegd in het EPD.' Het ziekenhuis onderkent het belang van een vroege herkenning en indien nodig het toepassen van interventies. Het is alleen de vraag of alle patiënten dan juist in de kwaliteitsindicator naar voren komen. Worden alle patiënten op de SEH gezien door de SOU verpleegkundige, omdat het ziekenhuis spreekt 'over het algemeen'?

Ook is het interessant om de resultaten van de kwaliteitsindicatoren in samenhang met elkaar te bezien. Zo geeft Amphia Ziekenhuis (Breda) in de toelichting bij kwaliteitsindicator 'zorgplan voor delirium': '8.2.1 Op SEH wordt geen screening met gevalideerd instrument afgenomen ivm doorlooptijd op de SEH. Middels Pop-up wordt de screeningsvraag in kliniek geborgd. Zorgplan is gereed voor opname in het EPD. Ivm Covid-19 heeft dit vertraging opgelopen en wordt in 2021 opgepakt.' En vervolgens geeft het ziekenhuis bij de kwaliteitsindicator 'screening op delirium op de SEH' met 95,7% bezoeken van patiënten van 70 jaar en ouder dat werd gescreend op de SEH de volgende toelichting 'Sinds augustus 2020 zijn de gegevens SEH beschikbaar en de resultaten zijn geëxtrapoleerd naar 12 maanden.' Dit spreekt elkaar tegen en het is de vraag wat het ziekenhuis hiermee bedoeld.

Algemeen kan geconcludeerd worden dat er tussen de ziekenhuizen grote verschillen bestaan als het gaat om een gestandaardiseerde inschatting van een (risico op een) delier, het in werking stellen van een zorgplan/verpleegplan delier en het standaard screenen van delier op de SEH. Dat is lastig uit te leggen aan (familie van) patiënten, dat de diversiteit zo groot is. Veel ziekenhuizen erkennen de noodzaak en zijn in 2020 gestart met implementatie. Verbetering is nodig en mogelijk. Meerdere ziekenhuizen kondigen verbetermaatregelen aan. Hierin kunnen en moeten ziekenhuizen en zorginstellingen van elkaar leren, aangezien er goede voorbeelden beschikbaar zijn. De inspectie gaat er vanuit dat de ziekenhuizen in 2021 een vervolgstap zullen maken.

ONTWIKKELINGEN

Beide kwaliteitsindicatoren worden in 2021 door de inspectie uitgevraagd. De kwaliteitsindicator 'zorgplan voor delirium' zit ook in de Basisset MSZ 2022.

8 ZORG

8.3.1 Pijnmeting

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Stimuleren systematische aandacht voor pijn als symptoom bij 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.

RISICO'S

Indien pijn als symptoom bij oncologische patiënten 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 spreiding en diversiteit qua aanlevering voor deze kwaliteitsindicator is groot. 38 ziekenhuizen leveren de kwaliteitsindicator aan. Van deze ziekenhuizen wordt gemiddeld bij 61,7% ± 34,4% van de consulten van patiënten van 18 jaar of ouder dat de polikliniek medische oncologie bezoekt een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd. Het Radboudumc geeft met 92,9% een goede toelichting 'Een pijnmeting blijft bij ons drie maanden geldig. Pijnmetingen tellen mee die door de hulpverlener gevraagd en ingevuld zijn, alsook die de patiënt zelf via MijnRadboud heeft ingevuld. Dit is zo ingesteld zodat er altijd een recente pijnmeting beschikbaar is om op terug te vallen.' Ook Albert Schweizer Ziekenhuis (Dordrecht) geeft met 90,5% een goede toelichting: 'Het meten en registreren van de VAS is één van de kritische proces indicatoren afgesproken met de oncologen. De pijnscore als ook de resultaten van de behandeling worden driemaandelijks besproken in het sectieoverleg oncologie en waar nodig of wenselijk worden verbeteringen doorgevoerd. Dit heeft geresulteerd in een duidelijke verbetering van de uitvoering registratie van de pijnscore ten opzichte van 2019 (58%)'. Een positief resultaat van deze ziekenhuizen, waarvan andere ziekenhuizen kunnen leren en verbeteren.

46 ziekenhuizen leveren de kwaliteitsindicator niet aan en geven een toelichting. Het overall beeld in deze toelichtingen is een aanhoudende landelijke discussie aangaande de toegevoegde waarde van de kwaliteitsindicator. Een aantal ziekenhuizen geeft in dezelfde toelichting aan wel het belang te zien de uitvraag van pijn bij poliklinische patiënten met kanker. Zo geeft Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) in de toelichting: 'De richtlijn onderstreept het belang om bij poliklinische patiënten met kanker structureel de pijn te meten. Het is belangrijk, maar niet voldoende, om patiënten vaak te wijzen op het belang om zelf aan te geven als ze pijn hebben. Conform de stand van de medisch oncologische professie vraagt de oncoloog of verpleegkundig specialist elk consult naar het welbevinden van de patiënt en de bijwerkingen van de behandeling. Indien de patiënt hierbij pijn rapporteert wordt ingegaan op het medicamenteuze beleid en wordt dit aangepast. Net als andere ziekenhuizen, onderzoekt ook CWZ de mogelijkheid om patiënten pijnmetingen te laten invullen voorafgaand aan een polibezoek, en de resultaten standaard aan de orde te stellen tijdens het daaropvolgende consult.' Het ziekenhuis geeft het belang aan en is in de onderzoeksfase en dat is te prijzen. Immers, het gaat om het signaleren van pijn als symptoom bij oncologische patiënten. De inspectie verwacht van deze ziekenhuizen dat zij zich conformeren aan de landelijke standaard (richtlijn). De inspectie vraagt aan de beroepsgroep om helderheid te scheppen over de vermeende discussie en het belang van de kwaliteitsindicator.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is in 2020 voor de laatste keer door inspectie uitgevraagd. Voor het verslagjaar 2021 geldt het verbeterdoel 'Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling'.

8 ZORG

8.3.2 Pijnregistratie

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Stimuleren systematische aandacht voor pijn als symptoom na operatie.

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 een 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 postoperatief.

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

Gemiddeld wordt 89,3% van de te opereren patiënten minimaal 1x per dag tijdens elke opnamedag een pijnmeting digitaal geregistreerd (P10= 73,6%; P90= 98,6%). De verbetering ten opzichte van vorige jaren (2019: 88,1%) zet daarbij voort.

Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) heeft met 100% helaas geen toelichting. In het kader van leren en verbeteren van elkaar zou het goed zijn als het ziekenhuis een toelichting zou geven hoe het ziekenhuis tot zo'n goed resultaat komt. Andere ziekenhuizen zouden hiervan kunnen leren en verbeteren.

Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) met een percentage van 99,9% geeft de volgende toelichting: '[Het RKZ kent al jaren een continue monitoring van pijnscreening. Enerzijds via de realtime Monitor Kliniek, waarin dagelijks alle verpleegkundige screenings zichtbaar zijn per patiënt op de eigen afdeling. Anderzijds achteraf maandelijks via het datawarehouse, gedifferentieerd naar afdeling én naar postoperatief of niet postoperatief.](#)' Op deze wijze is inzichtelijk hoe het ziekenhuis dit resultaat heeft behaald en op welke wijze inzicht is in de mate van pijn bij te opereren patiënten. Ook Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) met 99,3% geeft een toelichting '[Er is een betere samenwerking tussen de pijnspecialisten en de chirurgie. Daarnaast is er meer aandacht geweest voor pijnconsultatie en pijnbestrijding.](#)' Goed is effect te zien van samenwerking en aandacht voor pijnconsultatie en pijnbestrijding.

Opvallend is de aanlevering en toelichting van Isala concern (Zwolle en Meppel) '[Steekproef over beide locaties \(Zwolle en Meppel\) N=100](#)' waarop het ziekenhuis uitkomt dat 95% van de klinisch chirurgische patiënten minimaal eenmaal per dag tijdens de opnamedag een pijnmeting digitaal te registreren. Het ziekenhuis geeft geen toelichting. Daarom is het niet mogelijk inzicht te hebben in de volledige populatie patiënten. Hoe heeft het ziekenhuis en de zorgprofessionals in beeld of het pijnbeleid bij klinisch chirurgische patiënten optimaal is?

In meerdere ziekenhuizen wordt gekeken naar de registratielast van verpleegkundigen. Dankzij de goede toelichtingen is dat herleidbaar. Een voorbeeld is de toelichting van Medisch Spectrum Twente (Enschede): '[De aantallen in teller en noemer zijn lager t.o.v. 2019 ivm de coronacrisis. Allereerst zijn de aantallen in teller en noemer lager t.o.v. 2019 i.v.m. de coronacrisis. \(De data 2019 betrof alleen de cijfers van januari t/m oktober](#)

2019 i.v.m. een pilot 'Ontregel de zorg' in november 2019) De belangrijkste reden dat het percentage pijnregistratie in 2020 lager is t.o.v. andere jaren is omdat MST deelneemt aan een pilot 'Ontregel de zorg' betreffende de pijnregistratie op de Acute Opname Afdelingen de afdeling Oncologische Chirurgie. Hierbij wordt wel 3x daags actief naar de pijn gevraagd maar bij geen of 'acceptabele' pijn (pijnscore <4) wordt dit niet geregistreerd in het dossier. Verder geeft de teller 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 1e pijnmeting in DSV wellicht op de 2e 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.' De toelichting laat zien welk beleid gevoerd wordt en hoe aandacht is voor de belasting van verpleegkundigen. Met deze toelichting is echter niet te herleiden wat de reden is van de daling van 82,7% (2019) naar 60,5% (2020) en of het ziekenhuis dat in beeld heeft. Met dit resultaat heeft het ziekenhuis het op één na laagste resultaat en is ruim onder de P10.

UMCU (Utrecht) geeft een toelichting bij 44,3%: 'Verpleegkundigen zeggen dat zij alleen de hoge pijnscores noteren in het pijnscoreformulier in HiX omdat zij het dan belangrijk vinden om alle scores op een rij te hebben. Als patiënten er lang liggen en dat gebeurt vaak in het UMC Utrecht, dan vragen ze wel naar pijn maar noteren dit niet meer op de plaats waar wij het uit HiX kunnen halen (registratielast).' Het ziekenhuis is verder met de ontwikkelingen om registratielast te verminderen en dat is goed te noemen. Wel valt op dat het ziekenhuis in de toelichting alleen verwijst naar wat verpleegkundigen aangeven, wat uiteraard een belangrijk goed is. De inspectie heeft als vragen: Is het standaard beleid om deze werkwijze te hanteren? Zijn de risico's in beeld? Hoe heeft het ziekenhuis zicht op de beleving van patiënten?

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is in 2020 voor de laatste keer door de inspectie uitgevraagd. Voor het verslagjaar 2021 geldt het verbeterdoel 'Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling'.

8 ZORG

8.3.3 Pijnconsultatie

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Adequate ondersteuning van de aandacht voor pijn als symptoom.

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 herkenning van pijn als symptoom en de behandeling van pijn, geschaad.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Vrijwel alle ziekenhuizen hebben een APS die grotendeels aan de te stellen eisen voldoet. Het gemiddelde is 92,8% en duidelijk verbeterd ten opzichte van vorig jaar (87% in 2019). In een aantal ziekenhuizen is nog ruimte voor verbetering. In 47 ziekenhuizen zijn alle eigenschappen² van de APS aanwezig en in de toelichtingen van deze ziekenhuizen zijn voldoende aanknopingspunten voor anderen om te kunnen leren en te verbeteren.

Ter illustratie een voorbeeld van Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) waar alle eigenschappen van de APS aanwezig is: 'De resultaten zijn niet veranderd t.o.v. de voorgaande jaren, daarbij zijn we tevreden over deze resultaten. Ondanks Covid-19 hebben we de indicatoren kunnen waarborgen. De Luscii/OLVG PIJN App is sinds vorig jaar ook ingezet op de dagbehandeling, hier wordt pijn en misselijkheid gemeten. Dit zal komend jaar verder uitgebreid worden en de resultaten hiervan gebruiken we om het postoperatieve monitoring proces te verbeteren. Aan de hand van de pijnapp beoordelen we op de pijnmedicatie voldoende is of te veel, indien de patiënt melding geeft wordt er contact opgenomen. Tevens is er een samenwerking gestart met Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. Protocolen zijn herzien en worden komend jaar beter zichtbaar. Onderwijs is digitaal gemaakt. Resultaten vanaf januari 2020 op de OLVG PIJN App: 93 klinische patiënten en 312 dagbehandeling. Resultaten Luscii/OLVG PIJN App: er zijn 872 accounts aangemaakt, met als uitkomst een gemiddelde 5 star rating van 3.57. Enkele patiënt opmerkingen op de Luscii/OLVG PIJN App: "Zeer handig middel", "Prima idee", "super goed", "Fijn dat er op deze manier gemonitord kan worden hoe het gaat. Een geruststelling vanuit de patiënt dat er dagelijks "meegekeken" wordt", "Ik vind dit een heel goed systeem, de dagen dat het niet zo goed ging werd er ook contact met mij opgenomen nadat ik de vragen in de app had beantwoord, dit stelde mij gerust en daardoor had ik niet het gevoel dat er niet op mij werd gelet, dus heel fijn dat deze app bestaat", "Helemaal tevreden", "Gewoon heel goed verzorgd" en "Goed geholpen aan de telefoon goede uitleg". Goed is te zien dat het ziekenhuis nog steeds op zoek is naar hoe het kan verbeteren en dit aan patiënten vraagt. Daar is het immers om te doen.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is in 2020 voor de laatste keer door de inspectie uitgevraagd. Voor het verslagjaar 2021 geldt het verbeterdoel 'Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling'.

² Zie pagina 63 van [basisset MSZ 2020](#)

8 ZORG

8.4.1 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 calamiteiten bij het toepassen van VBI. Het inzetten van de zwaardere vormen van VBI 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 hebben 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

Middelen voor toepassen VBI

Dit is het tweede jaar dat data over de frequentie van toepassing van VBI score 5 werd uitgevraagd. In totaal werd in Nederland in 2020 tenminste 5853 keer VBI score 5 toegepast bij klinisch opgenomen patiënten. Dat is een aanzienlijke afname in vergelijking met voorgaand verslagjaar (6.358 in 2019). Landelijk gezien betreft het een gemiddeld percentage van 0,4% van het totaal aantal opgenomen patiënten in het verslagjaar. Er is sprake van een aanzienlijke spreiding (0 tot 440) in aantal patiënten (0 tot 419 in 2019) én het percentage klinisch opgenomen patiënten (0 tot 2,0%) waarbij een VBI score 5 is toegepast (0 tot 6,1% in 2019). Dit is des te belangrijker omdat het uitgangspunt is dat dit (bijna) nooit nodig zou moeten zijn. Ziekenhuizen doen er goed aan om eigen resultaten te spiegelen aan de landelijke resultaten, hieruit eigen conclusies te trekken en waar nodig, verbetermaatregelen in te zetten.

In 70 Nederlandse ziekenhuizen is bekend bij hoeveel klinisch opgenomen patiënten een VBI score 5 is toegepast. Dat is een mooi resultaat in vergelijking met voorgaande verslagjaar (59). Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal), Deventer Ziekenhuis (Deventer), Isala concern (Zwolle), MUMC+ (Maastricht), Ommelandse Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten) en Sint Maartenskliniek (Nijmegen) geven aan middelen te hebben voor het toepassen van VBI waarbij het in deze ziekenhuizen niet bekend is bij hoeveel klinisch opgenomen patiënten een VBI score 5 is toegepast. Deze ziekenhuizen hebben geen zicht op het daadwerkelijk gebruik van het toepassen van VBI en moeten verbetermaatregelen treffen. Sint Maartenskliniek geeft in een nadere toelichting aan dat zij op de afdeling orthopedie nooit VBI hoeven toe te passen. Mocht dat wel het geval zijn kunnen zij expertise inroepen van de afdeling revalidatie.

Het Prinses Máxima Centrum (Utrecht) gaf in voorgaand verslagjaar 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. (...) In 2020 volgen protocollen voor de overige VBI scores.' Het ziekenhuis geeft nu in de toelichting aan: 'Concept beleid VBI voor het Prinses Máxima Centrum is klaar. VBI score 5 is 0 keer

toegepast.' Het is goed om te vernemen dat het ziekenhuis aan de slag is geweest met het thema VBI. Ook als blijkt dat, en misschien wel juist als blijkt dat, VBI in praktijk niet (vaak) wordt toegepast, is het goed over een actueel en breed gedragen protocol te beschikken. Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) gaf voorgaand verslagjaar in de toelichting aan: 'Er is alleen sprake van electieve chirurgie.' Het ziekenhuis verklaart nu: 'In SMC worden geen patiënten opgenomen die vrijheidsbeperkende interventies nodig hebben. Mocht blijken dat een patiënt hier toch een indicatie voor ontwikkelt, dan wordt hij overgeplaatst naar één van de coöperatieziekenhuizen.' Het mag duidelijk zijn dat het feit dat in een ziekenhuis alleen electieve chirurgie wordt verricht, het ziekenhuis niet ontslaat van het hebben van een VBI-protocol waarin mildere (VBI score 1-4) en zwaardere (VBI score 5) vormen van VBI worden genoemd. Het is belangrijk dat zorgprofessionals weten hoe te handelen, misschien wel juist als VBI in praktijk niet (vaak) wordt toegepast. Wanneer en op welke wijze moet een patiënt worden overgeplaatst naar één van de coöperatieziekenhuizen? Het ziekenhuis geeft aan dat theoretische scholing verplicht is. Hoe weet het ziekenhuis dat zorgprofessionals zich voldoende uitgerust voelen en zo nodig op de juiste wijze handelen.

Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) had in het voorgaand verslagjaar 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 destijds laat wel zien welke stappen genomen moeten worden bij zo'n geïmplementeerde visie: '(...) 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. (...)' Een mooi voorbeeld van een tijdspad waar verbetermaatregelen zijn aangekondigd en uitgevoerd. Het ziekenhuis heeft in 2020 met een percentage van 0,36% opgenomen patiënten waarbij een VBI score 5 is toegepast een mooi resultaat geboekt. Het ziekenhuis geeft dit verslagjaar geen toelichting. Het Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) geeft een identieke toelichting als voorgaande verslagjaar: '(...) 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.' Evenals voorgaand jaar merkt de inspectie op dat ondanks preoperatieve screening op kwetsbaarheid met name op psychogeriatrische complicaties en de algemene exclusie van belaste psychiatrische patiënten, het kan voorkomen dat bij een opgenomen patiënt VBI moet worden toegepast. Het is teleurstellend dat het ziekenhuis het signaal van de inspectie niet heeft opgepikt en geen enkele inspanning heeft getoond om VBI op de agenda te zetten. Diaconessenhuis (Utrecht en Zeist) gaf voorgaand verslagjaar een uitstekende toelichting aan op welke wijze VBI stond geagendeerd. Het is goed te vernemen dat het ziekenhuis het voorgenomen beleid heeft geïmplementeerd en vervolgstappen heeft ingezet, blijkt uit de volgende toelichting: 'September 2020 is er door de Raad van Bestuur besloten om (in navolging van locatie Zeist) ook op locatie Utrecht (behalve ICU) niet meer te fixeren. Het besluit is tot stand gekomen in samenspraak met Expertgroep VBI, VBI aandachtsvelders, de Verpleegkundige Advies Raad, medische specialisten en het management. Door de COVID-19 situatie is dit besluit eind 2020 nog niet geconcretiseerd en staat nu gepland voor medio 2021.' Een mooi voorbeeld van een ziekenhuis die een actief beleid voert op het gebied van VBI met een continue gedrevenheid om te verbeteren.

Deskundigheid zorgprofessional

In 74 Nederlandse ziekenhuizen vindt er cyclisch, met een frequentie van tenminste iedere vijf jaar, theoretische en/of praktische scholing plaats op het thema VBI voor gediplomeerd verzorgenden/verpleegkundigen niveau drie of hoger. De ziekenhuizen Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven), Sint Maartenskliniek (Nijmegen) en Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie (Utrecht) hebben geen theoretische en praktische scholing. Ook als blijkt dat, en misschien wel juist als blijkt dat, VBI in praktijk niet (vaak) wordt toegepast, is het belangrijk dat zorgprofessionals geschoold zijn op het gebied van VBI.

Het is duidelijk dat het onderwijs aan A(N)IOS en medisch specialisten in het toepassen van VBI nog niet een vanzelfsprekendheid is. Toch zijn een drietal ziekenhuizen hier inmiddels, sinds het voorgaande verslagjaar, mee begonnen. Inmiddels houden 24 ziekenhuizen periodieke, plenaire bijeenkomsten voor artsen in het

ziekenhuis verzorgd door verpleegkundigen en/of artsen van het ziekenhuis met extra kennis en kunde met betrekking tot VBI (21 in 2019). 47 ziekenhuizen beschikken over een e-learning voor A(N)IOS en medisch specialisten (34 in 2019) en in 36 ziekenhuizen wordt *bedside teaching* gegeven (34 in 2019). In de Nederlandse ziekenhuizen is duidelijk meer aandacht voor dit thema maar is ook voor een groot aantal ziekenhuizen nog veel te winnen.

Een aantal ziekenhuizen laten in de toelichting duidelijk zien dat het thema VBI staat geagendeerd. Een aantal uit meerdere mooie voorbeelden; Groene Hart Ziekenhuis (Gouda): 'De scholing is aangepast; voor de praktische scholing worden nieuwe leermethoden toegepast zoals instructiefilmpjes. Dit is passend bij de nieuwe middelen voor VBI. De scholingen zijn verplicht te volgen via digitaal leerplein; registratie daarvan in digitaal portfolio *e-learning* is in revisie, mede i.v.m. implicaties Wet Zorg en Dwang.', Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) (Almelo en Hengelo): 'De scholing is ontwikkeld door en wordt gegeven door inhoudsdeskundigen. Via de managementrapportage die per kwartaal wordt opgesteld voor de RvB worden ontwikkelingen gevolgd en de expertgroep VBI stuurt hierop met verbeteringen in het beleid, scholing, materialen, etc.', Haga Ziekenhuis (Den Haag): 'Er zijn periodieke, plenaire bijeenkomsten voor artsen in het ziekenhuis verzorgd door verpleegkundigen van het ziekenhuis met extra kennis en kunde met betrekking tot VBI verpleegkundigen met extra kennis en kunde met betrekking tot VBI verzorgen op verzoek *bedside teaching* aan artsen en arts assistenten. Nieuwe arts assistenten worden tijdens de introductiedagen plenair getraind. De sessie wordt in 2021 vervangen door een verplichte *e-learning*. Deze *e-learning* VBI voor artsen is in concept klaar en zal naar verwachting in Q2- 2021 in gebruik genomen worden.', Antoni van Leeuwenhoek / Ned. Kanker Instituut (Amsterdam): 'In het AVL wordt aan *bedside teaching* gedaan bij het toepassen van vrijheid beperkende interventies. Gezien de lage incidentie worden niet alle gediplomeerd verzorgenden en verpleegkundigen standaard geschoold, hiervoor is een *e-learning* voor artsen en verpleegkundigen in ontwikkeling. In het AVL wordt bij fixatie type 5 die overdag start de psychiatrie in consult geroepen, voor het toepassen van fixatie in de WAN-uren is het WAN-hoofd opgeleid om de fixatie uit te voeren en/of te begeleiden.' Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg): 'De *e-learning* voor artsen is opgenomen in het ziekenhuisbrede introductieprogramma voor alle artsen / *physican assistants* / verpleegkundig specialisten en heeft een verplichtend karakter. De reguliere *e-learning* voor verpleegkundigen is vervangen door een scholingsprogramma waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende leervormen. Intentie was om de vernieuwde scholing in 2020 uit te rollen, door de pandemie is de scholing in maart 2021 uitgerold. Deze scholing heeft een terugkerend karakter.' Evenals voorgaand verslagjaar geeft Rijnstate (Arnhem) een volgende uitgebreide inhoudelijke toelichting: 'Het Rijnstate wil zware VBI zoveel mogelijk te voorkomen door: Scholing voor nieuwe medewerkers: met name gericht op alle interventies die je kunt inzetten om VBI te voorkomen. -Rijnstate schoolt jaarlijks alle aandachtsvelders door middel van een theoretische en praktische toets. Naast het praktisch toepassen van VBI is er veel aandacht voor het voorkomen van VBI. Ook doen we casuïstiekbesprekingen. De aandachtsvelders scholen de medewerkers op de werkvloer door middel van een klinische les of praktijktoets. Scholing arts-assistenten: met name gericht op welke rol artsen hebben in het voorkomen/inzet van VBI. - We organiseren 1x per 2 jaar een DOO (discipline overstijgend onderwijs) carousel voor artsen en A(N)IOS. Dit is een plenaire bijeenkomst. VBI is onderdeel van het project Beter Ouder 2.0 (zowel medisch als verpleegkundig): hierin zijn onder andere de *escape tas* en *pubquiz* in opgenomen. Alle patiënten waarbij een VBI 5 wordt toegepast, worden door de werkgroep VBI verder geanalyseerd. Als er uit een casus blijkt dat er misschien andere mogelijkheden hadden kunnen plaatsvinden dan wordt dit met de aandachtsvelder van die afdeling besproken. Zodat zij ook weer dit met het team kan bespreken. De werkgroep VBI wil via de PDCA cyclus de toepassing van VBI Rijnstate-breed verbeteren.' Het ziekenhuis heeft innovatieve verbetermaatregelen getroffen waar andere ziekenhuizen die het zorgproces (nog) niet volledig hebben geoptimaliseerd, van kunnen leren en verbeteren. Ook de toelichting van verslagjaar 2019 kan hierbij een bijdrage aan leveren. Bovenstaande zijn enkele uitstekende voorbeelden (uit meerdere goede toelichtingen) van mooie nieuwe initiatieven om beleid en uitvoering voor wat betreft VBI te optimaliseren. De inspectie is verheugd te vernemen dat met de introductie van de kwaliteitsindicator bij meerdere ziekenhuizen VBI geagendeerd staat. Toch zijn er ook ziekenhuizen die nog niet zover zijn. St. Antonius Ziekenhuis

(Nieuwegein) maakt dit duidelijk in de volgende toelichting: 'Er is geen scholing voor artsen m.b.t. VBI. Op dit thema is het voor medisch specialisten, AIOS en ANIOS gebruikelijk om te overleggen met de geriater of de psychiater. De meeste artsen hebben niet vaak met deze materie te maken. Het zou een hele investering vragen om hen hier diepgaand in te scholen.' Dit is een misvatting. De kern van het beleid moet zijn dat een goed besluit over en toepassen van VBI een samenwerking vraagt van verpleegkundigen, A(N)IOS en medisch specialisten.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator VBI wordt voor verslagjaar 2021 uitgevraagd en is doorontwikkeld naar een verbeterdoel. Voor het verslagjaar 2022 geldt het verbeterdoel 'Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies'.

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](#)

Steeds vaker zijn diverse zorgverleners betrokken bij de zorgverlening aan en de behandeling van een patiënt. Een goede samenwerking voorkomt dan problemen en misverstanden. Belangrijke randvoorwaarden zijn een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, goede onderlinge communicatie en afstemming over werkzaamheden en informatie. 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 tegensrijdige 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

Vrijwel alle ziekenhuizen hebben het werkproces zorginhoudelijke aanspreekpunt voor oncologische zorg voor patiënten met borstkanker of darmkanker op orde. De kwaliteit van de inhoudelijke toelichtingen zijn veelal goed. De inspectie spreekt het vertrouwen uit dat in de Nederlandse ziekenhuizen die oncologische zorg aanbieden, de verbeteringen die zijn ingezet met betrekking tot een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg, behouden blijven in de toekomst. Een aantal ziekenhuizen is echter nog niet zover en doet er goed aan te leren van anderen en te verbeteren.

Ten opzichte van voorgaande verslagjaren is ook dit verslagjaar een vergelijkbaar gemiddeld percentage patiënten met borstkanker met een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg van 98,4% P10 = 94,0%, P90 = 100% (97,9% in 2019 en 98,2% in 2018). Ook is er een vergelijkbaar gemiddeld percentage patiënten met darmkanker met een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg van 97,9% P10 = 91,6%, P90 = 100% (96,7% in 2019 en 98,2% in 2018).

Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) heeft evenals voorgaand verslagjaar lage percentages patiënten met borstkanker of darmkanker met een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg, in vergelijking met het landelijk gemiddelde: 71,9% voor patiënten met borstkanker en 79,9% voor patiënten met darmkanker. In de toelichting geeft het ziekenhuis voor de patiënten met borstkanker aan: *'Een deel van deze patiënten heeft een voorstadium van borstkanker. Dit is een kleine ingreep maar geen borstkanker (sommige komen op controle, anderen komen helemaal niet meer terug). Daarom hebben we ervoor gekozen deze patiënten geen casemanager te geven- Deel van deze vrouwen is gezien door een fellow. Deze heeft veel geïnvesteerd in een eigen groep patiënten en heeft gefunctioneerd als casemanager maar dit is niet geregistreerd; Aantal patiënten hadden wel degelijk meerdere consulten met dezelfde verpleegkundig specialist maar deze is niet als hun casemanager geregistreerd; Aantal patiënten langer dan 13 maanden niet in het ziekenhuis geweest en krijgt daardoor een nieuw DBC.'* en voor de patiënten met darmkanker: *'Aantal patiënten heeft twee verschillende verpleegkundig specialisten gezien (die beide functioneren als casemanager) het is daaronder onbekend welke verpleegkundig specialist de casemanager is. Aantal patiënten is overgegaan naar ander ziekenhuis; Aantal patiënten hadden wel degelijk meerdere consulten met dezelfde*

verpleegkundig specialist maar deze is niet als hun casemanager geregistreerd; Aantal patiënten langer dan 13 maanden niet in het ziekenhuis geweest en krijgt daardoor een nieuw DBC.' Het ziekenhuis laat zien dat het een analyse heeft verricht van de eigen gegevens. Dat is een goede ontwikkeling. Het ziekenhuis laat niet zien dat het volledig zicht heeft of de patiënt met borstkanker of darmkanker te allen tijde een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg heeft. Is het voor de patiënt wel duidelijk wie zijn zorginhoudelijk aanspreekpunt is? Een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg heeft twee aspecten. De patiënt moet weten wie het zorginhoudelijk 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. Het ziekenhuis heeft aanhoudend onvoldoende inzicht in de mate waarin patiënten met borstkanker of darmkanker, een zorginhoudelijk aanspreekpunt heeft. Het ziekenhuis moet verbetermaatregelen treffen zodat het werkproces rondom oncologische zorg inzichtelijk wordt.

Zorgelijk zijn de percentages van het Antonius Ziekenhuis (Sneek). Het ziekenhuis presteert minder goed dan voorgaand verslagjaar en heeft lage percentages patiënten met borstkanker of darmkanker met een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg, in vergelijking met het landelijk gemiddelde: 84,4% voor patiënten met borstkanker (91,8% in 2019) en 61,9% voor patiënten met darmkanker (72,6% in 2019). Wat het extra zorgelijk maakt is dat het ziekenhuis geen toelichting geeft. Hiermee is onbekend of het ziekenhuis zicht heeft op eigen functioneren in het kader van zorg van patiënten met borstkanker of darmkanker met een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg. Als er geen zicht is in eigen functioneren, worden er geen verbetermaatregelen getroffen en is er geen sprake van leren en verbeteren. De inspectie verwacht van het ziekenhuis dat het werkproces analyseert en daar waar nodig verbetermaatregelen instelt.

De toelichting van Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) is niet toereikend: 'Het aantal patiënten met borstkanker is gedaald door een verminderd aanbod. Dit verminderde aanbod is meest waarschijnlijk veroorzaakt door het opschorten van en later beperkte capaciteit bij het bevolkingsonderzoek.' Als het aantal patiënten met borstkanker daalt zou dat geen invloed moeten hebben op het percentage patiënten met borstkanker met een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg (90,4%). Ook het percentage patiënten met darmkanker met een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg baart zorgen (82,7%) De toelichting: 'Noemer was in eerste instantie ongeveer 200 hoger, maar na doorlopen dossiers, bleek een groot gedeelte niet te voldoen aan de inclusiecriteria (geen bewezen CRC, maar bijv. oproep coloscopie ivm familiale belasting CRC of geen primaire tumor in het verslagjaar). Alle patiënten hebben een vast aanspreekpunt, alleen is dit niet altijd vastgelegd in het dossier.' is niet afdoende. Er kan wel gesteld worden dat alle patiënten een zorginhoudelijk aanspreekpunt hebben, maar dat is niet vastgelegd in het dossier. Ook hier geldt dat een zorginhoudelijk aanspreekpunt voor de oncologische zorg twee aspecten kent. De patiënt moet weten wie het zorginhoudelijk aanspreekpunt is, maar ook de zorgverleners moeten dat weten om de continuïteit in de zorgverlening aan de patiënt te garanderen. Het ziekenhuis heeft onvoldoende zicht op deze aspecten en moet verbetermaatregelen nemen.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator is 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 wachtijd tussen de diagnose en de start van de behandeling vergroot de kans op uitzaaiingen en vergroot de periode van onzekerheid bij de vrouw.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 75 Nederlandse ziekenhuizen worden patiënten chirurgisch behandeld in verband met een mammacarcinoom. In al deze ziekenhuizen wordt neo-adjuvante chemotherapie gegeven aan patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom. In 2020 werden in totaal in Nederland 3160 patiënten primair behandeld met neo-adjuvante chemotherapie voor een nieuw gediagnosticeerd invasief M0 mammacarcinoom. Dit is min of meer vergelijkbaar met voorgaand verslagjaar (3395 patiënten). Bij aanvang van de kwaliteitsindicator in 2016 was dit totaal aantal beduidend minder (2354 patiënten). Het gemiddeld percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie is 81,3% (P10=66,7%, P90=95,2%). Dit percentage is de afgelopen jaren min of meer stabiel (varieert tussen de 81,0% en 84,0%). Deze kwaliteitsindicator heeft niet als doelstelling het bereiken van 100%. Het is wenselijk dat de patiënt binnen vijf weken start met de behandeling, tenzij de patiënt of medisch inhoudelijke redenen meer tijd vraagt.

Antonius Ziekenhuis (Sneek) heeft een percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie van 0%. In voorgaand verslagjaar hebben zij wel geteld één patiënt behandeld. Het percentage is hier minder illustratief, wel het feit dat het ziekenhuis slechts één patiënt heeft behandeld. De inspectie verwacht dat het ziekenhuis met een toelichting komt over hoe men hier tegen aan kijkt.

Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten) heeft een percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie van 50,0%. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: '[Met name door wachtijd op PET-CT en aanvullende onderzoeken bij nieuwe bevindingen liep wachtijd tot start behandeling op. Met name bij patiënten met nog aanvullende biopsen van op PET toch verdachte axillaire metastasen.](#)' Het ziekenhuis geeft een verklaring waarom de wachttijden te lang zijn maar komt niet met verbetermaatregelen. De inspectie verwacht dat het ziekenhuis inmiddels verbetermaatregelen heeft getroffen.

Franciscus Vlietland Groep, Concern (Rotterdam) heeft een percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie van 60,0%. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: '[Momenteel wordt er door het Franciscus Gasthuis & Vlietland voor deze groep patiënten één keer per week een MDO georganiseerd. Belangrijke kritische indicatoren worden intern bijgehouden en wkelijks besproken in het overleg van de GZE-borstkanker. Hierdoor kans snel geschakeld worden en indien nodig bijgestuurd worden. Het team evalueert per constatering welke verbeteracties het zorgpad kunnen versnellen, zoals het organiseren van het MDO tweemaal per week.](#)' Deze toelichting geeft een goed beeld van hoe het zorgproces

rondom borstkanker Franciscus Vlietland Groep, Concern (Rotterdam) is georganiseerd. Het positieve punt in deze toelichting is dat er een plan-do check-act (PDCA) cyclus is ingericht: 'Het team evalueert per constatering welke verbeteracties het zorgpad kunnen versnellen, ...'.

Elkerliek (Helmond en Deurne) komt ook dit verslagjaar met een gedegen analyse en de concreet uitgewerkte verbeterpunten uit voorgaand verslagjaar, die hebben geleid tot een percentage van 91,7% (61,4% in 2019): 'Naar aanleiding van het lagere percentage in 2019 is een nadere analyse uitgevoerd en zijn er verbeteringen in het proces doorgevoerd. Het effect hiervan is terug te zien in het percentage van 2020. De oorzaak van het overschrijden van de termijn van 5 weken bij de drie patiënten in 2020 is gelegen in: Bij twee patiënten is vertraging van respectievelijk 4 en 5 dagen opgetreden. Echter, het traject van deze patiënten vond plaats voordat in mei 2020 de nieuwe werkafspraken zijn gemaakt. Bij één patiënt is de termijn op eigenverzoek van de patiënt fors overschreden. Als gevolg van angst en twijfel over voorgestelde behandeling, tweemaal second opinion elders. Na bevestiging van voorgestelde behandeling aldaar, is de neo-adjuvante behandeling alsnog in het Elkerliek opgestart.'

Martini Ziekenhuis (Groningen) heeft een percentage van 59,5% wat min of meer vergelijkbaar is met het voorgaande verslagjaar (58,6% in 2019). Het ziekenhuis laat in de toelichting zien dat het zicht heeft op de eigen resultaten en komt met een goede analyse met verbeterpunten en een duidelijke eigen conclusie over de resultaten: 'Ingezette verbeteringen om de doorlooptijden te verlagen, zoals benoemd vorig jaar, zijn verder opgepakt. Echter COVID is wel van invloed geweest wat te zien is in de MRI-capaciteit. Het dashboard mamma, met een actueel overzicht van alle doorlooptijden, wordt gefinetuned onder andere qua digitalisering. Het zorgpad Analytics wordt in juni verder ingericht. Het gestarte Lean Six Sigma project 'Verbeteren instroom patiënten Borstcentrum' bevindt zich in een vergevorderd stadium. Het aantal verwijstroom is van drie naar twee gegaan en is getoetst bij de huisartsen.'

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) viel voorgaand verslagjaar op door een goed resultaat en een goede toelichting. Het ziekenhuis heeft ook dit jaar een mooi percentage van 89,2% (91,2% in 2019) en geeft de volgende toelichting: 'De vier patiënten met doorlooptijd > 5 weken zijn onderzocht, waarbij de conclusie is dat het eerste consult bij de oncoloog bij iedereen drie weken na biops plaatsvindt, maar dat aanvullende diagnostiek of second opinion ervoor gezorgd hebben dat de eerste kuur na 5 weken is gestart.' Het ziekenhuis heeft inzicht in eigen data en doet gericht dossieranalyse. Hieruit heeft het ziekenhuis al eerder verbetermaatregelen getroffen welke hebben geresulteerd in verbetering van het werkproces.

UMCG (Groningen) heeft een percentage van 66,7% (12 van de 18 patiënten). In het voorgaand verslagjaar had het ziekenhuis een percentage van 23,5% en gaf geen toelichting. Ook dit jaar geeft het ziekenhuis geen toelichting. Voor de inspectie is niet te achterhalen of het ziekenhuis zicht heeft op de eigen resultaten en of het ziekenhuis verbetermaatregelen heeft ingesteld.

Amphia Ziekenhuis (Breda) heeft een percentage van 56,8%. In het voorgaand verslagjaar had het ziekenhuis een percentage van 47,4% en gaf geen toelichting. Dit jaar komt het ziekenhuis met de volgende toelichting: 'Er is een aantal verbetermaatregelen doorgevoerd halverwege 2020 waardoor de cijfers significant zijn verbeterd. Eind 2020 scoort Amphia zelfs op het niveau van landelijk gemiddelde met deze indicator (>80).' De inspectie merkt op dat 'significant' in deze wat optimistisch is gesteld door het ziekenhuis. Er is sprake van bijna 10% toename van het percentage. Verheugend is te vernemen dat het ziekenhuis verbetermaatregelen heeft getroffen en dat een deelanalyse van de laatste maanden van het verslagjaar een duidelijke verbetering laat zien. De verbetermaatregelen hebben resultaat. Nog mooier zou zijn als het ziekenhuis in de toelichting laat zien welke verbetermaatregelen zijn ingesteld zodat andere ziekenhuizen hiervan kunnen leren en kunnen verbeteren.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator is 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), *Dutch Lung Radiotherapy Audit* (DLRA) en de *Dutch Lung Surgery Audit* (DLSA).

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 79 ziekenhuizen in Nederland worden patiënten gediagnosticeerd met en/of behandeld aan een primair niet-kleincellig longcarcinoom. In 2020 was het aantal patiënten met een primair niet-kleincellig longcarcinoom gediagnosticeerd met en/of behandeld in een Nederlands ziekenhuis 10.021 (11.672 in 2019). De registratie van gediagnosticeerde patiënten (DLCA) is gemiddeld 97,3% (95,9% in 2019), radiotherapie (DLRA) registreert gemiddeld 96,9% (98,1% in 2019) en longchirurgie (DLSA) 99,4% (99,9% in 2019). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met voorgaand verslagjaar en evident beter dan bij aanvang van de uitvraag van deze kwaliteitsindicator.

Op basis van de aanlevering van de ziekenhuizen valt het de inspectie op dat een aantal ziekenhuizen niet voldoet aan de minimumnormen van Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS). 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 een zeldzame type norm. Het is gebruikelijk dat een instelling die niet aan een volumennorm kan voldoen moet stoppen. Zeven Nederlandse ziekenhuizen hebben in totaal minder dan 50 patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en behandeld in het ziekenhuis. De inspectie vraagt de beroepsgroep om hierover een oordeel te vormen.

Dutch Lung Cancer Audit (DLCA)

Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) geeft dit verslagjaar met een percentage van 100% (72,3% in 2019) de volgende toelichting: 'Van de 81 patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom is er bij 30 patiënten in Ziekenhuis Amstelland wel een first opinion uitgevoerd (volledige of gedeeltelijke diagnostiek naar het longcarcinoom), maar zijn patiënten voor uiteindelijke behandeling overgenomen door het VUMC of AVL.' Het ziekenhuis laat hiermee zien dat het zicht heeft op eigen data er vanuit gaande dat deze patiënten door het VUMC of AVL geregistreerd worden. Dat is voor nu nog de vraag.

MUMC+ (Maastricht) heeft verbetermaatregelen ingezet met een duidelijke verbetering van het percentage in de DLCA geregistreerde patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en behandeld in het ziekenhuis van 98,4% (72,7% in 2019). Het ziekenhuis heeft verbetermaatregelen getroffen en laat hiermee zien zicht te hebben op eigen data. Welke verbetermaatregelen zijn getroffen laat het ziekenhuis niet weten. Dit kan illustratief zijn waarvan andere ziekenhuizen kunnen leren en verbeteren.

UMCG (Groningen) heeft een daling van het percentage in de DLCA geregistreerde patiënten gediagnosticeerd

met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en behandeld in het ziekenhuis naar 71,7% (85,7% in 2019) en geeft hierbij geen toelichting. Dit is zorgelijk omdat er sprake is van een daling van een percentage wat in het voorgaand verslagjaar ook al lager dan de P10 was. De inspectie verwacht dat het ziekenhuis hierop verbetermaatregelen neemt. In eerste instantie zicht krijgen op eigen data, daaruit conclusie trekken en verbetermaatregelen nemen.

Dutch Lung Radiotherapy Audit (DLRA)

Erasmus MC (Rotterdam) heeft het laagste percentage 69,4% in de DLRA geregistreerde patiënten die in opzet curatief bestraald zijn in verband met een niet-kleincellig longcarcinoom en geeft hierover geen toelichting. Ook UMCG (Groningen) heeft een percentage (78,1%) lager dan de P10 (87,2%) en geeft geen toelichting. De inspectie verwacht dat deze ziekenhuizen analyseren welk percentage patiënten, dat in opzet curatief bestraald is in verband met een niet-kleincellig longcarcinoom, daadwerkelijk worden geregistreerd in de DLRA.

Dutch Lung Surgery Audit (DLSA)

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 Nederlandse ziekenhuizen waar long-chirurgische ingrepen worden uitgevoerd bij patiënten met een primair niet-kleincellig longcarcinoom.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is 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

[Colorectaal carcinoom](#)

RISICO'S

Bij resecties vanwege een primair colorectaal carcinoom kunnen ernstige complicaties optreden. De kans bestaat dat deze te laat herkend en behandeld worden waarbij de patiënt kan komen te overlijden.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 70 Nederlandse ziekenhuizen ondergaan patiënten een resectie vanwege een primair colorectaal carcinoom. Over verslagjaar 2020 betrof dat in totaal 1920 patiënten, waarvan 145 patiënten binnen 30 dagen na de ingreep, of tijdens de opname zijn overleden.

De afgelopen verslagjaren is er sprake een daling van het totaal aantal sterfgevallen en daling van het (gecorrigeerd) sterftepercentage. Er is nog wel een aanzienlijke spreiding in de gecorrigeerde sterftepercentages tussen ziekenhuizen van 0,0% tot 21,5%. Ook is er een aanzienlijke spreiding van 6 tot 78 in het aantal patiënten met een resectie vanwege een primair colorectaal carcinoom, waarbij een complicatie is opgetreden. Het aantal ziekenhuizen waar geen patiënten binnen 30 dagen na de ingreep, of tijdens de opname zijn overleden is met één afgenomen in vergelijking met voorgaand verslagjaar en betreft nu negen. Eén van de doelstellingen van de **Dutch ColoRectal Audit (DCRA)** is de audit van zorgsystemen. Dat geldt met name voor de ziekenhuizen die over meerdere jaren een hoog (gecorrigeerd) sterftepercentage (>P90) hebben.

Ika zia ziekenhuis (Rotterdam) geeft een inhoudelijke reflectie op twee patiënten die zijn overleden binnen 30 dagen na electieve resectie vanwege een primair colorectaal carcinoom: *'Binnen de sectie GE-chirurgie en de lokale necrologiecommissie zijn de twee casussen die hebben geresulteerd in failure to rescue geanalyseerd. Vanuit de analyse zijn een aantal verbeterpunten opgesteld: meer discussie over uitvoeren operatie bij palliatieve, instabiele patiënt; eerder uitvoeren CT bij blijvend verhoogd CRP, ook als patiënt klinisch goed is; extra aandacht voor preventie aspiratie bij inleiding en eventueel preventief plaatsen maagsonde bij verdenking abdominale complicatie. Daarnaast is gestart met het aanbieden van een revalidatietraject teneinde de patiënt fitter te krijgen voor de operatie. Als extra optie wordt onderzocht of er baat is bij een ijzerinfusie.'* Dit is een heel mooi voorbeeld van een (begin van een) verbetercyclus. Het ziekenhuis analyseert eigen resultaten en komt op basis van deze analyse tot verbetermaatregelen. De volgende stap in de verbetercyclus is de evaluatie van verbetermaatregelen. Ook goed in deze toelichting is dat het ziekenhuis de verbetermaatregelen expliciet benoemt. Andere ziekenhuizen kunnen hiervan kennisnemen en zo mogelijk van leren en verbeteren. De inspectie juicht dit van harte toe.

Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal) heeft de voorgaande verslagjaren (gecorrigeerde) percentages patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie *failure to rescue* optreedt boven de P90. In 2019 gaf het ziekenhuis de volgende toelichting: *'Patiënten met gecompliceerd beloop zijn multidisciplinair besproken. Er wordt deelgenomen aan het SAZ-project waarde gedreven zorg bij darmkanker.'* De inspectie gaf aan dat uit deze toelichting niet bleek welke verbetermaatregelen het ziekenhuis heeft ingesteld om de over de afgelopen jaren, de consistent hoge *failure to rescue* percentages aan te pakken. Dit verslagjaar behoort het ziekenhuis tot de ziekenhuizen met landelijk

gezien de hoogste percentages; 19,4% (18,2% in 2019) en gecorrigeerd 21,5% (16,6% in 2019). Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting: 'De indicator *failure to rescue* wordt sterk beïnvloed door wat de afspraken zijn met de individuele patiënt. Van de zes patiënten die in 2020 deel uitmaken van de teller van deze indicator zijn er drie met abstinierend beleid bij hun complicatie. En één patiënt die palliatief geopereerd werd en bij complicatie niet gered wilde worden. De patiënt kiest dan zelf voor een primaire operatie met risico's om mogelijk een palliatief traject met daarin een kans op een acute ingreep te vermijden. Er lopen meerdere activiteiten om de kwaliteit van de colorectale zorg te verhogen zoals: ERAS preoperatieve screening; multidisciplinaire preoperatieve screening, waaronder ook IC-arts; Prehabilitatie; Aandacht kwetsbare ouderen. Inbegrepen in de teller zijn zes patiënten, waarvan vijf zijn overleden in 2019 en één patiënt in 2020.' Het eerste deel van de toelichting betreft de overleden patiënten, en de drie expliciet benoemde patiënten die na een complicatie een abstinierend beleid kregen wijst op de kwetsbaarheid van de patiëntengroep. Dat is niet per definitie anders dan in andere ziekenhuizen. Het tweede deel van de toelichting worden de verbetermaatregelen beschreven. De inspectie is uiteraard verheugd dat verbetermaatregelen zijn getroffen. Uit de toelichting blijkt niet of de verbetermaatregelen tot het gewenste resultaat heeft geleid. De inspectie roept het ziekenhuis werkprocessen te vergelijken met andere ziekenhuizen en waar mogelijk het eigen werkproces te optimaliseren.

Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne) heeft een (gecorrigeerd) percentage van (11,7%) 13,3% en geeft de volgende toelichting: 'De twee patiënten in de teller (mortaliteit binnen 30 dagen na de ingreep) is hoger dan vorig jaar (de teller was toen nul), maar veelal de helft lager dan de mortaliteit in de vijf daarvoor gaande jaren. Eén van de twee patiënten die is overleden betrof een patiënt die vijf dagen na de operatie (medio maart 2020; in de eerste golf) aan COVID-19 is overleden. In die periode werd er nog niet preoperatief op COVID-19 getest. Een opvallend verschil is gelegen in de noemer van de indicator, het aantal patiënten waarbij een complicatie is opgetreden. Dit aantal is fors afgenomen t.o.v. voorgaande jaren. De afgelopen twee jaar is ingezet op het verbeteren van de prehabilitatie en per- en postoperatieve zorg (ERAS 2.0). Een lage noemer is positief, omdat er bij minder patiënten een complicatie is opgetreden. Voor de indicator *failure to rescue* zorgt een lage noemer ervoor dat het percentage hoger uitkomt.' Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis inzicht heeft in eigen resultaten. Het is goed te zien dat het ziekenhuis de huidige resultaten spiegelt aan voorgaande jaren en heeft ingezet op het verbeteren van de prehabilitatie en per- en postoperatieve zorg. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid geresulteerd in een afname van het aantal patiënten dat een electieve resectie heeft ondergaan vanwege een colorectaal carcinoom, waarbij een complicatie is opgetreden. Andere ziekenhuizen doen er goed aan eigen werkprocessen hieraan te spiegelen en waar nodig te verbeteren.

Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten) heeft een gecorrigeerd percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie *failure to rescue* optreedt van 5,6% (17,9% in 2019). Een duidelijke afname van het percentage. Het ziekenhuis geeft, evenals voorgaand verslagjaar, geen toelichting. Het is niet duidelijk of hier verbetermaatregelen aan ten grondslag liggen. Heeft het ziekenhuis voldoende zicht op eigen resultaten?

Zaans Medisch Centrum (Zaandam) heeft een gecorrigeerd percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie *failure to rescue* optreedt van 14,0% (19,1% in 2019). Dit verslagjaar komt het ziekenhuis met een uitgebreide toelichting: 'Het ZMC heeft in 2018 besloten geen rectumcarcinoom operaties meer uit te voeren vanwege het net wel/niet behalen van volumennormen. Vanaf 2019 is een samenwerkingstraject gestart met het Amsterdam UMC voor de behandeling van colon(carcinoom) operaties. Over de uitkomsten DCRA heeft over 2018/2019 een uitgebreide analyse plaatsgevonden en is een verbetertraject ingezet. Het ZMC participeert in SAZ verband in een verbetertraject. De uitkomsten van de analyse zijn uitgebreid gedeeld met de IGJ. Naar aanleiding van de uitkomsten 2020 vindt opnieuw een aanvullende analyse plaats. Ook deze wordt gedeeld. Opgemerkt wordt dat de uitkomsten zijn gebaseerd op (te) weinig aantallen en te slechte *case mix* door te kleine schaal.' Het ziekenhuis heeft een goed inzicht in eigen data en handelt hiernaar in het belang van de patiënt. Het ziekenhuis heeft een uitgebreide analyse verricht en een verbetertraject ingezet.

Sint Franciscus Vlietland Groep heeft een (gecorrigeerd) percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie *failure to rescue* optreedt van 16,8% resp. 16,2%. Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting: 'Franciscus Gasthuis & Vlietland heeft de resultaten van deze indicator onderzocht. Bij vier patiënten was er sprake van uitgebreide comorbiditeit. Na analyse bleken geen aanpassingen in de werkwijze noodzakelijk.' Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan dat de uitgebreide comorbiditeit heeft geresulteerd in het overlijden van vier patiënten. Dit wijst op de kwetsbaarheid van de patiëntengroep en is niet per definitie anders dan in andere ziekenhuizen. Het ziekenhuis doet er goed aan eigen werkprocessen te analyseren en notie te nemen van de toelichtingen van andere ziekenhuizen. Een goed voorbeeld in deze is de toelichting van Ikazia ziekenhuis en het tweede deel van de toelichting van Bravis ziekenhuis.

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 is voor de toezichthouder goed te vernemen dat een ziekenhuis kritisch naar eigen resultaten kijkt. Wellicht kan het ziekenhuis op dossierniveau 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. De inspectie verwijst naar de toelichting van Ikazia ziekenhuis. Een mooie uitdaging om te leren en verbeteren van elkaar.

Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) heeft een (gecorrigeerd) percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie *failure to rescue* optreedt van 14,8% resp. 18,8%. Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting: 'Er is gekeken naar de drie patiënten die zijn overleden. Eén patiënt is overleden in verband met chirurgische complicaties. Eén patiënt is overleden door natuurlijk beloop van de gemetastaseerde ziekte. Eén patiënt is overleden door corona. Twee van de drie patiënten zijn dus niet overleden aan de gevolgen van complicaties. Daarnaast zijn de aantallen erg laag waardoor de ene patiënt al een hoog percentage *failure to rescue* geeft.' Het is goed dat het ziekenhuis een toelichting met een verklaring van de oorzaken van overlijden. De volgende stap is een eigen analyse uit te voeren en op basis van deze analyse zo mogelijke komen tot verbetermaatregelen. De inspectie ziet dat graag terug in de toelichtingen zodat andere ziekenhuizen hiervan kunnen leren en verbeteren.

Dijklander Ziekenhuis (Purmerend) heeft evenals voorgaande verslagjaren, een hoog percentage 16,2% (44,4% in 2019) en gecorrigeerd percentage 18,5% (25,9% in 2019) patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie *failure to rescue* optreedt. In voorgaand verslagjaar gaf het ziekenhuis geen toelichting. Nu geeft het ziekenhuis de volgende toelichting: 'Bij twee van de zes patiënten geen relatie tussen de operatie en overlijden. Resumerend nemen de chirurgen de cijfers van de *failure to rescue* serieus. Bij de analyse van de overleden patiënten zien de chirurgen op dit moment geen zaken op het gebied van kwaliteit van zorg die structureel moeten of kunnen veranderen.' Deze toelichting is ontoereikend. In vergelijking met de landelijke resultaten blijven de resultaten van het ziekenhuis meerdere jaren achteren. Een gedegen analyse is een eerste voorwaarde om de kwaliteit en veiligheid te waarborgen. Dit houdt onder meer in dat ook andere medische disciplines betrokken moeten worden in de evaluatie en analyse.

Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) en St. Jans Gasthuis (Weert) zijn twee ziekenhuizen met landelijk gezien de hoogste percentages; Ziekenhuis Rivierenland 25,0% (0,0% in 2019) en gecorrigeerd 16,1% (0,0% in 2019) en St. Jans Gasthuis 20,0% (12,5% in 2019) en gecorrigeerd 15,4% (13,4% in 2019). Het is teleurstellend dat deze ziekenhuizen geen toelichting bij eigen resultaten geven. Hebben de ziekenhuizen zicht op eigen resultaten? Het roept bij de inspectie de vraag op: "Is de raad van bestuur voor deze zorg *in control*?" De inspectie vraagt van de ziekenhuizen alsnog een eigen analyse van de resultaten met een conclusie en waar nodig het nemen van verbetermaatregelen. De inspectie komt bij beide ziekenhuizen hierop terug.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is 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 \(2018\).](#)

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. De reden van tijdigheid bij botmetastasen is dat mensen met botmetastasen vaak maar kort te leven hebben. Pijn heeft vaak een negatief effect op de kwaliteit van leven. Hoe sneller een patiënt behandeld wordt, hoe sneller een patiënt weer kans heeft op een betere kwaliteit van leven.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 23 Nederlandse ziekenhuizen worden patiënten met botmetastasen behandeld met (palliatieve) radiotherapie. Op twee ziekenhuizen na zijn de wachttijden van de palliatieve radiotherapeutische behandelingen bekend. MCL (Leeuwarden) en Radiotherapiegroep (Arnhem, Deventer, Apeldoorn en Ede) zijn twee ziekenhuizen waarbij dit niet bekend is. MCL geeft een toelichting: '[Niet van toepassing. Radiotherapie vindt plaats in het Radiotherapeutisch Instituut Friesland \(RIF\). Het RIF is een zelfstandige organisatie.](#)' Radiotherapiegroep geeft in de toelichting aan: '[In verband met de implementatie van EPD \(HiX\) hebben we over het laatste halfjaar 2020 geen betrouwbare data om percentages m.b.t. de doorstroomtijden te kunnen noemen.](#)' In het verslagjaar 2019 had Radiotherapiegroep een percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding is bestraald van 60,2% (<P10), een percentage patiënten dat na 7 dagen, maar tot en met 10 dagen na aanmelding is bestraald van 19,6% (>P90) en een percentage patiënten dat na 10 dagen na aanmelding is bestraald van 20,2% (>P90). De inspectie mist in deze toelichting wat de doorstroomtijden over het eerste half jaar van 2020 zijn en ziet niet of de percentages over verslagjaar 2019 aanleiding hebben gegeven voor Radiotherapiegroep om eigen data te analyseren en verbetermaatregelen te nemen.

LUMC (Leiden) heeft een percentage patiënten dat tot en met zeven dagen na aanmelding is bestraald van 89,3% (79,3% in 2019 en 88,0% in 2018) en geeft een toelichting waarbij de dynamiek van de planning duidelijk wordt: '[23 patiënten zijn tussen 8 en 10 dagen na aanmelding gestart met bestraling. Redenen zijn divers geweest. Onder andere feestdagen tussen de aanmelding en start bestraling of complexere behandelingen door meerdere doelgebieden en/of bestralingstechniek. De NvRO-norm hierin is 80 van de patiënten binnen 7 dagen na aanmeldingsstarten met de bestraling. 100 van de patiënten starten 10 dagen na de aanmelding. Daarnaast zijn er 3 patiënten waarbij de wachttijd >10 dagen is geweest. 2x is sprake van een wachttijd van 11 dagen. Hierbij is er eenmaal een wachttijd van 6 dagen tussen aanmeldingen eerste consult en eenmaal 7 dagen tussen aanmelding en eerste consult gezeten i.v.m. organisatorische keuzes. Daarnaast is 1x sprake geweest van een wachttijd van 15 dagen. Hierbij moest de patiënt eerst nog een gesprek krijgen met de behandelaar over de prognose van de ziekte alvorens behandeling gestart kon worden. De doorlooptijden worden maandelijks geëvalueerd met betrokkenen. Daarnaast zijn deze afwijkingen teruggelinkt en besproken met logistieke planning en coördinerend stafarts. Voor deze 3 specifieke situaties \(>10 dagen\) zijn geen verdere verbeteracties ondernomen aangezien uit de analyse werd geconcludeerd dat het incidenten betrof.](#)' Met een ietwat tegenvallend resultaat in voorgaand verslagjaar heeft het ziekenhuis goed inzicht in

eigen resultaten. Het is duidelijk aan welke norm gerefereerd wordt, maar ook wat de medisch inhoudelijk goede actie is om te voorkomen dat er patiënten schade ontstaat. Ook Erasmus MC (Rotterdam) heeft een beter resultaat met een percentage patiënten dat tot en met zeven dagen na aanmelding is bestraald van 82,5% (77,8% in 2018 en 58,3% in 2018). De toelichting die het ziekenhuis geeft is dit verslagjaar wat minder uitvoerig. In voorgaand verslagjaar gaf het ziekenhuis een toelichting waaruit bleek dat de ingestelde verbetermaatregelen effect hebben gehad.

Het is belangrijk dat een ziekenhuis eigen resultaten analyseert en spiegelt aan de resultaten van andere ziekenhuizen. Ziekenhuizen moeten naar aanleiding van eigen resultaten een eigen analyse uitvoeren om te komen tot verbetermaatregelen. Daarnaast is het van belang eigen werkprocessen te blijven monitoren ten einde eigen resultaten te optimaliseren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen heeft zijn doel bereikt en is in 2020 voor het laatst uitgevraagd.

10 HART EN VATEN

10.1.1 Behandeling patiënten met een STEMI

DOEL KWALITEITSINDICATOR

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

RICHTLIJN

[Richtlijn STEMI](#). Samenvatting 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 het hart toe.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In Nederland zijn 30 ziekenhuizen waar patiënten met een STEMI worden behandeld met een percutane coronaire interventie (PCI). Bij al deze ziekenhuizen wordt PCI op elke dag van de week 7 x 24 uur uitgevoerd. Al deze ziekenhuizen spelen een rol in het zorgproces (bijv. diagnostiek, behandeling of nazorg) van PCI-patiënten. Het is van belang dat patiënten met een (vermoeden op een) STEMI, primair naar deze ziekenhuizen worden verwezen. De Nederlandse hartregistratie (NHR) voorziet ziekenhuizen van informatie en ondersteuning om analyse van de resultaten te kunnen doen.

Het landelijk gemiddelde percentage patiënten dat na PCI na een STEMI is gestorven (30-daagse sterfte of ziekenhuissterfte) met uitzondering van de patiënten die in een reanimatiesetting in het ziekenhuis zijn binnen gekomen betreft $2,7 \pm 1,1\%$ (min. 0,9% max. 5,6%). Het landelijk gemiddelde percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad is $87,3\% \pm 14,4\%$ (min. 32,9% max. 100%). In drie ziekenhuizen waar patiënten met een STEMI worden behandeld met een PCI, is niet bekend bij hoeveel patiënten hartrevalidatie is verzorgd. Deze drie ziekenhuizen verwijzen de patiënten met een STEMI naar een hartrevalidatiecentrum. Amphia Ziekenhuis (Breda) geeft geen toelichting. Maastricht (Rotterdam) geeft in de toelichting aan: 'Hartrevalidatie wordt aan alle patiënten post PCI aangeboden. Binnen onze regiomaatschap wordt de hartrevalidatie uitgevoerd op een andere locatie (Ikazia). Hierdoor kan in ons ziekenhuis de DBC-code 821 niet worden opgevoerd en uitgevraagd.' MCL (Leeuwarden) geeft in de toelichting aan: 'Patiënten worden voor revalidatie verwezen naar Revalidatie Friesland waar een samenwerkingsverband mee is. MCL registreert daarom zelf geen DBC-code 821 en heeft hier geen eigen informatie over beschikbaar. In verband met de overgang naar een nieuw EPD zijn op dit moment geen betrouwbare gegevens beschikbaar t.a.v. de verwijzingen voor revalidatie en uitgevoerde intake gesprekken.' Ook dit verslagjaar zijn de resultaten aanleiding geweest voor meerdere ziekenhuizen om uitvoerige analyses te verrichten. Dat is verheugend om te zien. Het is belangrijk dat ziekenhuizen op basis van de eigen resultaten vergelijken met eerdere eigen resultaten én vergelijken met andere ziekenhuizen. De kwalitatief goede en inhoudelijk relevante toelichtingen hebben een meerwaarde in het inzicht in de resultaten. Op basis hiervan kan de dialoog worden aangegaan over kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg en kunnen ziekenhuizen van elkaar leren en verbeteren.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator is over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd. Cardiologische zorg is doorontwikkeld in een verbeterdoel. Voor 2022 geldt het verbeterdoel 'Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland'.

10 HART EN VATEN

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

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Terugdringen van het 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

[NVVC praktijkrichtlijn voor ICD centra – implantatie en controle](#) Criteria die als vereisten worden beschouwd voor een zelfstandig ICD centrum respectievelijk de cardiologen betrokken bij ICD therapie.

RISICO'S

Conventionele pacemakers voor de behandeling van brady-aritmieën worden in vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland ingebracht. Dat geldt niet voor pacemakers in het kader van resynchronisatietherapie bij hartfalen (biventriculaire pacemakers) en ICD's met of zonder biventriculaire *pacings*. Mogelijke complicaties van genoemde ingrepen zijn *lead*-dislocaties, systeem-*failures*, infecties en bloedingen. Met de voorgestelde indicator wordt een poging gedaan om zicht te krijgen op het proces rondom de procedure en de *follow-up* hiervan.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 71 ziekenhuizen worden pacemakers of ICD's geïmplant. De resultaten over de afgelopen jaren laten een dalende trend/percentage zien van het aantal interventies 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. Over verslagjaar 2020 is het gemiddeld percentage $2,2\% \pm 1,1\%$.

Er zijn vier ziekenhuizen die een percentage boven de P90 (3,5%) hebben en geen toelichting geven; IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) (5,3%), Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (5,1%), BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) (3,9%) en Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) (3,6%). Deze ziekenhuizen laten niet blijken zicht te hebben op het proces rondom de procedure en de *follow-up* hiervan. Indien een ziekenhuis een opvallend aantal re-interventies heeft doordat zij verwezen patiënten uit andere ziekenhuizen behandelen voor hun pacemaker problemen, moet dat a part in de toelichting worden vermeld. Zoals in de begeleidende tekst van de kwaliteitsindicator in de basisset MSZ staat beschreven moeten alle ziekenhuizen in de toelichting vermelden of zij vinden dat de resultaten laag, hoog of volgens de norm zijn en waarom. Bovenstaande ziekenhuizen voldoen hier niet aan. Het is niet duidelijk of deze ziekenhuizen zicht hebben op eigen resultaten. 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 toezichthoudende rol een verklaring nodig. De inspectie verwacht van deze vier ziekenhuizen dat zij alsnog een analyse op de eigen resultaten uitvoeren en waar nodig verbetermaatregelen te nemen.

Amsterdam UMC, locatie AMC (Amsterdam) heeft een percentage van 4,0% en geeft de volgende toelichting: 'Elk kwartaal vindt gestructureerd een zgn. complicatie overleg plaats. De re-interventie uitkomsten worden gerapporteerd aan de NHR, in het kader van het VBHC-programma, en besproken. Naar aanleiding van de uitkomsten is de methode van aanprikken gewijzigd, evenals de methode van fixatie. Hiermee wordt gestreefd het volume van de re-interventies ter behandeling van pneumothorax en *lead* dislocatie verder te verminderen.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het zicht heeft op eigen resultaten. Uit de toelichting blijkt (nog) niet of de resultaten na de verbetermaatregel tot verbetering van de resultaten hebben geleid. Dat zal op termijn moeten blijken. De inspectie spreekt het vertrouwen uit dat het ziekenhuis dit nu en in de toekomst blijft monitoren en waar nodig verbetermaatregelen instelt.

MCL (Leeuwarden) heeft een percentage van 3,9% en geeft een uitstekende toelichting: 'We constateren een

stijging van het aantal complicaties. Het betreft zowel een toename in het aantal infecties/ wondproblemen, als ook een toename in het aantal lead dislocaties. 1.t.a.v. aantal infecties/wondproblemen: Wij denken dat de afslachting van het aantal fysieke contactmomenten door de coronapandemie een belangrijke rol hierin heeft gespeeld. De wondcontrole vond telefonisch plaats in plaats van fysiek op de poli door de ICD-verpleegkundige, die laagdrempelig een cardioloog kan consulteren. Hierdoor zijn wondproblemen te laat erkend, waardoor re-interventie noodzakelijk was. Blijkbaar konden patiënten dit zelf niet goed beoordelen. Na deze constatering hebben de wondcontroles weer fysiek plaatsgevonden. Daarnaast is het met het gehele keten (verpleging, HCK en ICD-verpleegkundigen) besproken en is er hernieuwd aandacht gevraagd voor steriele werken, zo min mogelijk deurbewegingen, goede voorlichting vanuit de verpleegafdelingen t.a.v. wondverzorging/ nazorg etc. Hierna zijn er geen pocketinfecties/ wondproblemen meer voorgekomen die tot re-interventies leidden. 2.t.a.v. toename het aantal *lead* dislocaties. Voor de toename in het aantal *lead* dislocaties hebben we geen duidelijke verklaring: aan de implantatie *skills* is niets veranderd en we zijn ook geen andere materialen gaan gebruiken. Opmerkelijk is wel dat sinds de verpleging op de verpleegafdelingen en *short stay* afdeling hernieuwde educatie heeft gehad ten aanzien van perioperatieve zorg en wondverzorging en opnieuw instructie kreeg over hoe de patiënt de kleding het best aan kan doen (zodat de arm aan de zijde van de ingreep niet boven schouderhoogte wordt opgeheven), is ook de incidentie van het aantal *lead* dislocaties weer omlaaggegaan.' Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis goed zicht heeft op eigen resultaten en ook kijkt naar voorgaande resultaten. Het is goed dat het ziekenhuis het proces doorgenomen heeft en hierop verbetermaatregelen heeft getroffen. De inspectie heeft vertrouwen dat het ziekenhuis het proces blijft monitoren en waar mogelijk verbetermaatregelen instelt.

Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) heeft een percentage van 3,7% en geeft de volgende verklaring: 'Het betreft vier reposities binnen 24 uur en twee explantaties van het pacemakersysteem i.v.m. infectie <90 dagen.' Het ziekenhuis geeft alleen de getallen weer en doet geen verdere analyse. De volgende stap is om eigen resultaten goed te analyseren en te komen met mogelijke verbetermaatregelen. De inspectie roept het ziekenhuis op de toelichtingen van andere ziekenhuizen door te nemen om daarvan te leren en te verbeteren. Daarnaast verwacht de inspectie van het ziekenhuis dat het alsnog een analyse uitvoert op eigen resultaten en waar nodig verbetermaatregelen instelt.

Het Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne) laat zien dat het ziekenhuis conclusies durft te trekken over de eigen resultaten en naar aanleiding hiervan actie onderneemt. De uitsprekende toelichting uit het voorgaand verslagjaar is het vermelden waard: '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 implantateurs 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.' Uit het gegeven dat pacemaker cardiologen hebben besloten in duo's te gaan opereren blijkt dat men zich toetsbaar heeft opgesteld. De genomen verbetermaatregelen hebben geleid tot een spectaculaire daling van het percentage, van 9,4% in 2019 naar 1,6% in 2020. Het ziekenhuis is terecht trots op het behaalde resultaat zoals te vernemen is uit de toelichting: 'Met gepaste trots heeft de vakgroep cardiologie de uitkomst van de indicator re-interventie pacemakers en ICD's 2020 onder ogen gekregen. Na een tweetal moeizame jaren, waarin de cardiologen genoodzaakt waren om elkaars en eigen manier van werken kritisch te beoordelen en waar nodig aan te passen, voelt de sterke verbetering van deze kwaliteitsindicator als een

beloning voor zelfreflectie.' De inspectie spreekt het vertrouwen uit dat het ziekenhuis het proces blijft monitoren en indien nodig bijstuurt.

Zyderland MC heeft gehoor gegeven aan de oproep van de inspectie om in de toelichting aan te geven welke verbeteracties het ziekenhuis heeft ingezet die hebben geleid tot verbetering van het proces, zodat ook andere ziekenhuizen hiervan mogelijk kunnen leren en verbeteren. Het ziekenhuis heeft een percentage van 2,4% en geeft de volgende toelichting: 'Betreffende de dislocaties 2019 is als verbetermaatregel afgesproken dat aan het eind van iedere implantatieprocedure de leads gefilmd worden. Deze afspraak wordt goed nageleefd. Echter revisie van de lead positie bij de vier patiënten bij wie dislocatie optrad laat 4x een initieel goede positie zien, 1x dubieus wat strakke ligging. Het filmen van de leads heeft dus nog niet bijgedragen tot het vinden van een verklaren voor de dislocatie. Niettemin wordt deze gewoonte gecontinueerd. Bij de complicaties 2020 is sprake van één overlijden. Deze casus werd reeds uitgebreid geëvalueerd in andere gremia dan de pacemaker-complicatiebespreking. In het kort betrof het een patiënte die na een *out-of-hospital* reanimatie met o.a. een aspiratiepneumonie aan de beademing op IC kwam. Wegens totaal AV-blok werd een tijdelijke externe pacemaker ingebracht. Na drie dagen werd besloten deze te vervangen door een definitieve pacemaker. Implantatie werd gecompliceerd door pneumothorax waarvoor een thoraxdrain nodig was. Het overlijden vond plaats door complicaties met de geplaatste thoraxdrain. Bij de complicaties 2020 is sprake van vier dislocaties (2019 11), vier pneumothorax, één infectie, één bloeding, één perforatie, één overig en één mortaliteit. Zowel de dislocaties alsook de infecties, bloedingen en overig zijn afgenomen ten opzichte van 2019. Vanuit de complicatiebesprekingen is PDCA-cyclus beschikbaar. In 2021 zal het zorgpad pacemaker ontwikkeld worden volgens de principes van waarde gedreven zorg. Daarbij wordt ook een TOP-document aan het EPD gekoppeld, vindt digitale integratie plaats van de *sign in/sign out* procedure en wordt een koppeling gebouwd voor dataregistratie ten behoeve van de landelijke kwaliteitsregistratie pacemaker/ICD volgens de richtlijnen Nederlandse Hart Registratie.' Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis goed zicht heeft op eigen resultaten en ook kijkt naar voorgaande resultaten. Het ziekenhuis het proces doorgenomen heeft en hierop verbetermaatregelen heeft getroffen. Het is goed te vernemen dat het ziekenhuis in 2021 een zorgpad pacemaker ontwikkelt volgens de principes van waarde gedreven zorg.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator is in 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie. Cardiologische zorg is doorontwikkeld in een verbeterdoel. Voor 2022 geldt het verbeterdoel 'Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland'.

10 HART EN VATEN

10.3.1 Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseneninfarct

10.3.2 Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Optimaliseren van het interval tussen symptomen en interventie bij patiënten met een TIA/herseneninfarct en het minimaliseren van het percentage overlijden en postoperatief neurologische events na een carotisendarteriëctomie³.

RICHTLIJN

[Behandelinterval na TIA of herseneninfarct](#) en [Herseneninfarct 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/herseneninfarct. Een carotisendarteriëctomie is het meest effectief gebleken wanneer deze wordt uitgevoerd binnen twee weken en nadat de neurologische symptomen zijn gestabiliseerd.⁴ Internationale richtlijnen adviseren een carotisendarteriëctomie binnen twee weken na het eerste contact.⁵ Dit omdat de kans op een (recidief) TIA/herseneninfarct hiermee sterk gereduceerd kan worden. In de kwaliteitsindicator geldt dat patiënten met een symptomatische carotisstenose binnen veertien dagen na het eerste (poli)klinische consult behandeld dienen te worden

RISICO'S

Door vertraging van de carotisendarteriëctomie is er een hogere kans op een (recidief) TIA/herseneninfarct.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

10.3.1 Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseneninfarct.

In 51 Nederlandse ziekenhuizen worden carotisendarteriëctomieën uitgevoerd. In 36 van deze ziekenhuizen worden ook patiënten geopereerd die door andere ziekenhuizen verwezen zijn.

Het gemiddeld percentage patiënten met een interval langer dan twee weken (14 dagen) tussen het moment van presentatie bij de neuroloog/oogarts wegens een TIA of niet-invaliderend herseneninfarct en de carotisendarteriëctomie is 16,2% ± 9,3%. Voor patiënten verwezen door een neuroloog/oogarts in het eigen ziekenhuis is dit percentage 15,7% ± 9,8% en voor patiënten verwezen door een neuroloog/oogarts in het verwijzende ziekenhuis is dit percentage 18,2% ± 18,8%.

De landelijk gemiddelde percentages zijn hoger dan voorgaand verslagjaar (14,0 ± 12,0%, 15,6% ± 8,5% en 4,3% ± 12,3% in 2019). Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat de coronapandemie van invloed is geweest op het interval tussen het moment van presentatie bij de neuroloog/oogarts wegens een TIA of niet-invaliderend herseneninfarct en de carotisendarteriëctomie; Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar): '[Als gevolg van de OK-reductie ten gevolge van COVID-10 zijn er problemen geweest met inplannen van operaties binnen de termijn.](#)'; VieCuri (Venlo en Venray): '[Door COVID-19 moesten patiënten soms langer wachten totdat er een OK of IC bed beschikbaar was.](#)'; Dijklander Ziekenhuis (Purmerend): '[Een groot deel van deze patiënten overschreed de wachttijd met slechts één of twee dagen. Vaak was hier een goede reden voor, zoals](#)

³ <https://www.ntvg.nl/artikelen/tijdverlies-van-beroerte-tot-carotisendarteri%C3%ABctomie/volledig>

⁴ <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>

⁵ <https://dica.nl/daci>

bijvoorbeeld een verdere cardiopulmonale analyse op verzoek van de anesthesie, een toxodermie in de hals of een recent myocardinfarct. Ook de coronapandemie heeft parten gespeeld omdat operaties diverse malen zijn uitgesteld vanwege plaatsgebrek op de ICU. Door de Nederlandse Vereniging van Vaatchirurgie is om die reden het interval in coronajaar 2020 naar 21 dagen gesteld. Tevens leek er sprake van het te laat verwijzen van de neuroloog naar de vaatchirurg bij diverse patiënten. Dit is besproken met de neurologen en een analyse door hen heeft plaatsgevonden. De patiënten worden wekelijks in de DACI ingevoerd door onze *physician assistant* en gelukkig zien wij in 2021 een wachttijd conform de voorgaande jaren.'; UMCU (Utrecht): 'De vertraging wordt bij drie van deze patiënten verklaard door: 1) relatief late verwijzing van oogarts naar neuroloog 2) uitstel van operatie door exacerbatie COPD/verdenking COVID-19 3) noodzakelijke re-stadiëring van maligniteit alvorens te opereren. Een relatief steeds groter deel van de patiënten die naar maar ook binnen het UMCU worden verwezen zijn hoog complex (oa door co-morbiditeit), hierdoor duurt het analysetraject vaak langer.' De inspectie is zich bewust van de grote druk op de ziekenhuizen met de COVID-19 zorg. De inspectie hoopt dat met het afnemen van de COVID-19 zorg, de gemiddelde percentages patiënten met een interval langer dan twee weken (14 dagen) tussen het moment van presentatie bij de neuroloog/oogarts wegens een TIA of niet-invaliderend herseninfarct en de carotisendarterectomie weer verlagen.

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) geeft een inhoudelijk goede toelichting: 'OLVG heeft in het kader van continu verbeteren gedetailleerd dossieronderzoek gedaan naar vertragende factoren in het proces bij de tijd tot carotidendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseninfarct indicator. Er zijn veelal patiënt gerelateerde oorzaken geweest (o.a. ziekte van patiënt waardoor de operatie uitgesteld moest worden en afzeggen door patiënt zelf) en niet OLVG-logistiek gerelateerde zaken die de tijdigheid beïnvloedden. Hierdoor is het niet mogelijk om in alle gevallen een interval van korter dan twee weken te realiseren aangezien dit tegen de wens van de patiënt ingaat. Dat is ook de reden waardoor in 2020 en in voorgaande jaren het percentage hoger dan het landelijke en Santeon gemiddelde was; de analyse van de cijfers van 2019 laat namelijk een soortgelijk beeld zien. Eventuele procesmatige vertragingen (zoals te laat verwijzen door de neurologie naar de chirurgie) worden direct gesignaleerd en besproken binnen het behandelteam. De getallen in de teller dalen in de loop van de jaren gestaag. Dit komt onder andere doordat we binnen onze kliniek het diagnostische traject hebben kunnen versnellen. Tussen de intern verwezen patiënten is er slechts één veroorzaakt door niet-patiënt gerelateerde oorzaak. Elf ingrepen werden vanwege patiënt gerelateerde oorzaken uitgesteld tot ná de twee weken, als deze waren meegeteld in de teller dan had de uitkomst 1.3% geweest (intern en extern verwezen patiënten opgeteld, onderdeel C van de indicator 5). Hier zijn geen verbetermogelijkheden en daarom zijn wij tevreden met het resultaat.' Het is goed te vernemen dat het ziekenhuis in het kader van continu verbeteren gedetailleerd dossieronderzoek gedaan naar vertragende factoren in het proces. Het ziekenhuis heeft door gedetailleerd dossieronderzoek te doen, achterhaald waar potentieel vertragende factoren in het proces zitten en hierop verbetermaatregelen getroffen. Ook goed te vernemen dat in samenwerkingsverband, de resultaten van meerdere ziekenhuizen met elkaar worden vergeleken. Een mooi voorbeeld van leren en verbeteren van elkaar.

10.3.2: Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotidendarteriëctomie.

Het percentage patiënten die carotidendarteriëctomie 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 2,4% in 2020. Dit percentage is de laatste drie jaren min of meer stabiel.

Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) heeft het hoogste percentage van 8,3% en komt met de volgende toelichting: 'Mortaliteit is 0 over 3 jaartijd in DACI. Nabloeding is 3,5% over 3 jaartijd in DACI. Neurologisch event is 2,4% over 3 jaartijd in DACI.' Hoewel het gaat om kleine aantallen (twee patiënten op een totaal van 24) is deze toelichting niet toereikend. Het ziekenhuis moet (op patiëntniveau) analyse verrichten en waar nodig verbetermaatregelen treffen.

UMC Utrecht (Utrecht) heeft een percentage van 7,3% en komt met de volgende toelichting: 'Het risico op

neurologische events en overlijden is hoger bij de hoog complexe groep die verwezen wordt naar een academisch centrum. Aangezien het aandeel 'patiënten met een gemiddeld risico' steeds kleiner wordt in het totaal aantal patiënten dat behandeld wordt in het UMCU neemt het percentage complicaties toe, vrijwel geheel op het conto van zogenaamde postoperatieve complicaties. Postoperatief is de patiënt kwetsbaar met name vanwege hoge bloeddruk (hyperperfusiesyndroom). In 2020 heeft er na aanleiding van het driemaal optreden van de complicatie 'hyperfusiesyndroom' uitgebreide multidisciplinaire evaluatie plaatsgevonden. Het protocol om dit syndroom te voorkomen is multidisciplinair aangepast. In 2021 heeft deze postoperatieve complicatie zich tot nu (mei 2021) niet meer voorgedaan.' Het is goed te vernemen dat het ziekenhuis zicht heeft op eigen resultaten en na uitgebreide multidisciplinaire evaluatie aanpassingen in het protocol heeft getroffen. Het is wellicht een idee om te rade te gaan bij andere academische centra met een vergelijkbare hoog complexe patiëntencategorie om te leren en verder te verbeteren.

Haga Ziekenhuis (Den Haag) heeft een percentage van 6,3% en komt met de volgende toelichting: 'Combinatie van neurologisch event (drie patiënten) waarvan één overleden is.' Deze toelichting is te algemeen en verklaart niet waarom het ziekenhuis één van de hoogste percentages van alle ziekenhuizen heeft. 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.

Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) en Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) hebben eveneens een percentage patiënten die carotisendarteriëctomie ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose en die binnen 30 dagen hierna een herseninfarct of hersenbloeding doormaken of overlijden >P90 en geven geen toelichting. Niet duidelijk is of deze twee ziekenhuizen zicht hebben op eigen resultaten en zich voldoende spiegel aan het landelijk gemiddelde.

Deventer Ziekenhuis (Deventer) had voorgaand verslagjaar het hoogste percentage patiënten die carotisendarteriëctomie ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose en die binnen 30 dagen hierna een herseninfarct of hersenbloeding doormaken of overlijden. De inspectie vroeg het ziekenhuis op patiëntniveau analyse te verrichten en naar aanleiding daarvan verbetermaatregelen te treffen. Het ziekenhuis heeft dit verslagjaar een percentage van 0% en geeft geen toelichting. De inspectie vraagt zich af welke verbetermaatregelen tot deze verbetering hebben geleid en vraagt het ziekenhuis deze verbetermaatregelen te delen zodat ook andere ziekenhuizen hier mogelijk van kunnen leren en verbeteren.

Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) gaf in het verslagjaar 2018 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 in het verslagjaar 2019 een percentage van 3,2% en het verslagjaar 2020 een percentage van 5,0%. Daarmee houdt het ziekenhuis relatief hoge percentages. Evenals verslagjaar 2019 geeft het ziekenhuis geen toelichting. Heeft het ziekenhuis voldoende zicht op eigen resultaten? De inspectie vraagt het ziekenhuis dringend om analyse te verrichten van de resultaten van afgelopen jaren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicatoren tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseninfarct en percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie zijn in 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

10 HART EN VATEN

10.4.1 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

10.4.2 Stroke, met restletsel, na hartchirurgie

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Het terugdringen van postoperatieve complicaties na openhartchirurgie. 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 openhartchirurgie.

RICHTLIJN

De kwaliteitsindicatoren zijn onderdeel van de begeleidingscommissie hartinterventies Nederland (BHN) registratie beschreven in het [BHN handboek](#), de verplichte complicatieregistratie van onder andere de thoraxchirurgen en de Nederlandse hartregistratie (NHR). De definities van de verschillende aandoeningen zijn hier beschreven. De indicator volgt de NHR-definities.

RISICO'S

Diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, is een ernstige complicatie na openhartchirurgie 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 openhartchirurgie. Blijvende neurologische restschade na openhartchirurgie heeft grote impact op de kwaliteit van leven voor de patiënt.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

10.4.1 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

In zestien Nederlandse ziekenhuizen worden openhartoperaties uitgevoerd. Het gemiddelde percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, tijdens de ziekenhuisopname na een openhartoperatie is $0,6\% \pm 0,3\%$. Dit is een verbetering in vergelijking met voorgaand verslagjaar ($0,8\% \pm 0,8\%$).

Twee ziekenhuizen vallen in positieve zin op vanwege de uitstekende toelichtingen; LUMC (Leiden) heeft een percentage van 0,8% en komt met een inhoudelijk goede toelichting: 'Vanaf 2018 heeft de afdeling cardio-thoracale chirurgie in samenwerking met de afdeling infectieziekten een verbeterplan opgesteld om te komen tot een incidentie van wondhelingsstoornissen onder de 1. Door gericht op de preoperatieve poli neuskweken af te nemen en te testen op dragerschap van de staphylococcus aureus bacterie (welke voor zo'n 65% veroorzaker is van postoperatieve wonden) en alleen deze mensen effectief met Bactroban neuszalf te gaan behandelen hebben we ons doel van minder dan 1,0% gehaald én het gebruik van neuszalf antibiotica drastisch terug gedrongen. Hiermee is ook de kans op resistentievorming als positief neveneffect afgenomen. We zijn tevreden over de lage incidentie van DSWI's en blijven er naar streven om deze zo laag als mogelijk te houden.' Het ziekenhuis heeft zich ten doel gesteld een percentage onder de 1,0% te behalen. Hiertoe heeft het ziekenhuis het proces geanalyseerd en verbetermaatregelen getroffen. Wat goed is dat er een multidisciplinair verbeterplan is opgesteld wat heeft geleid tot het tot doel gestelde resultaat. Mooi is ook dat het ziekenhuis dit in de toelichting zo helder beschrijft zodat mogelijk andere ziekenhuizen hiervan kunnen leren en verbeteren. De inspectie spreekt het vertrouwen uit dat het ziekenhuis het proces blijft monitoren en bijstuurt waar nodig. OLVG (Amsterdam) heeft eveneens een laagpercentage van 0,2% en komt ook met een inhoudelijke goede toelichting: 'Het aantal diepe sternumwondinfecties is erg laag. Hierbij zij opgemerkt dat het aantal hartoperaties ten gevolge van de corona epidemie dit jaar lager is uitgevallen. Desalniettemin is procentueel gezien sprake van een zeer lage incidentie. We zijn dan ook zeer tevreden met deze uitkomst. Het

feit dat we zo laag scoren is mogelijk te wijten aan het feit dat bij patiënten die op grond van comorbiditeit (diabetes melitus, ernstig perifere vaatlijden, obesitas en/of COPD), of op grond van de ingreep (dubbelzijdige mammaria) een verhoogd risico lopen op het krijgen van een diepe sternumwond infectie gentamycine matjes worden achtergelaten bij sluiten van het sternum. Dit beleid is ingezet eind 2019 en heeft mogelijk zijn vruchten afgeworpen. Wij continueren dit beleid en de komende jaren zal blijken of hiermee de lage incidentie kan worden bestendigd.' Het ziekenhuis heeft zicht op eigen resultaten en heeft preventieve maatregelen getroffen om diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, te voorkomen. Het is goed dat het ziekenhuis in de toelichting helder beschrijft dat comorbiditeit een belangrijke afweging is in het gebruik van gentamycine matjes. Is dit beleid conform de richtlijn van de stichting werkgroep antibiotica beleid (SWAB)? Mogelijk dat andere ziekenhuizen hiervan kunnen leren en verbeteren.

10.4.2 Stroke, met restletsel, na hartchirurgie

Het gemiddelde percentage patiënten die een openhartoperatie hebben ondergaan en die postoperatief een stroke met restletsel hebben en geen voorgeschiedenis van CVA en/of TIA hadden is $0,86\% \pm 0,43\%$. Dit is onveranderd in de afgelopen vier jaar.

OLVG (Amsterdam) heeft een relatief laag percentage van 0,52% en geeft als enige van de ziekenhuizen een inhoudelijk goede toelichting: 'Het percentage patiënten uit de drie zorggroepen met een CVA met restverschijnselen bij ontslag is dit jaar lager dan de landelijke benchmark. We hebben veel gedaan om het aantal CVA's te verminderen, hetgeen mogelijk blijkt uit de afgenomen incidentie ten opzichte van 2018 en 2019. Zo wordt bij alle patiënten van 70 jaar en ouder én bij patiënten jonger dan 70 jaar met perifere vaatlijden een blanco CT-scan van de thorax gemaakt om ernstige verkalkingen in de aorta ascendens preoperatief aan te tonen dan wel uit te sluiten. Mocht er sprake zijn van ernstige verkalkingen dan kan dit aanleiding zijn voor het kiezen van een andere behandelingsmodaliteit (bijvoorbeeld off pump CABG, TAVI, PCI of een conservatief beleid). Verder wordt bij alle patiënten tijdens de operatie voorafgaand aan het canuleren van de aorta epi-aortale scanning uitgevoerd. Het betreft dit jaar twee patiënten die postoperatief wel een stroke met restletsel hebben gehad die geen voorgeschiedenis van CVA en/of TIA hadden. Ze waren jonger dan 70 jaar zonder perifere vaatlijden, beiden na CABG. Nadere dossieranalyse die gezamenlijk is besproken liet bij een epi-aortale scanning overigens bij beiden geen afwijkingen (verkalkingen, *soft plaques*) zien in de aorta ascendens. Wij hopen met dit huidige beleid de incidentie blijvend laag te houden.' Dit laat zien dat het ziekenhuis op patiëntniveau onderzoek uitvoert bij deze patiëntencategorie. Er zijn twee medisch inhoudelijke verbetermaatregelen getroffen. Is dit beleid wat ook door andere ziekenhuizen wordt gehanteerd? Mogelijk kunnen andere ziekenhuizen hiervan leren en verbeteren.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicatoren zijn over 2020 voor het laatst uitgevraagd door de inspectie. Cardiologische zorg is doorontwikkeld in een verbeterdoel. Voor 2022 geldt het verbeterdoel 'Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland'.

10 HART EN VATEN

10.5.1 Atriumfibrilleren

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Bevorderen systematisch beleid rond atriumfibrilleren /atriumflutter en antistolling.

RICHTLIJN

[Atriumfibrilleren bij cardiovasculair risicomanagement.](#) Bepaal bij atriumfibrilleren /atriumflutter het risico op een beroerte met de CHA2DS2-VASc score en bepaal met behulp van deze score de indicatie voor anticoagulantia.

RISICO'S

Het doel van de CHA2DS2-VASc score is het objectiveren van het risico op een cerebrovasculair accident (CVA) bij een patiënt met atriumfibrilleren. Patiënten met een hogere CHA2DS2-VASc score hebben meer kans op een CVA en dus ook een zwaardere indicatie voor het gebruik van antistolling. Tijdig en goed instellen van patiënten met atriumfibrilleren /atriumflutter op antistolling verlaagt het risico op een CVA. Bepalen en vastleggen van de CHA2DS2-VASc score stelt zorgverleners in staat om het risico op een CVA 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 atriumfibrilleren /atriumflutter op een ischemisch CVA (te lage dosering) of bloedig CVA (te hoge dosering). De CHA2DS2-VASc score wordt bepaald door de cardioloog en onder meer toegepast door andere medische specialisten, waaronder de anesthesioloog. Bij gebrekkige onderlinge communicatie bestaat het risico van aanpassingen van de antistolling zonder dat het risico op stollingscomplicaties wordt meegenomen. De Nederlandse vereniging voor cardiologie (NVVC) heeft het besluit genomen dat bij elke patiënt met de diagnose atriumfibrilleren /atriumflutter de CHA2DS2-VASc score vastgelegd moet zijn in het patiëntendossier.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

73 Nederlandse ziekenhuizen leveren cardiologische zorg. Van al deze ziekenhuizen is het aantal patiënten die in het verslagjaar zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHAD2VASC-score werd vastgelegd, bekend. Het gemiddelde percentage nieuwe patiënten dat poliklinisch is gezien met de diagnose AF/atriumflutter en waarvan een CHAD2VASC-score werd vastgelegd is 93,5% met een standaarddeviatie van 9,2%. Dit is min of meer vergelijkbaar met voorgaande verslagjaren maar een duidelijke verbetering in vergelijking met de eerste uitvraag. Aan de oproep om een eigen interpretatie te geven van de resultaten is ruimschoots gehoor aan gegeven. Ziekenhuizen laten zien dat ze zicht hebben op eigen resultaten. Er zijn meerdere goede voorbeelden van eigen interpretaties met de verschillende groepen (wel/geen CHA2DS2-VASc score, wel/geen antistolling) met een inhoudelijke verklaring over de patiënten die geen antistolling kregen. Daarnaast geven een aantal ziekenhuizen aan hoe vaak het beleid gewijzigd werd naar aanleiding van de analyse. Mooie voorbeelden van een *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus. Er zijn ook een ziekenhuizen die (nog) niet voldoen aan de door de beroepsgroep, NVVC, gestelde norm dat bij elke patiënt met de diagnose atriumfibrilleren /atriumflutter de CHA2DS2-VASc score vastgelegd moet zijn in het patiëntendossier.

Erasmus MC (Rotterdam) heeft het laagste percentage (50,8%) en komt met de volgende toelichting: 'Er worden veel patiënten gezien, waarbij de risicostratificatie reeds in het verwijzend ziekenhuis heeft plaats gevonden. Vanuit een steekproef is gebleken dat de werkwijze van de artsen in de voorbereiding op de poliklinische afspraak niet wordt meegenomen in de parameters van het IGJ-rapport. In meerdere gevallen is er wel een CHA2DS2-VASc in de dagen/week voorafgaand aan het polikliniekbezoek geregistreerd. Deze registraties worden echter niet meegenomen in het rapport, omdat de voorwaarde is dat de CHA2DS2-VASc op de dag van de afspraak of de dagen erna geregistreerd moet zijn.' Het doel van deze kwaliteitsindicator is

het bevorderen van systematisch beleid rond atriumfibrilleren/atriumflutter en antistolling. Het is in het belang van de patiënt dat de CHA2DS2-VASc score wordt bepaald en bekend is, alvorens al dan niet te starten met antistolling. Dat moet het doel zijn. Het ziekenhuis heeft ingezien dat het een laag percentage heeft en een steekproef genomen. Toch is de argumentatie niet steekhoudend. Het gaat er inderdaad om hoe de werkwijze in de praktijk uitpakt. Wat is de uitkomst en de conclusie van het ziekenhuis op de steekproef en is het ziekenhuis hiermee tevreden? Is er op basis van deze uitkomst reden om verbetermaatregelen te treffen? Kortom: de inspectie verwacht een analyse van het ziekenhuis.

MUMC+ (Maastricht) met een laag percentage van 61,6% en komt met de volgende toelichting: 'Gekeken is naar of er letterlijk een CHA2DS2VASc score geregistreerd is in het dossier. Als deze niet geregistreerd is, betekent dat niet dat er niet naar gehandeld is t.a.v. behandeling met bloedverdunders.' Deze toelichting roept vragen op. Uit het dossier moet blijken op basis van de CHA2DS2VASc score of een indicatie bestaat voor antistolling. Niet zonder reden heeft de beroepsgroep, de NVVC, gesteld dat bij elke patiënt met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter de CHA2DS2-VASc score vastgelegd moet zijn in het patiëntendossier. 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. Het ziekenhuis moet komen met een eigen analyse en verbetermaatregelen, temeer omdat zij voorgaand verslagjaar ook behoorden tot de minst presterende ziekenhuizen op dit thema.

Ziekenhuis De Tjongerschans (Heerenveen) heeft een percentage van 70,0%. Zij blijven daarmee evenals voorgaand verslagjaar achter in vergelijking met het landelijk gemiddelde en voldoen niet aan de norm van de beroepsgroep NVVC. Het thema heeft wel de nodige aandacht zoals bleek uit de toelichting van voorgaand verslagjaar en dit verslagjaar. Het ziekenhuis geeft nu de volgende toelichting: 'Uit eigen analyse blijkt dat met name bij de patiënten die worden gezien in de kliniek/consult of op de SEH niet altijd de CHA2DS2-Vasc score wordt geregistreerd. Retrospectief blijkt dat dit een registratieprobleem is en geen probleem in medisch handelen. Patiënten met een indicatie voor (N)OAC hebben dit ook.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het eigen resultaten maandelijks via een steekproef op patiënt niveau analyseert. Toch heeft deze actie (nog) niet tot het gewenste resultaat geleid. Het ziekenhuis moet de werkwijze zodanig toepassen dat ook andere medisch specialisten naast cardiologen gebruik kunnen maken van de CHA2DS2-Vasc score. Daarmee is vastlegging van de CHA2DS2-Vasc score in het patiënt dossier een eerste voorwaarde.

St. Jansdal (locatie Lelystad) heeft een percentage van 74,7% en geeft de volgende toelichting: 'Deze indicator is berekend op basis van DBC. De DBC-registratie is niet locatie-gebonden. Daarom is het technisch niet mogelijk om de indicator op locatieniveau aan te leveren. Deze indicator bevat de patiënten van locatie Harderwijk en Lelystad samen.' Vorig verslagjaar gaf het ziekenhuis in de toelichting 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.' Met de aanpassing in het patiëntdossier en de aandacht die er binnen het ziekenhuis was voor de CHA2DS2-VASc score, had de vakgroep cardiologie zich een duidelijk verbeterdoel gesteld. Met de uitgesproken intenties in voorgaand verslagjaar is het teleurstellend dat het ziekenhuis het hierbij laat en niet aan aanvullende analyse heeft verricht. Hoe weet het ziekenhuis dat het voldoet aan de door de beroepsgroep gestelde norm?

Laurentius ziekenhuis (Roermond) heeft een percentage van 76,5% en geeft de volgende toelichting: 'Een aantal cardiologen is van mening dat het registreren van de CHA2DS2-VASc score geen goede kwaliteitindicator is om de kwaliteit van de behandeling van patiënten met atriumfibrilleren te monitoren. Immers, de CHA2DS2-VASc score is een score die continu tijdens het leven van de patiënt verandert. Het vastleggen van deze score in het dossier kan daarom resulteren onderbehandeling van patiënten met atriumfibrilleren omdat de score dan niet meer continu geëvalueerd wordt. Als men de kwaliteit van de behandeling van patiënten met atriumfibrilleren echt goed zou willen monitoren zou gekeken moeten worden of patiënten waarbij antistolling geïndiceerd is deze ook daadwerkelijk ontvangen. Hierbij moet uiteraard ook rekening gehouden worden met eventuele contra-indicaties.' 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 atriumfibrilleren/atriumflutter de CHA2DS2-VASc score is gedocumenteerd. Het ziekenhuis voldoet niet aan de door de beroepsgroep gestelde norm en moet hierop actie ondernemen.

Catharina ziekenhuis (Eindhoven) heeft een percentage van 80,2% en komt met de volgende toelichting: 'Bij patiënten waar de score evident hoger is dan 1 wordt de score niet altijd geregistreerd, maar wel impliciet meegewogen in het beleid ten aanzien van antistolling.' Het is niet duidelijk waarom bij patiënten met een CHA2DS2-VASc score dat 'evident' hoger is dan 1, dit niet wordt vastgelegd in het patiëntendossier. Het doel van het vastleggen van de CHA2DS2-VASc score is het bevorderen van systematisch beleid en onderlinge communicatie tussen medisch specialisten rond patiënten met atriumfibrilleren/atriumflutter en het gebruik van antistolling. Waar de CHA2DS2-VASc score voor de ene zorgprofessional misschien 'evident' hoger is dan 1, hoeft dat voor een andere zorgprofessional niet zo 'evident'. Vastleggen van de daadwerkelijke CHA2DS2-VASc score in het patiëntendossier EPD voorkomt mogelijke onduidelijkheid. Bovendien, zoals al vaker genoemd, het vastleggen van CHA2DS2-VASc score in het patiëntendossier is door de beroepsgroep, NVVC, tot norm gesteld.

Isala concern (Zwolle) heeft een percentage van 81,5% en geeft de volgende toelichting: 'Oorzaak percentuele daling t.o.v. 2018/2019: 1. Er wordt regelmatig een online score berekend, niet in HIX. 2. In één oogopslag duidelijk dat er antistolling moet worden gestart zonder een score vast te leggen in HIX'. De toelichting is identiek aan die van voorgaand verslagjaar. Vorig jaar gaf de inspectie aan dat dit een zorgelijke toelichting was waaruit naar voren komt dat de vakgroep cardiologie van het ziekenhuis zich niet conformeert aan de normstelling van de beroepsgroep en een systematische beoordeling vervangt door 'in een oogopslag'. Hopelijk is die oogopslag ook duidelijk voor een anesthesioloog die een perioperatief beleid vast moet stellen en geen informatie aantreft in het dossier. Ook voor dit ziekenhuis geldt dat het niet voldoet aan de door de beroepsgroep, NVVC, vastgestelde norm dat de CHA2DS2-VASc score in het patiëntendossier moet worden vastgelegd. De inspectie verwacht directe interventie van de raad van bestuur van het ziekenhuis.

Amsterdam UMC, locatie AMC (Amsterdam) heeft een percentage van 82,4% en geeft de volgende toelichting: '38 van de 39 patiënten waren al ingesteld op DOAC en Vit K-antagonisten ook was de CHA2DS2-VASc score bekend bij de verwijzer. 35 van de 39 patiënten werden gezien in het kader van screening voor een toekomstige ablatie verrichting.' Uit deze toelichting blijkt niet waarom de CHA2DS2-VASc score niet is vastgelegd in het patiëntendossier. Het is in het belang van de patiënt dat ook andere medisch specialisten naast cardiologen gebruik kunnen maken van de CHA2DS2-VASc score. Daarmee is vastlegging van de CHA2DS2-VASc score in het patiënt dossier een eerste voorwaarde, zoals eerder genoemd: een norm die door de beroepsgroep, NVVC, is vastgesteld.

Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) heeft een percentage van 83,6% en dat is net boven de P10 (82,6%). Het ziekenhuis geeft geen toelichting. Dat is teleurstellend. Zo is het niet inzichtelijk of het ziekenhuis zicht heeft op eigen resultaten. De inspectie vraagt het ziekenhuis alsnog een eigen analyse te verrichten en zich te spiegelen aan de landelijke resultaten. Waar nodig moet het ziekenhuis verbetermaatregelen treffen.

Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) laat een duidelijke verbetering zien na het invoeren van verbetermaatregelen. Voorgaand verslagjaar had het ziekenhuis het laagste percentage gedocumenteerde CHA2DS2-VASc score bij patiënten met atriumfibrilleren/atriumflutter. Dit verslagjaar heeft het ziekenhuis een percentage van 85,4% en geeft de volgende toelichting: 'Er werden in 2019 en 2020 aanpassing doorgevoerd om invoeren in het EPD te vereenvoudigen. Voorts werden de KPI's in 2020 enkele malen met de artsen besproken. De awareness voor invullen van de score maar ook voor het voorschrijven van DOAC of motiveren van een contra-indicatie lijkt hierdoor verbeterd.' Het ziekenhuis laat zien dat het zicht heeft op eigen resultaten en dat de verbetermaatregelen een effect hebben gehad. Het zou mooi zijn als deze positieve trend zich voortzet in de komende jaren zodat het ziekenhuis trots kan zijn op de geleverde cardiologische zorg.

Uit toelichtingen van verschillende ziekenhuizen op het percentage nieuwe patiënten die in het verslagjaar poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA2DS2-VASc score van ≥ 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.

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, leveren 28 particuliere klinieken (5%) cardiologische zorg. Van deze 28 particuliere klinieken geven 25 particuliere klinieken aan dat het aantal patiënten dat in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter waarvan een CHA2DS2-VASc score werd vastgelegd, bekend is. Eén particuliere kliniek geeft aan dat in dit jaar geen nieuwe patiënten met atriumfibrilleren werden gezien, de andere particuliere kliniek (twee locaties) geeft hier geen toelichting op. Het gemiddelde percentage nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren waarvan een CHA2DS2-VASc score wordt vastgelegd is 97,5% (76,9% - 100%). Bij 16 particuliere klinieken is dit 100%. Particuliere klinieken doen het hiermee beter dan ziekenhuizen, waar het percentage 93,5% is. Het gemiddelde percentage nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren en een CHA2DS2-VASc score ≥ 2 bij mannen en ≥ 3 bij vrouwen waarbij gestart is met een DOAC of vitamine K antagonist of waarbij dit is gecontinueerd, bedraagt 97,7% (90,1% - 100%). Dit ligt hoger dan in 2019 waarin het percentage 94,5% was. Uit de toelichtingen blijkt dat de cardiologen een weloverwogen besluit nemen om te starten met orale antistolling. In tegenstelling tot het verslagjaar 2019 zijn er geen particuliere klinieken die minder dan tien patiënten behandelen. Het totaal aantal patiënten dat in een particuliere kliniek behandeld wordt, varieerde van 10 tot 389 patiënten.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator is over 2020 in de ziekenhuizen voor het laatst door de inspectie uitgevraagd. Voor 2022 geldt het verbeterdoel 'Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland'.

10 HART EN VATEN

10.6.1 Doorlooptijd IAT

DOEL KWALITEITSINDICATOR

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 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

[Reperfusie therapie 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 vervoerd worden naar een IAT-centrum.

RISICO'S

Voorwaarde voor IAT als behandeling voor een acuut herseninfarct met een arteriële occlusie in de voorste circulatie 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

IAT-centra leveren de mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd aan van alle patiënten met een acuut herseninfarct die vanuit een intraveneuze trombolysie (IVT)-centrum naar het IAT-centrum verwezen is voor IAT. De mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd kan aanleiding zijn om te analyseren hoe ziekenhuizen een constructieve werkwijze binnen het ziekenhuis én de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulancediensten heeft ingericht. De inspectie ziet dat graag in de toelichting terug zodat andere IAT centra zich kunnen spiegelen, hiervan kunnen leren en hun werkwijzen kunnen optimaliseren.

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

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 expertisegroep 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. Andere ziekenhuizen kunnen een voorbeeld hieraan nemen. Voorgaand verslagjaar gaf de inspectie aan dat de toelichting verbeterd zou kunnen worden door het toevoegen van een eigen interpretatie van de deur-tot-

deur tijden van het eigen ziekenhuis naar het IAT-centrum. Het ziekenhuis zou hierover nog kunnen reflecteren. Haaglanden Medisch Centrum heeft een mediane doorlooptijd van 135 en geven de volgende toelichting: 'In de DASA-registratie staan 24 van de totaal 25 patiënten die verwezen zijn vanuit ander ziekenhuis naar HMC voor IAT. Bij navraag en nabellen na de verwijzende ziekenhuizen hebben we de registratie compleet kunnen maken. Omdat deze patiënten vaak alleen op de SEH gezien worden, worden deze vergeten om te registreren in de DASA-registratie. We missen een patiënt waarbij er onduidelijkheid is over het BSN-nummer waardoor de koppeling in de DASA niet lukt. Het zou wenselijk zijn als de IAT-centra ook in de gelegenheid zouden zijn deze tijd in te voeren.' Het ziekenhuis laat zien dat het zicht heeft op eigen resultaten. Het zou mooi zijn als het ziekenhuis in de toelichting zou aangeven over de trans-regionale afspraken met verwijzende ziekenhuizen, zoals het Groene Hart Ziekenhuis, heeft ingericht.

IAT-centra met een lange mediane deur-tot-deur-tot-lichaam 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-lichaam tijd maar een bepaald maximum lijkt reëel. Het is aan de beroepsgroepen om hierin stelling te nemen. De inspectie realiseert zich de uitdaging gezien het grote aantal betrokken beroepsgroepen. Een duidelijke richttijd op basis van het principe *time is brain* zou wenselijk zijn.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator blijft ongewijzigd.

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 is tenminste 1.6. Ieder van de reumatologen werkt 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 67 Nederlandse ziekenhuizen zijn reumatologen werkzaam. In geen enkel ziekenhuis zijn er solistisch werkende reumatologen. Daarmee voldoen alle ziekenhuizen aan de norm dat de vakgroep reumatologie uit tenminste twee reumatologen bestaat. Er zijn achttien (locaties van) particuliere klinieken met een praktijk reumatologie. Van deze achttien klinieken zijn er zes klinieken waar één reumatoloog werkt. Eén van deze klinieken heeft in de toelichting aangegeven dat een samenwerking wordt aangegaan met een vakgroep reumatologie van een nabijgelegen ziekenhuis. Drie van de zes klinieken waar één reumatoloog werkt, maken deel uit van één zorgaanbieder (keten) en voldoen gezamenlijk wel aan de norm. De overige twee klinieken geven geen verdere toelichting.

Zes ziekenhuizen hebben een vakgroep reumatologie die uit minder dan 1,6 FTE-reumatologen bestaat. In 2018 waren dat er nog veertien en in 2019 waren dat er nog acht. Deze zes ziekenhuizen laten in de toelichting zien dat zij onderdeel uitmaken van een stabiel groter samenwerkingsverband. Hiermee wordt voldaan aan de 1,6 FTE norm. Van de achttien particuliere klinieken die reumatologische zorg leveren, zijn er veertien (locaties) waar minder dan 1,6 FTE reumatoloog werkzaam is. Hiervan behoren negen klinieken tot één zorgaanbieder (keten), waarmee deze gezamenlijk wel aan de norm voldoen. Eén kliniek heeft in de toelichting aangegeven dat een samenwerking wordt aangegaan met een vakgroep reumatologie van een nabijgelegen ziekenhuis. De overige vier klinieken geven geen toelichting.

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) geeft in de toelichting aan dat de reumatologen onderdeel zijn van de medische staf Reumatologie Sint Maartenskliniek. Ziekenhuis De Tjongerschans (Heerenveen) en Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten) geven de volgende toelichting: [‘Binnen ziekenhuis Tjongerschans zijn twee reumatologen werkzaam voor in totaal 0,5 fte. Zij maken deel uit van de vakgroep reumatologie van het MCL en van daaruit zijn zij ook werkzaam binnen andere Friese ziekenhuizen. Alle Friese reumatologen en de vier Friese ziekenhuizen zitten in een vergaand proces om per 2021 de reumazorg Friesland breed vanuit één organisatie \(MCL\) als een netwerk in de vier ziekenhuizen vorm te geven. In de nieuwe praktijk zullen meer dan 6 FTE-reumatologen werkzaam zijn.’](#) De toelichting van BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) vraagt om verduidelijking. [‘De reumatologie in het BovenIJ ziekenhuis wordt geleverd vanuit Reade. De reumatologen zijn in dienst bij Reade en huren ruimte in het ziekenhuis.’](#) In het ziekenhuis werken drie reumatologen die samen een vakgroep vormen. De geleverde zorg in het ziekenhuis betreft 0,7 FTE. Dan volgt de vraag: is het zo dat tenminste 0,9 FTE van de reumatologische zorg geleverd wordt in Reade? Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) levert 1,2 FTE reumatologische zorg en geeft de volgende toelichting: [‘De reumatologische praktijkvoering in het VWB is conform kwaliteitsnormen van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie geborgd door een nauwe samenwerking met de vakgroep Reumatologie in het Maasstadziekenhuis.’](#) Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) levert eveneens 1,2 FTE reumatologische zorg en geeft de

volgende toelichting: 'Het ziekenhuis heeft zich per augustus 2020 aangesloten bij de regionale vakgroep reumatologie die ook werkzaam is in het MST.'

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is over het verslagjaar 2020 voor de ziekenhuizen 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 een 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 patiënten met 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 antibioticagebruik, verlengde IC- en ziekenhuisopname en daardoor hoge zorgkosten. Het niet tijdig toedienen van een adequate antibiotica, controle van de infectiebron, voldoende vloeistoftoediening en verbetering van de circulatie, de hoekstenen van de behandeling, kan resulteren in sepsis-gerelateerde mortaliteit en morbiditeit.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 2020 is deze indicator voor de tweede keer door de inspectie uitgevraagd. In 2019 was de uitvraag nog facultatief. Meerdere ziekenhuizen hebben de drie onderdelen van de kwaliteitsindicator vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis, aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis, scholing in vroegtijdige herkenning van patiënten met sepsis, goed op orde. Andere ziekenhuizen geven aan bepaalde onderdelen (nog) niet op orde te hebben en er aan te gaan werken. Het is voor de inspectie goed om te vernemen dat er, in toenemende mate, bewustwording is van de potentiële complicatierisico's die gepaard gaan met sepsis en van het belang van een goede en veilige zorg voor sepsis. De inspectie verwacht dat inzicht in het belang van de kwaliteitsindicator bijdraagt aan het nemen van verbetermaatregelen om snel (dreigende) sepsis bij patiënten te onderkennen en te behandelen. Het is belangrijk dat ziekenhuizen een vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis toepassen, dat er een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus is en dat de zorgprofessionals geschoold zijn in vroegtijdige herkenning en behandeling van patiënten met sepsis.

12.2.1 Vroegtijdige signalering van dreigende sepsis

75 van de 76 ziekenhuizen geven aan over een signaleringssysteem te beschikken op alle (dag) verpleegafdelingen en in 55 ziekenhuizen is de vraag op verdenking op infectie in dit signaleringssysteem aanwezig. 71 van de 76 ziekenhuizen geven aan te beschikken over een signaleringssysteem op de spoedeisende hulp (SEH). Vier van de vijf overige ziekenhuizen geven aan geen SEH te hebben. Het vijfde ziekenhuis (Wilhelmina Ziekenhuis in Assen) geeft aan dat de mogelijkheden worden onderzocht. De inspectie

verwacht dat een ziekenhuis met SEH zonder signaleringssysteem dit op korte termijn organiseert. Van de 71 ziekenhuizen met een signaleringssysteem op de SEH beschikken 60 ziekenhuizen over een signaleringssysteem inclusief de vraag over verdenking op infectie. De keuze van het signaleringssysteem is aan het ziekenhuis zelf, belangrijk is dat het mogelijk moet zijn om de situatie van de patiënt te kunnen vergelijken als een patiënt van de SEH naar een verpleegafdeling gaat.

Meerdere ziekenhuizen geven aan gebruik te maken van het (M)EWS systeem. In de toelichtingen laten veel ziekenhuizen een mooie ontwikkeling zien. Zo geeft Alrijne ziekenhuis (Leiderdorp) aan "Nadat we geconstateerd hebben dat er behoefte is aan een betere regie op thema's gerelateerd aan het management van de vitaal bedreigde patiënt, is Alrijne gestart met een commissie Vitaal bedreigde patiënt. Er is een ziekenhuisbrede aanpak nodig is op thema's zoals: Evaluatie van de SIT-oproepen en beleid daarop. Regie op uitvraag van de IGJ indicatoren op het vlak van signalering, herkenning en evaluatie van sepsis. Helaas is er door de pandemie vertraging in het traject opgelopen waardoor de commissie nog een startfase verkeerd. Het doel is nu om in 2021 deze commissie operationeel te hebben." Het belang is onderkend en vervolgens heeft het ziekenhuis acties ingezet voor een ziekenhuisbrede aanpak en evaluatie. Begrijpelijk is de reden van vertraging van het traject. Een ander voorbeeld betreft Elkerliek ziekenhuis (Helmond en Deurne): "Bestaande sepsisafspraken zijn in 2020 geëvalueerd op basis van de nieuw uitgekomen richtlijn 'Sepsis fase 1' van de FMS. De tekst op het EWS zakkaartje voor alle verpleegkundigen en specialisten in het ziekenhuis: 'Heeft patiënt een infectie + EWS >3, denk aan sepsis en meld dit aan arts!'" Positief is de uitvoering van een evaluatie van bestaande afspraken op basis van een nieuw uitgekomen richtlijn wat vervolgens uitmondt in een verbeteractie. Een mooi voorbeeld waarin standaard geëvalueerd wordt, blijkt ook uit de toelichting van Ikazia ziekenhuis (Rotterdam): "Bij een oproep op een verhoogde EWS-score wordt door het SIT-team in de werkdiaagnose altijd 'verdenking op een infectie' meegenomen, de vitale functies beoordeeld en bloedonderzoek ingezet. In 2019 heeft Ikazia aangegeven dat de vraag verdenking op infectie niet wordt geregistreerd. In 2020 is de protocoltekst bij de registratie van de EWS in het EPD aangepast. Als men de EWS start, toont het EPD de waarschuwing 'bij een verhoogde score, denkt u aan een infectie? Overweeg dan sepsis'. Bij de SIT-evaluatie wordt meegenomen of er inderdaad gedacht is aan sepsis."

Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) (Almelo en Hengelo) geeft aan (nog) niet over een signaleringssysteem op alle (dag) verpleegafdelingen te beschikken. De toelichting die het ziekenhuis geeft een beeld van de ontwikkeling van het ziekenhuis: "ZGT werkt sinds 2015 met de MEWS voor de herkenning van de vitaal bedreigde patiënt. In november 2021 stapt ZGT over naar HiX Standaard Content. Daarin is de mogelijkheid de *quick Sequential Organ Failure Assessment* (qSOFA) digitaal vast te leggen. Tot op heden kan de qSOFA niet worden vastgelegd maar ZGT werkt wel volgens deze methodiek. De medisch specialist vraagt bij verdenking van een sepsis de ademfrequentie, systolische bloeddruk en de EMV-score uit bij de verpleegkundige. Op het zgn. rode kaartje staat de vraag: 'Denk aan infectie'. In de nieuwe versie (die geldig is tot en met november 2021) wijzigt deze vraag in 'Denk aan sepsis'. De SIT-coördinatoren van de IC organiseren twee keer per jaar een webinar over het onderwerp Vitaal Bedreigde Patiënt. Tijdens het webinar geeft de intensivist scholing aan zorgprofessionals. Het onderdeel sepsis maakt onderdeel uit van het webinar." Het ziekenhuis maakt voor een vroege signalering van sepsis een koppeling met een vroegtijdig signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt en dat is in lijn met de bedoeling van de indicator. Een uitgebreide toelichting waardeert de inspectie zeer. Het ziekenhuis gaf vorig jaar als toelichting "ZGT gebruikt de MEWS voor het signaleren van een vitaal bedreigde patiënt. Commissie SIT is bezig met integratie van de vraag over verdenking infectie, implementatie volgt in 2020." Het is positief te noemen dat het ziekenhuis het belang onderkent, alleen mist in de toelichting of sprake is van uitgestelde implementatie dan wel nieuwe ontwikkelingen.

Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) laat een ontwikkeling in de tijd zien. In de toelichting geeft het ziekenhuis aan "We hebben inmiddels een en ander in HiX ingebouwd, signalering middels bestaande SIT systematiek en bij verhoogde waarde vraag of er sprake is/kan zijn van infectie. Bij SIT >5; is er infectie en zo ja, dan klapt een scherm uit met de tekst 'overweeg sepsis' in geval van sepsis graag aandacht voor tijdig toedienen adequate antibiotica (indien mogelijk na afname kweken), controle van infectiebron, voldoende vloeistoftoediening en

verbetering van de circulatie.” Dit is een mooie uitwerking en in lijn met datgene wat het ziekenhuis aangaat te gaan doen in het verslagjaar 2019. Meerdere ziekenhuizen benoemen te gaan starten met de implementatie in 2021, waaronder Alrijne ziekenhuis, Deventer ziekenhuis, Rode Kruis ziekenhuis (Beverwijk), Franciscus Gasthuis & Vlietland (Rotterdam), Spaarne ziekenhuis (Hoofddorp en Heemstede), Wilhelminaziekenhuis, Zaans Medisch Centrum (Zaandam). De inspectie begrijpt dat door de coronapandemie implementatie vertraagd is en kijkt uit naar de resultaten van de genoemde implementatie.

Al eerder is gesproken over het belang van een goede toelichting. Het valt echter op als een ziekenhuis eenzelfde toelichting gebruikt als vorig jaar. Zo gaf Isala (Zwolle) aan “Isala heeft op dit moment geen aparte vraag over verdenking sepsis in het medisch of verpleegkundig dossier opgenomen. Er is vanuit het SIT-teamaandacht 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.” De inspectie vraagt zich af wat de uitkomst en de werkwijze van de halfjaarlijkse evaluaties is. Het is goed om kritisch te kijken naar de administratieve last. Het belang van de kwaliteitsindicator lijkt echter nog niet te zijn onderkend. Overigens geldt dat voor nog een aantal ziekenhuizen.

De inspectie heeft de digitale uitvraag van de kwaliteitsindicator sepsis enigszins aangepast voor particuliere klinieken. Er wordt gevraagd naar het gebruik van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt. 63 particuliere klinieken geven aan dat zij een signaleringssysteem hebben voor de vitaal bedreigde patiënt, waaronder 14 particuliere klinieken die in de toelichting aangeven dat zij gebruik maken van een (M)EWS-score. De andere particuliere klinieken geven geen toelichting hoe zij deze signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt in de praktijk hebben vormgegeven. In totaal geven 11 klinieken aan dat zij geen signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt hebben. Zij lichten overwegend toe dat dit niet relevant is, omdat zij geen verpleegafdeling bezitten. Drie van deze particuliere klinieken geven een opvallende toelichting: “Vitaal bedreigde patiënten worden niet in de instelling behandeld maar verwezen naar elders”, “Vitaal bedreigde patiënten worden verwezen naar elders” en “Complicaties, waaronder infecties, worden in vakgroep overleggen besproken. Sepsis specifiek is geen agendapunt maar valt onder complicaties.” Uit deze toelichtingen blijkt dat de vraag of het onderwerp niet goed wordt begrepen. Een signaleringssysteem is juist bedoeld om tijdig een vitaal bedreigde patiënt te herkennen, zodat tijdig adequate behandeling en maatregelen genomen kunnen worden. Daarnaast geven 77 particuliere klinieken aan dat deze vraag voor hen niet relevant is, met meestal de motivatie dat zij geen verpleegafdeling bezitten. Ook hier geeft een enkele kliniek een toelichting, waarvan de strekking is dat zij geen vitaal bedreigde patiënten behandelen. Voor deze klinieken geldt dezelfde opmerking als hiervoor. De inspectie benadrukt het belang van het gebruik van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt. Ook en misschien wel juist voor die particuliere klinieken waarbij de kans daarop relatief klein is. Snelle herkenning van de vitaal bedreigde patiënt, adequate behandeling en het nemen van de juiste maatregelen is cruciaal.

12.2.2 Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis

48 ziekenhuizen geven aan te beschikken over een minimaal jaarlijkse structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus inzake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis (in 2019: 31). 40 van deze ziekenhuizen geven aan dat verbetermaatregelen zijn getroffen naar aanleiding van deze evaluatie en dat is een compliment waard. Het is voor de inspectie belangrijk dat ziekenhuizen bewust zijn van eventuele tekortkomingen in het zorgproces maar belangrijker nog dat ziekenhuizen hierop verbetermaatregelen instellen. Met het onderdeel ‘aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis’ is hiermee door meerdere ziekenhuizen een wezenlijke stap gemaakt. Voor de overige ziekenhuizen zijn onderstaande toelichtingen mogelijk bruikbaar voor de inrichting van een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis.

Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) geeft een mooi voorbeeld van een verbetermaatregel na de evaluatie: “De Sit-commissie vergadert 4x per jaar en heeft de evaluatie van SIT-oproepen als vast punt op de agenda staan. In deze evaluatie komt ook het onderwerp signalering en follow-up bij verdenking op sepsis aan de orde. Naar aanleiding van de evaluatie eind 2020 is door de SIT-commissie als verbeterpunt besloten om de verplichte scholing op de basisafdelingen beter vorm te geven. Dit wordt in 2021 uitgewerkt.” Ook het Tergooi (Blaricum en Hilversum) geeft in de toelichting een goede beschrijving van de evaluatiecyclus “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 dagstart 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.” De combinatie met de follow up van de diagnose sepsis is een mooi voorbeeld. De ziekenhuizen ondernemen goede stappen om sepsis structureel te evalueren. Uit de toelichting blijkt nog niet welke verbetermaatregelen getroffen zijn op basis van deze evaluatie en is niet helder of de evaluatie multidisciplinair plaatsvindt. Een oproep aan de ziekenhuizen om hier volgend jaar in de toelichting op terug te komen.

Het LUMC (Leiden) geeft de volgende toelichting: “Sepsis is onderdeel van de jaarlijkse evaluatie van onze zorg in brede zin. Onder andere audits, calamiteiten en incidenten zijn hier onderdeel van. De registratie van sepsispatiënten op de IC staat daarnaast drie keer per jaar bij het managementteam op de agenda en waar nodig worden casussen met de hele staf besproken. Op de SEH vindt een jaarlijkse evaluatie plaats van de screeningsformulieren voor sepsis. Jaarlijks analyseert het LUMC de opvallende uitkomsten van de (H)SMR cijfers. De diagnose sepsis komt daarin regelmatig naar voren als aandachtspunt waarna op patiëntniveau nauwkeurig wordt bekeken wat mogelijke oorzaken zijn voor de hogere sterfte dan verwacht. Tot op heden zijn hier, anders dan het vollediger vastleggen van co-morbiditeiten als nevend diagnoses, geen verbetermaatregelen op het gebied van patiëntveiligheid uit naar voren gekomen.” Het ziekenhuis evalueert gedegen echter het ziekenhuis benoemt in de evaluatie alleen registratie, screening, vastleggen van nevend diagnoses. Het is de vraag of andere parameters ook onderdeel zijn van de evaluatie, zoals helderheid beleid, scholing en het doorlopen patiëntenpaden in welke mate de evaluatie multidisciplinair is.

29 ziekenhuizen geven aan niet te beschikken over een minimaal jaarlijkse structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus. Acht ziekenhuizen geven geen toelichting, terwijl dat wel te verwachten is. Het gaat om: Groene Hart Ziekenhuis (Gouda), Haga Ziekenhuis (Den Haag), Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch), Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Velthoven), RIVAS Zorggroep Beatrixziekenhuis (Gorinchem), UMC Utrecht (Utrecht), Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk) en St. Jansdal, locatie Lelystad. De toelichtingen van de overige 21 ziekenhuizen geven een divers beeld. Meerdere ziekenhuizen benoemen dat gezocht wordt naar mogelijkheden om structurele evaluatie op te nemen in de evaluatiecyclus van het Spoed Interventie Team (SIT). Elkerliek Ziekenhuis beschrijft in de toelichting “Voor SIT oproepen is een dergelijke multidisciplinaire evaluatiecyclus al enkele jaren ingericht. Besloten is om sepsis hier structureel in op te nemen. Dit wordt in 2021 nader vormgegeven. Hiertoe worden de evaluatieformulieren, de opzet van de bespreking en de rapportage hiervan, aangepast.” Goed dat aangesloten wordt bij bestaande initiatieven en een structurele evaluatiecyclus te organiseren. Ook het Erasmus MC (Rotterdam) legt een mooie connectie tussen sepsis en SIT. Het Erasmus MC gaf aan nog niet te beschikken over een structurele evaluatiecyclus, maar beschrijft wat het wel heeft gedaan en wat gepland staat. “Het SIT is geïmplementeerd met een maandelijks evaluatiecyclus, hierin worden uiteraard veel mensen met sepsis ook ‘ontdekt’ maar het wordt nog niet structureel bijgehouden. Door de COVID heeft de implementatie van een structurele verbetercyclus op dit onderwerp helaas forse vertraging opgelopen. Er is wel gestart met een aantal verbetermaatregelen. 1) bezig

met het uitrollen van een scholingsprogramma herkenning vitaal bedreigde patiënt en sepsis en kwetsbare ouderen. 2) een ziekenhuisbreed protocol waarin de al bestaande acties duidelijk zijn vastgelegd 3) we nemen een vraag op over herkenning van sepsis in onze evaluatie van de SIT-oproepen 4) in EPD een manier te vinden waarop zonder extra registratielast bij de MEWS toch inzichtelijk wordt om hoeveel patiënten dit gaat.” Voor alle ziekenhuizen met toegelichte plannen voor 2021 geldt dat de inspectie uitkijkt naar de resultaten.

Van de 63 particuliere klinieken die aangeven een systeem voor de vroegtijdige signalering van vitaal bedreigde patiënten te hebben, geven 37 klinieken aan dat zij een minimaal jaarlijkse multidisciplinaire evaluatiecyclus inzake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis bezitten. Hiervan geven 16 klinieken aan dat zij verbetermaatregelen hebben getroffen naar aanleiding van deze evaluatie, maar geen enkele kliniek geeft aan om welke verbetermaatregelen het gaat.

De overige 26 klinieken bezitten een dergelijke evaluatiecyclus niet en lichten overwegend toe dat alle infecties tijdens complicatiebesprekingen worden besproken.

12.2.3 Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

62 Nederlandse ziekenhuizen geven aan te beschikken over minimaal tweemaaljaarlijkse 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. Een mooie stijging ten opzichte van 2019, waarin 41 ziekenhuizen dit aangaven. 43 van de 62 ziekenhuizen geven aan dat deze scholing verplicht is (in 2019: 28) en tien ziekenhuizen geven aan dat deze scholing deels verplicht is (in 2019: acht). 58 ziekenhuizen geven aan zicht te hebben op het aantal medewerkers dat scholing heeft gevolgd (in 2019: 38). Een duidelijke verbetering zichtbaar in één jaar en een goede prestatie, zeker gezien de omstandigheden in 2020. Ook al geven meerdere ziekenhuizen (terecht) aan dat de geplande scholingen deels uitgesteld zijn vanwege de coronapandemie.

Uit de toelichtingen blijkt dat meer dan de helft van de ziekenhuizen een scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis hebben ingericht en geborgd. Enkele ziekenhuizen hebben scholing (nog) niet ingericht en geïmplementeerd maar zijn hiermee bezig. Het is voor de inspectie 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. Meerdere ziekenhuizen verwijzen naar scholing 'Vitaal bedreigde patiënt'. Het is in de toelichting niet helder in welke mate de vroege herkenning van sepsis hier onderdeel van uitmaakt. Dat is een oproep voor de ziekenhuizen om dat kritisch te bekijken en concreter te formuleren in de toelichting.

Twee goede voorbeelden: Rode Kruis [“Het volgen van twee e-learning's Sepsis en Vitaal bedreigde patiënt wordt digitaal bijgehouden in ons Leerportaal. Daarin is ook het verplichtend karakter vastgelegd. Verder is het onderwerp sepsis/vitaal bedreigde patiënt bij de meeste verpleegafdelingen vast onderdeel van de jaarlijkse Klinische Acute Situatie Training \(KAST\)-dagen welke zijn opgenomen in de jaarplannen.”](#) Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) [“In maart en oktober wordt een webinar georganiseerd door de IC waarbij scholing wordt gegeven over de vitaal bedreigde patiënt. Ook het herkennen van sepsis maakt onderdeel uit van het webinar. Deelnemers krijgen na afloop een bevestiging van de kwaliteitsregel in hun leermanagementsysteem.”](#)

Van de 63 particuliere klinieken die aangeven een systeem voor de vroegtijdige signalering van vitaal bedreigde patiënten te hebben, geven 49 klinieken aan dat zij beschikken over minimaal tweemaaljaarlijkse scholing voor alle zorgprofessionals op de (dag)verpleegafdelingen met betrekking tot het vroegtijdig herkennen van sepsis. De 12 klinieken die deze scholing niet bezitten geven diverse toelichtingen. Onder andere dat het personeel in het ziekenhuis, waar zij ook werkzaam zijn, wordt geschoold, of dat deze scholing in 2021 zal worden ingevoerd. Ook een aantal klinieken geeft een toelichting waaruit blijkt dat het onderwerp niet relevant is wegens het ontbreken van een (dag)verpleegafdeling.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator blijft ongewijzigd.

12 INFECTIEZIEKTEN

12.3.1 Melding *Staphylococcus aureus* bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar

12.3.2 Snel behandelen *Staphylococcus aureus* bacteriëmie

DOEL INDICATOR

Het stimuleren van een adequate en tijdige behandeling van patiënten met een mogelijke *Staphylococcus aureus* bloedbaan 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 vier 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*'. Tegenwoordig is <4 uur in de richtlijn opgenomen, dit was nog niet het geval ten tijde van opstellen kwaliteitsindicator.

RISICO'S

Een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie is een potentiële 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

12.3.1 Melding *Staphylococcus aureus* bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar

76 ziekenhuizen geven aan dat het aantal patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek bekend is. Alleen Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) geeft aan dit aantal niet te kennen, in de toelichting geeft het ziekenhuis aan niet over een IC te beschikken. De kwaliteitsindicator beperkt zich echter niet tot de IC. De inspectie vraagt het ziekenhuis zich in te spannen om alsnog naar de gegevens boven tafel zien te krijgen en naar te kijken. Met uitzondering van St. Jansdal, locatie Lelystad is uit het laboratorium-informatiesysteem de datum (eventueel met tijdstip) te achterhalen waarop een *Staphylococcus aureus* groeiend in een bloedkweek voor het eerst als zodanig werd geïdentificeerd. St. Jansdal, locatie Lelystad geeft aan dat er in 2020 geen patiënten werden behandeld voor een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie. Toch zou het goed zijn om te kijken of de datum te achterhalen is in het laboratorium-informatiesysteem mocht de situatie zich voordoen. Alle 74 ziekenhuizen die data aanleveren voor deze kwaliteitsindicator geven aan dat de arts-microbioloog, het doorgeven van een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek bij een patiënt aan de hoofdbehandelaar documenteert in het elektronische patiëntendossier, laboratorium-informatiesysteem of een consultregistratiesysteem. In totaal werden bij 4041 patiënten in Nederland een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek aangetoond in het verslagjaar 2020. Bij 4002 patiënten werd de *Staphylococcus aureus* bacteriëmie op dezelfde dag gemeld aan de hoofdbehandelaar. Dat is een landelijk gemiddelde van 99,3%, een heel mooi resultaat wat min of meer overeenkomt met het gemiddeld percentage van voorgaand verslagjaar (99,5%). De percentages liggen dicht bij elkaar en de Nederlandse ziekenhuizen hebben veelal inhoudelijk goede toelichtingen. De ziekenhuizen die data leveren over de snelheid van het op de hoogte stellen van de hoofdbehandelaar maken duidelijk dat zij dit hoge prioriteit geven. Een aantal toelichtingen van ziekenhuizen

worden hieronder uitgelicht.

Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) heeft een percentage van 90,5% en komt met een uitvoerige toelichting: 'In totaal hadden 21 patiënten een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie tot 1-7-2020 waarbij geen van de patiënten een behandelbeperking hadden op het moment van bekend worden van de *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek (N=21). Van deze 21 patiënten is bij 19 de uitslag van de bloedkweek dezelfde dag dat bekend werd doorgegeven aan de behandelaar (score 90.5). Bij twee patiënten is dit niet dezelfde dag doorgegeven maar de dag erna omdat de klinische betekenis van de positieve bloedkweek met *Staphylococcus aureus* niet duidelijk was omdat er in beide gevallen maar één bloedkweekflesjes positief was. In beide gevallen is er beargumenteerd en gedocumenteerd afgeweken van standaard beleid. Beide patiënten ontvingen ook op dat het moment van bekend worden van de *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek antibiotica met enige maar geen eerste keus werkzaamheid op *Staphylococcus aureus*.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het zicht heeft op eigen data en dat er een inhoudelijke verklaring is voor de twee patiënten waarbij niet dezelfde dag de hoofdbehandelaar is geïnformeerd. Een aanvulling van het ziekenhuis: kweken worden altijd geïnterpreteerd i.c.m. kliniek. Bij de twee patiënten waarbij maar één bloedkweekflesje positief was, bleek dat er geen klinische verdenking was op een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie, maar een ander focus op de voorgrond stond.

Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) heeft een percentage van 92,1% en geeft in de toelichting aan: 'Er zijn in het ADRZ in 2020 41 patiënten opgenomen geweest met een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie waaronder 38 patiënten die nog niet overleden waren ten tijde van de identificatie en die geen behandelbeperking hadden. Bij 35/38 patiënten (92.1%) werd de identificatie op de dag van bekend worden gemeld bij de hoofdbehandelaar. Bij de drie patiënten bij wie dit niet gebeurde werd bij een sterk vermoeden op een *Staphylococcus aureus* (o.a. op basis van het Gram preparaat van de bloedkweek) wel reeds adequate therapie gegeven.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het zicht heeft op eigen data. De verklaring is echter niet geheel navolgbaar. Is het niet juist vanzelfsprekend om de hoofdbehandelaar te informeren dat er inderdaad sprake is van een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie ook al was er sprake van een sterk klinisch vermoeden en adequate therapie reeds was gestart?

ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) heeft een percentage van 93,3% en geeft de volgende toelichting: 'Bij één patiënt is de *Staphylococcus* in de bloedkweek doorgebeld, niet *Staphylococcus aureus* gemeld. Eén patiënt was de dag voor bekend worden van de bloedkweek naar huis ontslagen en klinisch niet ziek. Door de behandelaar gediuid als geen indicatie voor opname. Controlebloedkweken zijn afgesproken en follow-up via de huisarts.' De beroepsgroep geeft aan dat dit een subjectief gegeven is en geen reden tot geruststelling aangezien er een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek zat. Deze moet behandeld worden met intraveneuze antibiotica, dus dit heeft zeker behandelconsequenties die niet plaats hebben gevonden. Controle bloedkweken en follow-up via de huisarts lijkt geen adequate zorg. Het ziekenhuis laat wel met deze toelichting zien dat het zicht heeft op eigen data. De verklaring is summier. Bij de eerste patiënt is er wel gebeld maar niet met voor de definitieve uitslag? Hierbij is het belangrijk om te achterhalen of behandeling tijdig is gestart en zo niet, waar procesverbetering mogelijk is. Hoewel mogelijk plausibel, ook de verklaring van de tweede patiënt roept bij de inspectie vragen op. Het maakt bij het tijdig doorgeven van een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek aan de hoofdbehandelaar toch niet uit of een patiënt al dan niet is opgenomen? In het licht van continuïteit van zorg juist een punt van aandacht, ook al heeft het niet direct behandelconsequenties.

Voorgaand verslagjaar had Medisch Spectrum Twente (Enschede) het laagste percentage (93,5%) en heeft dit jaar een percentage van 98,9%. Het ziekenhuis geeft geen toelichting welke verbetermaatregel en zijn getroffen. Interessant is om na te gaan wat gemaakt heeft dat die ene patiënt waarbij het tijdig doorgeven van een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek aan de hoofdbehandelaar niet gelukt is.

12.3.2 Snel behandelen *Staphylococcus aureus* bacteriëmie

74 ziekenhuizen leveren data aan voor de kwaliteitsindicator Snel behandelen *Staphylococcus aureus* bacteriëmie. Ook bij deze kwaliteitsindicator liggen de percentages patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek, dicht bij elkaar. Het laagste percentage (88,9%) heeft Antoni van Leeuwenhoek / Ned. Kanker Instituut (Amsterdam) waarbij 16 van de 18 patiënten met een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie tijdig zijn behandeld met gerichte antimicrobiële therapie. Het ziekenhuis geeft geen toelichting. De inspectie vraagt het ziekenhuis dossieronderzoek te doen naar de twee patiënten waarbij antimicrobiële therapie niet tijdig is gestart.

Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) heeft een percentage van 90,5% en komt met dezelfde uitvoerige toelichting als bij de kwaliteitsindicator Melding *Staphylococcus aureus* bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar. Het ziekenhuis heeft zicht op eigen data en er is een inhoudelijke verklaring voor de twee patiënten die niet tijdig zijn behandeld met gerichte antimicrobiële therapie.

Haga Ziekenhuis (Den Haag) heeft een percentage van 92,0% en geeft een inhoudelijk plausibele verklaring voor de vijf patiënten met een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie die niet zijn behandeld met gerichte antimicrobiële therapie. Hetzelfde geldt voor Röpke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep (Hardenberg) met een percentage van 92,3% en Ziekenhuis De Tjongerschans (Heerenveen) met een percentage van 94,1%. Ook de andere ziekenhuizen met een percentage lager dan de P10 (95,6%) geven allemaal een medisch inhoudelijke verklaring waarmee de percentages goed te verklaren zijn. Dat maakt dat geconcludeerd kan worden dat in Nederland patiënten met een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie tijdig worden behandeld met gerichte antimicrobiële therapie of dat er beargumenteerd wordt afgeweken.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator wordt in 2021 voor het laatst uitgevraagd.

14 MAAG-DARM-LEVER

14.1.2 Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie

14.1.3 *Success rate* ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd

DOEL KWALITEITSINDICATOR

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 \(niet publiek toegankelijk\)](#)

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

RISICO'S

In Nederland worden jaarlijks naar schatting 16.000 ERCP's verricht. Deze procedure kent een lange leercurve en kan gepaard gaan met ernstige complicaties. Daarnaast komt het voor dat de intentie van de procedure niet bereikt wordt, 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

14.1.2 Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie

In 62 Nederlandse ziekenhuizen worden ERCP's uitgevoerd en al deze ziekenhuizen leveren de patiënten data aan de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP. Het landelijk gemiddeld percentage ERCP's welke zijn ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie is 97,1%. Een aantal ziekenhuizen heeft een percentage minder dan de P10 (91,1%) en geven geen toelichting. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) heeft een percentage van 80,8% en geeft de volgende toelichting: 'In het kader van ontregel de zorg hebben we als ERCP-artsen van het OLVG besloten om in 2021 op te houden met deze registratie. We nemen aan dat na 7 jaar registreren ervan uitgegaan kan worden dat we voldoen aan de norm en kwaliteit die gevraagd wordt. Ook hebben we een controle van het aantal ERCP's per jaar per dokter opdat dit gelijk over ons verdeeld wordt en iedereen voldoende expertise blijft houden. Eén specialist is in 2020 al eerder gestopt met de registratie vandaar de 80,1% score. Ons eerdere voornemen om met deze registratie te stoppen hebben we in maart 2020 besproken met de voorzitter van de commissie kwaliteit van de NVMDL en schriftelijk met het bestuur van de NVMDL. Dit zou nadien in de vergadering voorgelegd worden aan de leden voor een landelijk standpunt om tot een onderbouwd oordeel te komen. Helaas heeft dit door de coronapandemie niet plaats kunnen vinden. Een van de collega zal wel de komende jaren blijven registreren omdat hij pas sinds een jaar voldoende ERCP's per jaar doet en op die manier inzicht kan krijgen in zijn functioneren in deze.' Het is onwenselijk om eenzijdig af te zien van een landelijke registratie die door de wetenschappelijke vereniging NVMDL is ingevoerd. Het is aan de beroepsgroep om te bepalen of met de gegevens van de landelijke registratie, het al dan niet mogelijk een kwaliteitsverbetering te kunnen inzetten. Deze discussie zal binnen de wetenschappelijke vereniging moeten plaatsvinden.

14.1.3 *Success rate* ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd

Er zijn drie moeilijkheidsgraden voor ERCP's opgesteld door *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE). De norm van de NVMDL stelt dat 80% van de ERCP's bij level 1 Schutz classificatie moet slagen in hun

opzet. Het percentage procedurele intentie geslaagd verbetert jaar op jaar. In het verslagjaar 2020 is dit percentage 91,9% (89,6% in 2019). Ook de ondergrens P10 is verder verbeterd naar 86,1% (84,1% in 2019). Alle Nederlandse ziekenhuizen voldoen aan de norm gesteld door de NVMDL dat 80% van de ERCP's met Level 1 Schutz classificatie moetslagen in hun opzet.

Radboudumc (Nijmegen) met een percentage van 81,9% geeft de volgende toelichting: 'We streven naar een hoger slagingspercentage. Analyse oorzaken: nieuw staflid dat een op een gesuperviseerd wordt en vaardigheden verder opbouwt; ERCP's die elders niet gelukt zijn en naar ons worden verwezen, slagen ook bij ons niet altijd direct. Dankzij expertise en vaardigheden van een groot volume ERCP's wordt toch nog dit resultaat behaald. Verbeteringen: MDO gestart om ERCP's voor en na te bespreken en hiervan te leren, eigen kwaliteits-cyclus gestart waarbij resultaten 3x per jaar geëvalueerd worden en vaardigheden nieuwe staf lid groeien ongetwijfeld'. Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het zicht heeft op de eigen data en het is goed om te zien dat het ziekenhuis dit proces onder de aandacht brengt met een eigen kwaliteits-cyclus.

In voorgaande verslagjaar waren twee ziekenhuizen Treant Zorggroep (Emmen, Hoogeveen, Stads kanaal) en Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) die met 75,6% resp. 77,5% de norm van 80% niet halen. Treant Zorggroep heeft nu een percentage van 86,4% en geeft de volgende toelichting: 'In 2019 was er sprake van te lage scores op deze indicator. Mogelijk had dit te maken met gebrek aan continuïteit van zorg waarbij de formatie van MDL-artsen die ERCP beheersten te kort schoot. Over 2020 zijn verbeteringen gerealiseerd, waarbij de score weer in lijn is met de landelijke cijfers. Dit is het gevolg van werken met een kleiner team ervaren artsen dat ERCP's uitvoert en op casus niveau meer aandacht voor verbetermogelijkheden in de complicatiebespreking.' Het is goed te vernemen dat het ziekenhuis op dit proces een verbetering heeft doorgemaakt. Het is belangrijk dat het ziekenhuis het proces de komende jaren blijft monitoren opdat de verbetering consolideert en waar mogelijk aanvullende verbetermaatregelen treft. Ook Maasstad Ziekenhuis heeft met een percentage procedurele intentie geslaagd van 87,7% in verslagjaar 2020 een verbetering door gemaakt. Het ziekenhuis geeft geen toelichting. Ook in voorgaande jaren gaf het ziekenhuis geen toelichting. Graag verneemt de inspectie welke verbetermaatregelen zijn ingesteld welke hebben geleid tot deze verbetering.

ONTWIKKELINGEN

Bei de kwaliteitsindicatoren zijn 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 *nulliparous term singleton vertex* (NTSV)-groep van deze kwaliteitsindicator zijn die vrouwen die voor de eerste keer zijn bevallen van een eenling in hoofdligging, na een voldragen zwangerschap. De kwaliteitsindicator 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 beleid in de NTSV-groep maar ook bij andere zwangere vrouwen. Het percentage interventies in de NTSV-groep moet worden geanalyseerd in het licht van potentiële risico's van zowel de spontane partus als van een vaginale kunstverlossing of sectio caesarea, van afwachten versus interveniëren. De kwaliteitsindicator zelf heeft nu geen concrete kwaliteitsdoelstelling maar stelt ziekenhuizen in staat eigen beleid te vergelijken met dat van andere ziekenhuizen.

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. Te veel of te weinig ingrijpen in het geboorteproces verhoogt de kans op complicaties met als gevolg morbiditeit en/of mortaliteit van moeder en/of kind.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 74 Nederlandse ziekenhuizen wordt 24 uur per dag acute verloskunde verleend. Het gemiddeld percentage spontane partussen in de NTSV-groep is $65,0\% \pm 5,4\%$ (P10 = 58,6%, P90 = 69,7%). Dit percentage is min of meer vergelijkbaar met het gemiddelde percentage in 2017 (64,7%), 2018 (62,6%) en 2019 (64,2%). Bij de eerste uitvraag van de indicator in 2011 was dit gemiddelde percentage 58,2%.

Zeven ziekenhuizen hebben een percentage <P10 (58,0%) maar geven geen van allen een toelichting: Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) (49,9%); Erasmus MC (Rotterdam) (51,5%); Laurentius Ziekenhuis (Roermond) (54,7%); Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (55,3%); Het Land Ziekenhuis (Zoetermeer) (56,7%); Amsterdam UMC, locatie VUmc (Amsterdam) (57,1%) en ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) (57,4%). Door dat een toelichting van de ziekenhuizen ontbreekt is onduidelijk of deze ziekenhuizen zicht hebben op deze uitkomst en of zij deze kunnen verklaren. De inspectie verwacht van deze ziekenhuizen een analyse te verrichten van eigen data en zelf te beoordelen of verbetermaatregelen te treffen zijn.

Treant Zorggroep (locatie Emmen) heeft een percentage van 58,5% en geeft evenals voorgaand verslagjaar een inhoudelijk toelichting: ['Er heeft een uitgebreide analyse plaatsgevonden om te komen tot verklaringen voor het lagere percentage ten opzichte van de gemiddelde landelijke cijfers. De hypothese is dat een deel van de verklaring ligt in een afwijkende populatie met een hogere bodymass index en een hoger aantal patiënten uit een asielzoekers opvangcentrum in Ter Apel. Aanvullend hierop zijn een aantal oorzaken geanalyseerd wat heeft geresulteerd in een aantal verbetermaatregelen. Hiertoe behoren het meer consequent gaan werken met een Bishopscore alvorens de vliezen te breken en het microbloedonderzoek meer leidend te laten](#)

zijn voor het inzetten van een kunstverlossing. Het resultaat van deze interventies moet zich nog uitwijzen, gezien de korte termijn dat deze zijn ingevoerd. Ook wordt aansluiting gezocht bij Perined. De vakgroep zal nadat alle analyses zijn uitgevoerd ook advies gaan vragen van de NVOG. Het lerend vermogen wordt daarmee maximaal met het doel aantoonbaar veilige zorg te (blijven) leveren.' Een mooi voorbeeld van hoe een ziekenhuis eigen resultaten analyseert, hieruit verbetermaatregelen treft en zich toetsbaar opstelt.

Elkerliek Ziekenhuis rapporteert een percentage van 74,4% en geeft de volgende toelichting: 'Binnen het Elkerliek ziekenhuis leveren een betrokken OBS-team gynaecologen en een sterk team verloskundigen samen *up-to-date* zorg. In het kader van leren en verbeteren, be vraagt men elkaar kritisch over het ingezette beleid. Het team is trots op de geleverde prestaties.' Het ziekenhuis zou de toelichting kunnen verdiepen door aan te geven hoe het betrokken team tot dit percentage is gekomen en hoe men dit weet te continueren. Andere ziekenhuizen zouden van deze *best practices* kunnen leren en verbeteren.

Meerdere ziekenhuizen hebben de problemen die men eerder 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 een aantal ziekenhuizen aanleveren mogelijk niet betrouwbaar waardoor een vergelijking met andere ziekenhuizen niet mogelijk is.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is over verslagjaar 2020 voor het laatst uitgevraagd.

17 KWETSBARE GROEPEN

17.1.1 Screening ondervoeding geriatrische patiënten

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Het terugdringen van ondervoeding bij geriatrische patiënten.

RICHTLIJN

[Ondervoeding bij de geriatrische patiënt](#). Relevante tekst uit de richtlijn: '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 afneemt. 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 kwaliteitsindicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten vraagt naar het percentage op ondervoeding gescreende 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

In alle Nederlandse ziekenhuizen wordt op alle in aanwezigheid geriatrische poli- of dagklinieken een gevalideerd screeningsinstrument gebruikt voor het vaststellen van ondervoeding. In Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) en Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven) is geen geriatrische poli- of dagkliniek. Ikazia geeft de volgende toelichting: 'Er is nog geen geriatrische poli- of dagkliniek. In 2020 is de oprichting en inrichting geriatrische polikliniek gestart en dit zal in de loop van 2021 gestalte krijgen. Het beleid in Ikazia is dat alle patiënten van 70 jaar en ouder die (klinisch) worden opgenomen middels een gevalideerd screeningsinstrument (SNAQ) worden gescreend op ondervoeding. In 2020 is 94 van de klinisch opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder gescreend op ondervoeding. Dit was in 2019 nog 91. Deze kwaliteitsverbetering is gerealiseerd door maandelijks actief monitoren en terug rapporteren van de uitkomsten richting de afdelingen.' Het is goed dat het ziekenhuis deze toelichting geeft. De inspectie kijkt uit naar de oprichting en inrichting van de geriatrische polikliniek en vraagt het ziekenhuis te leren van andere ziekenhuizen.

In alle ziekenhuizen is het aantal patiënten bekend die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding. 68 ziekenhuizen gebruiken Mini Nutritional Assessment (MNA) als screeningsinstrument, vier ziekenhuizen gebruiken ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. Deze zijn beide gevalideerde instrumenten voor het screenen op ondervoeding bij geriatrische patiënten op de polikliniek. De meeste ziekenhuizen gebruiken een combinatie van instrumenten, gecombineerd met MUST en SNAQ. Feit blijft dat MUST en SNAQ geen gevalideerde instrumenten zijn voor geriatrische patiënten op de geriatrische poli- of dagkliniek, maar kunnen binnen het ziekenhuis wel gebruikt worden bij de overige afdelingen. Sint Maartenskliniek (Nijmegen) geeft aan als enig ziekenhuis aan MUST en aanvullende vragen als screeningsinstrument te gebruiken. Het is goed voor dit ziekenhuis om van anderen te leren en te verbeteren.

Gemiddeld wordt bij 88,9% van geriatrische patiënten bij een eerste bezoek aan een geriatrische poli- of dagkliniek een gevalideerd screeningsinstrument gebruikt om ondervoeding vast te stellen (P10=75,1% en P90=99,4%). Dat is een daling ten opzichte van 2019 (91,0%) en nagenoeg gelijk aan 2018 (89,4%). Tijdens een

coronapandemie een dergelijk resultaat behalen is te prijzen. De inspectie spreekt het vertrouwen uit dat de ziekenhuizen verder zullen leren en verbeteren.

De toelichting van Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) met 99,5% (N=187) 'Er zijn in totaal drie patiënten waarbij de MNA-SF niet is ingevuld. Bij één van deze patiënten was het invullen van de MNA-SF niet mogelijk vanwege verstandelijke beperking en weigeren van lichamelijk onderzoek. Bij één van de patiënten was poliklinisch gestart met bijvoeding vanwege gewichtsverlies zonder duidelijke oorzaak en voegde een MNA-SF niet veel toe aan het beleid. Deze twee patiënten zijn daarom geëxcludeerd in de telling.' Het is goed te zien dat het ziekenhuis op patiëntniveau een analyse heeft uitgevoerd. Daaruit komt het belang en urgentie die het ziekenhuis hiaraan hecht naar voren en laat het ziekenhuis zien zicht te hebben op de eigen resultaten. Diaconessenhuis (Utrecht) geeft met 99,4% (N=781) de volgende toelichting 'In het Diaconessenhuis 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. De dossiers van de patiënten bij wie de screening van de voedingstoestand toch niet was ingevuld zijn gecheckt. Bij deze vijf patiënten bleek sprake van het incidenteel gebruik van een ander formulier waarbij de vraag niet verplicht was.' Het ziekenhuis toont hoe zij een standaardwerkwijze heeft geformuleerd en dat zij zicht heeft wanneer er afwijkingen zijn van de standaardwerkwijze met een aantoonbaar goed resultaat.

Ziekenhuizen onder de P10 (75,1%) geven doorgaans een toelichting, behalve Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) met 41,2% (N=17). De inspectie verwacht van het ziekenhuis een toelichting op een dergelijk resultaat. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) geeft een toelichting bij 70,2% (N=1209) 'Het gaat doorgaans prima met de MNA screening. Het zit goed verankerd in de systemen bij de medewerkers. Periodiek wordt het invullen van de MNA besproken in overlegvormen. Helaas wordt het nog steeds niet 100% gescoord. De oorzaak hiervan wordt achterhaald. O.a. via de teamleiding zal de data vanaf heden per kwartaal worden gecommuniceerd naar het team. Om blijvend bewustzijn omtrent MNA te bewerkstelligen. De data over 2020 wijkt af van vorig jaar; naar blijkt is het toen iets anders berekend. Er is toen alleen naar afspraakcodes gekeken en niet naar zorgactiviteiten: leek het alsof we minder patiënten zagen. In werkelijkheid blijken het hogere aantallen te zijn.' In 2019 leverde het ziekenhuis 89,6% (N=587) aan. Uit de toelichting blijkt dat het ziekenhuis het verschil in noemer heeft onderzocht en kondigt een vervolganalyse aan. Is in dit geval inzicht en communicatie naar het team per kwartaal voldoende?

Opvallend is de toelichting van Meander Medisch Centrum (Amersfoort) met 43,4% (N=424) 'Het percentage valt in 2020 laag uit, maar er wordt standaard gevraagd naar het risico op ondervoeding in de anamnese en hier wordt ook actief gevolg aan gegeven bij gewichtsverlies of verminderde intake. Alleen werd het meetinstrument minder goed ingevuld. Door o.a. de coronamaatregelen is veel telefonisch gedaan en hebben we te maken gehad met krappe bezetting en veel crisismanagement door drukte in de kliniek. In 2021 zal een verbetertraject volgen, er wordt gekeken naar een nieuwe werkwijze om het invullen van het screeningsinstrument beter te consolideren in de werkwijze.' Het is begrijpelijk dat de coronapandemie consequenties kan hebben voor de aanlevering van kwaliteitsindicatoren. De vraag voor dit ziekenhuis is: hoe weet het ziekenhuis dat de standaard vraag naar het risico op ondervoeding in de anamnese daadwerkelijk gesteld wordt en dat aan acties gevolg gegeven wordt? Primair is de kwaliteitsindicator te gebruiken voor het ziekenhuis zelf om inzicht te hebben in de kwaliteit van zorg en indien nodig deze te verbeteren.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is 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 KWALITEITSINDICATOR

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 71 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. Het gemiddelde percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie is 93,4% ± 10,3%. Dit is vergelijkbaar met voorgaande verslagjaren (93,3% in 2019 en 94,9% in 2018). Het gemiddelde 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 is 87,3% ± 23,5%. Dit percentage ligt hoger in vergelijking met voorgaande verslagjaren (81,2% in 2019 en 82,4% in 2018).

17.2.1 Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

Treant Zorggroep (Emmen, Stads kanaal, Hoogeveen) heeft het laagste percentage van 51,8% en komt met de volgende toelichting: 'Treant heeft geconstateerd dat het screeningsproces duidelijk verbetering behoeft. Er zijn extra casemanagers aangesteld en er gaat gewerkt worden volgens een uniform zorgpad. Borging vindt plaats door in het MDO de casemanager aan te laten sluiten. Verbeteringen zijn en worden momenteel doorgevoerd, reden waarom het percentage over 2020 nog niet het gewenste niveau heeft bereikt. Wel zien we dat de scores eind van het jaar al duidelijk verbeteren. De raad van bestuur blijft hier strak op monitoren. Tijdige screening, evenals een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling zijn nodig om verwijzingen naar de geriater ordelijk te laten verlopen. Een werkgroep kwetsbare ouderen met een vertegenwoordiging van de vakgroepen die hier mee van doen hebben is sinds september actief om noodzakelijke verbetermaatregelen te realiseren. Als een kwetsbare oudere geopereerd moet worden waarbij een consult geriater is geïndiceerd, is het niet meer acceptabel dat een ingreep zonder dit consult plaatsvindt.' Het is goed dat het ziekenhuis eigen resultaten heeft geanalyseerd en verbetermaatregelen heeft getroffen. De inspectie blijft de vorderingen van het ziekenhuis nauwlettend volgen.

Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) heeft een percentage van 65,2% en geeft de volgende toelichting: 'Patiënten die niet gescreend zijn, zijn voornamelijk tertiair verwezen patiënten (vnl. HIPEC en locally advanced carcinomen). Dit zijn over het algemeen fitte patiënten. Zij zijn in het verwijzend ziekenhuis al beoordeeld. Wanneer een verwijzend ziekenhuis inschat dat een patiënt de ingreep niet aankan dan wordt deze patiënt niet verwezen.' Deze toelichting geeft onvoldoende vertrouwen. De aanname dat verwezen patiënten over het

algemeen fitte patiënten zijn en al in het verwijzend ziekenhuis beoordeeld zijn, is niet gebaseerd op eigen analyse. Althans, dit is niet uit de toelichting te herleiden. De inspectie verzoekt het ziekenhuis alsnog een eigen analyse te verrichten om daadwerkelijk zicht te hebben op eigen resultaten en waar nodig verbetermaatregelen te nemen.

Martini Ziekenhuis (Groningen) heeft een percentage van 68,0% en geeft de volgende toelichting: 'Verschil in percentage ten opzichte van voorgaande jaar verklaarbaar doordat er in 2019 een pilot liep waarbij alle patiënten van 70 jaar en ouder standaard een afspraak bij de geriater kregen. Deze pilot is gestaakt. In 2020 zonder goede implementatie van vervolg kwetsbaarheid screening.' Deze toelichting is nogal cryptisch gesteld en geeft geen goede verklaring waarom screening in dit ziekenhuis achterblijft in vergelijking met het landelijk gemiddelde.

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) heeft een percentage 71,1% en geeft de volgende toelichting: 'Reden dat de screening niet afgenomen is, is vaak dat een patiënt van 70+ zeer vitaal oogt en daarom de inschatting gemaakt wordt dat de GFI laag is.' Het ziekenhuis geeft aan een inschatting te maken dat de GFI laag is. Het ziekenhuis laat hiermee niet zien dat het zicht heeft op eigen resultaten. Ook is het de vraag waarom de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis afwijkt in vergelijking met de landelijke patiëntenpopulatie. Het ziekenhuis moet een gedegen eigen analyse doen op eigen resultaten en komen met een verbetermaatregelen.

Isala (Zwolle) (67,5%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (70,5%) en Erasmus MC (Rotterdam) (79,6%) hebben percentage <P10 (80,3%) en geven geen toelichting. Deze ziekenhuizen laten niet zien zicht te hebben op eigen resultaten. Dat is op zijn minst teleurstellend, zeker bij een kwaliteitsindicator die al over meerdere jaren wordt uitgevraagd. Bovenstaande ziekenhuizen worden opgeroepen alsnog een analyse op hun resultaten te doen en hieruit verbetermaatregelen te treffen.

17.2.2 Beoordeling bij kwetsbaarheid

ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) heeft een percentage van 0,0% en geeft de volgende toelichting: 'Er werden in 2020 ter verbetering diverse gesprekken gevoerd met geriater en casemanagers oncologie die betrokken zijn bij de uitvoering van de beoordeling voor deze patiëntengroep. Vervolgens is het aantal verwijzingen voor beoordeling toegenomen. De patiënten waar geen beoordeling bij is uitgevoerd zijn van voor de betreffende gesprekken.' Aan de ene kant is het goed te vernemen dat het ziekenhuis verbetermaatregelen heeft getroffen, aan de andere kant kwam uit voorgaande verslagjaren ook al naar voren dat het ziekenhuis op dit thema zich onder het landelijk gemiddelde begaf. Het is goed dat het ziekenhuis nu wel eigen resultaten heeft geanalyseerd en verbetermaatregelen heeft getroffen.

Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland) heeft een percentage van 8,1% en geeft de volgende toelichting: 'Patiënten worden door een specialistisch verpleegkundige gescreend met de VMS-bundel voor kwetsbare ouderen. De nodige verbeteracties zijn inmiddels uitgezet zodat waar nodig wordt doorverwezen. Dit betekent dat het protocol is aangepast zodat elke kwetsbare colon patiënt wordt gezien door geriater en de samenwerking tussen de coloncaren en geriatrie is aangescherpt.' Het ziekenhuis heeft zicht op eigen resultaten en verbetermaatregelen zijn ingezet.

IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) heeft een percentage van 25,0% en geeft de volgende toelichting: 'In 2021 gestart met het ERAS protocol voor coloncanceren (vanwege de coronapandemie is de uitrol van het protocol later dan gepland). Hierbij neemt de oncologie verpleegkundige de G8 af en indien kwetsbaar wordt patiënt preoperatief op de poli gezien. We zien nu al duidelijk een stijging van deze patiëntengroep preoperatief op de poli.' Het is goed te vernemen dat het ziekenhuis eigen resultaten heeft geanalyseerd en verbetermaatregelen heeft getroffen. Temeer ook omdat het ziekenhuis voorgaand verslagjaar geen toelichting gaf. Ook is het mooi te horen dat er nu al enigszins zicht is op de resultaten na het instellen van de verbetermaatregelen.

Amsterdam UMC, locatie AMC (Amsterdam) heeft een percentage van 25,0% en geeft de volgende toelichting: 'Van de acht mogelijk kwetsbare patiënten: Bij twee patiënten was een geriater ingeschakeld, bij een 3de

patiënt werd de aanvraag voor geriater geannuleerd; twee patiënten hadden alleen een hoge SNAQ (diëtiste ingeschakeld); bij drie patiënten waar geen geriater was ingeschakeld, werden wel delier preventies uitgevoerd; bij één patiënt (op basis van vraaggeheugenproblemen, echter DOS score = 0) heeft geen verdere actie plaatsgevonden.' Het is goed dat het ziekenhuis op patiënt niveau analyse heeft verricht. Het geeft een goed beeld van de patiëntencategorie. Wat de volgende stap in de uitwerking van deze analyse is, is te onderzoeken of men hier verbetermaatregelen moet treffen. Is het ziekenhuis tevreden met het behaalde resultaat? Zijn er verbetermaatregelen nodig om het proces te optimaliseren?

Laurentius Ziekenhuis (Roermond) heeft een percentage van 31,3% en geeft de volgende toelichting: 'Door een discrepantie in protocollen aangaande de definitie van kwetsbaarheid, is niet elke kwetsbare oudere patiënt die colonchirurgie ondergaat, op voorhand beoordeeld door een klinisch geriater. Dit is inmiddels opgelost.' Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis analyse heeft verricht op eigen resultaten. Hoe deze analyse is uitgevoerd wordt niet duidelijk. Het resultaat is dat de protocollen op elkaar zijn afgestemd. Belangrijk is dat het ziekenhuis het proces blijft monitoren om te weten of de verbetermaatregel tot het gewenste resultaat leidt.

Ziekenhuis Nij Smellinghe (Drachten) (40,0%) heeft een percentage <P10 (48,2%) en geeft geen toelichting. Hoewel het hier om kleine getallen gaat laat het ziekenhuis niet zien dat het zicht heeft op eigen resultaten. Het ziekenhuis wordt opgeroepen alsnog een analyse op eigen resultaten te verrichten en waar nodig verbetermaatregelen te treffen.

Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp en Heemstede) heeft een percentage van 40,9% en geeft de volgende toelichting: 'Optimalisatietraject is ingezet, waarbij de geriatrie aansluit bij het MDO-colonchirurgie.' Deze toelichting is erg summier. Het ziekenhuis heeft naar aanleiding van eigen resultaten een optimalisatietraject ingezet. Hoe dat optimalisatietraject is vormgegeven wordt uit deze toelichting niet duidelijk. Ook blijkt niet uit deze toelichting of het optimalisatietraject al tot resultaat heeft geleid.

Een aantal toelichtingen bij deze twee kwaliteitsindicatoren van ziekenhuizen die het proces goed onder controle hebben, zijn voor ziekenhuizen die nog niet zover zijn, interessant om kennis van te nemen. De inspectie vraagt deze ziekenhuizen waar nodig en mogelijk contact op te nemen met elkaar. De inspectie verwacht van de ziekenhuizen die het proces (nog) niet op orde hebben, verbetermaatregelen te treffen.

ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicator is 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 KWALITEITSINDICATOR

De kwaliteitsindicator geeft inzicht in de samenwerking in de keten. Het doel van de kwaliteitsindicator is de functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur te optimaliseren om te komen tot een zo goed mogelijk postoperatief functioneren.

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 met een proximale heupfractuur. Welke maatregelen kunnen de functionele uitkomst bevorderen en de kans op overlijden verminderen bij een kwetsbare oudere patiënt met een proximale heupfractuur?

RISICO'S

Onvoldoende zicht op de samenwerking in de keten kan leiden tot een minder goede functionele uitkomst bij kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

In 71 Nederlandse ziekenhuizen worden patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd. Het gemiddelde percentage patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis (01-10-2019 t/m 30-09-2020) waarbij de Katz-ADL-score en de Mobilityscore beide, zowel preoperatief als drie maanden na ontslag bekend is, is $41,2\% \pm 29,9\%$. Algemeen is een trend zichtbaar dat meer functionele uitkomsten inzichtelijk zijn. Het belang voor een goede functionele uitkomst bij een patiënt is steeds meer zichtbaar. Qua registratie is nog verbetering mogelijk. Aandacht voor deze kwaliteitsindicator blijft nodig. De inspectie vraagt de ziekenhuizen om elkaar te leren en te verbeteren.

Van vier ziekenhuizen is het aantal patiënten met een proximale femurfractuur de Katz-ADL-score en de Mobilityscore niet bekend. In voorgaand verslagjaar was dit aantal zestien en in 2018. Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten) geeft in de toelichting aan: [‘Uitkomsten na drie maanden niet geregistreerd, worden bij opname wel uitgevraagd en vastgelegd. In 2020 geen controle na drie maanden. In 2021 gestart met de registratie in de DHFA.’](#) De toelichting is summier. Er wordt geen uitleg gegeven waarom er nog niet gestart is met de registratie en waarom er geen controle is drie maanden postoperatief. Het ziekenhuis laat niet blijken dat het zicht heeft op de functionele uitkomst van de in het ziekenhuis behandelde kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur.

Amsterdam UMC, locatie VUmc (Amsterdam) geeft in de toelichting aan: [‘In verband met het ontbreken van follow-up gegevens na drie maanden en ontbreken Mobilityscore is het aantal patiënten in de teller niet bekend. Pre-operatief wordt de mobiliteit in beeld gebracht door G8 score, screening valrisico \(John Hopkins\).’](#) Voorgaand verslagjaar maakte het ziekenhuis indruk met een inhoudelijk goede toelichting. Het ziekenhuis liet zien dat het zich inzet voor een optimalisatie van inzicht in de kwaliteit van de samenwerking in de keten. Hiermee liet het ziekenhuis zien dat het zorg voor kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur wilde optimaliseren om zo te komen tot een zo goed mogelijk postoperatief functioneren. Het ziekenhuis werd aangemerkt als zijnde een voorbeeld voor andere ziekenhuizen die ook deze zorg leveren en de drie maanden follow up (nog) niet hadden geregeld: [‘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.' Wat is er in het afgelopen verslagjaar van terecht gekomen? In dit licht is het ook interessant om te kijken naar de resultaten van Amsterdam UMC, locatie AMC. Deze locatie heeft een percentage van 16,7% en geeft hierbij geen toelichting. Amsterdam UMC moet aan de inspectie duidelijk maken welke visie het heeft met betrekking tot de behandeling van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur. Wordt deze behandeling op beide locaties gehandhaafd? Ook moet het ziekenhuis zich de eigen resultaten analyseren en komen met verbetermaatregelen.

Wilhelmina Ziekenhuis (Assen) geeft de volgende toelichting: 'Het WZA is per 1-1-2021 gestart met de registratie in de DHFA. Hiervoor is ook de registratie van de Katz-ADL en de Mobilityscore na drie maanden ingericht. In 2020 was dat nog niet het geval en kunnen wij daarover geen cijfers aanleveren. Het inrichten van het dossier en het proces voor de registratie in de DHFA heeft meer tijd gekost dan waarvoor rekening mee was gehouden, daardoor zijn wij niet in 2020 gestart, zoals vorig jaar is aangegeven, maar in 2021.' Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het inmiddels gestart is met de registratie in de DHFA. Dat het meer tijd heeft gekost dan waarvoor rekening mee was gehouden, kan voorkomen zeker gezien het uitzonderlijke verslagjaar.

Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk) geeft de volgende toelichting: 'De KATZ-6 ADL en mobilityscore wordt niet discreet vastgelegd waardoor deze indicator niet berekend kan worden. In 2021 is de DHFA registratie herstart en worden beide scores vastgelegd'. Het ziekenhuis laat met deze toelichting zien dat het inmiddels gestart is met de registratie in de DHFA. Vorig verslagjaar stelde het ziekenhuis zich kritisch op ten opzichte van de kwaliteitsindicator blijkens de toelichting van voorgaand verslagjaar (2019): '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.' De inspectie ziet dat in toenemende mate consensus is over de noodzaak van een drie maanden follow up om te monitoren hoe de functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur is.

De beroepsgroep geeft aan dat ziekenhuizen moeite hebben met de drie maanden registratie. Mogelijke oorzaak hiervan is dat veel patiënten niet meer in zicht zijn omdat ze bijvoorbeeld naar een verpleeghuis worden overgeplaatst of te kwetsbaar zijn voor een controle. De beroepsgroep geeft aan dat de gegevens er wel zijn maar deze buiten het ziekenhuis opgehaald moeten worden. Daarvoor moet meer ketenbreed gewerkt worden.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator wordt in verslagjaar 2021 uitgevraagd. Vanaf 2021 wordt deze kwaliteitsindicator als uitkomstindicator uitgevraagd via de Transparantiekalender.

18 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

18.7.1 Veilige toepassing van infuuspompen

DOEL KWALITEITSINDICATOR

Het doel van de kwaliteitsindicator is om potentiële 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 hebben eind 2018 moeten vaststellen 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 kwaliteitsindicator 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.⁶](#)

[Besluit Vaststelling van nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.⁷](#)

[Leidraad Nieuwe interventies in de klinische praktijk.⁸](#)

RISICO'S

De komende jaren zal steeds meer (complexe) technologie worden toegepast in de medisch specialistische 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 technologie terug te dringen, is het nodig dat zorgverleners hiertoe geschoold en getraind zijn en zich bewust zijn van de risico's in het gebruik ervan. 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, 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 medische technologie zelf veroorzaakt, maar vloeit voort uit onzorgvuldigheden in het gebruik of de toepassing ervan.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

82 van de 84 Nederlandse ziekenhuizen geven aan te beschikken 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. Twee ziekenhuizen geven aan dat dit niet van toepassing is. Hierin valt Maastricht (Maastricht) op. In 2019 leverde Maastricht niet aan en gaf als toelichting 'Maastricht heeft alleen poliklinische faciliteiten en beschikt niet over eigen infuuspompen.' In 2019 gaf de inspectie aan dat dat opvallend is, omdat de andere radiotherapeutische instellingen wel een belangrijk deel van hun medewerkers trainen. Het is onwaarschijnlijk dat Maastricht 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

⁶ Orde van Medisch Specialisten en Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2014). Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur. Utrecht: OMS en NVA.

⁷ 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

⁸ Orde van Medisch Specialisten en Zorginstituut Nederland (2014). Leidraad Nieuwe interventies in de klinische praktijk. Utrecht: KIMS

via een infuus in de arm toegediend. Dit contrastmiddel kan enkele bijwerkingen geven⁹. 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. In 2020 geeft Maastricht dezelfde toelichting. De reactie van de inspectie blijft dan ook hetzelfde. Het niet verbeteren en niet reageren op een signaal met een dergelijk risico is opmerkelijk. Sint Maartenskliniek (Boxmeer) geeft in de toelichting aan: 'Dit betreft zorg dat vanuit Maasziekenhuis Pantelingeleverd wordt. Voor de beantwoording van deze vraag verwijzen wij naar het Maasziekenhuis Pantelingeleverd.' Gezien het zorgaanbod is het onaannemelijk dat het ziekenhuis geen gebruik maakt van infuuspompen. De inspectie verwacht een reactie van het ziekenhuis.

80 van de 82 ziekenhuizen die beschikken over instellingsbreed beleid met betrekking tot bevoegd- en bekwaamheidseisen, leveren gegevens over de zorgprofessionals die voldoen aan kennis en vaardigheden ten aanzien van het bedienen van infuuspompen. Twee ziekenhuizen, Bravis (Bergen op Zoom en Roosendaal) en Gelre Ziekenhuis (Apeldoorn en Zutphen), leveren geen gegevens, terwijl zij wel beschikken over instellingsbreed beleid over bevoegd- en bekwaamheidseisen voor medische hulpmiddelen. Bravis geeft als toelichting: 'Vanwege de coronapandemie zijn veel medewerkers op andere afdelingen ingezet. Hierbij heeft vooraf altijd training plaatsgevonden van daar aanwezige pompen. Aan de opleidingsprofielen van veel mogelijk in te zetten medewerkers zijn daarom alle infuuspompen toegevoegd maar in vele gevallen zijn deze medewerkers niet daadwerkelijk ingezet en hebben zij die module(s) niet gevolgd. Hierdoor is registratie van wie de infuustrainingen had moeten volgen niet accuraat en daarom niet aangeleverd.' Het ziekenhuis geeft helder een reden, vanwege de coronapandemie heeft het ziekenhuis gerichte noodzakelijke maatregelen genomen in een onzekere tijd. En dat is legitiem, de inspectie heeft oog voor de consequenties die de coronapandemie heeft voor de aanlevering van de kwaliteitsindicatoren. De toelichting toont dat het risico van het werken met infuuspompen onderkent is. Het valt echter op dat andere ziekenhuizen het wel lukt om inzicht te hebben in deze kwaliteitsindicator, ook al benoemen meerdere de effecten van de coronapandemie in kader van deze kwaliteitsindicator. De inspectie verwacht dat het ziekenhuis alsnog inzage krijgt en deze deelt met de inspectie, in 2019 lukte het ziekenhuis het wel (82,3%). Gelre ziekenhuizen geeft als toelichting: 'Gelre ziekenhuizen kan deze indicator niet aanleveren vanwege de overgang van het oude naar het nieuwe leer management systeem (LMS) waardoor het aantal registraties per 31-12-2020 niet betrouwbaar is.' Met een dergelijke toelichting toont het ziekenhuis niet dat zij zicht heeft in de mate van bevoegd- en bekwaamheid van zorgprofessionals bij het gebruik van infuuspompen. Juist met een overgang van een oud naar een nieuw systeem is het van belang om dit inzicht wel te hebben. Het ziekenhuis dient alsnog te doen, pas zo weet zij hoe de mate van bevoegd- en bekwaamheid van zorgprofessionals is bij het gebruik van infuuspompen en kan zij indien nodig verbetermaatregelen treffen.

Van deze 80 ziekenhuizen is gemiddeld 79,5% (P10=57,7%; P90=96,7%) van de zorgverleners getoetst op kennis en vaardigheden voor het bedienen van infuuspompen. Voor de volledigheid: het gaat om zorgprofessionals met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat en waarbij de toetsing en registratie is conform het instellingsbreed beleid van het ziekenhuis. Dat is lager dan in 2019, waarbij het gemiddelde percentage 83,3% (P10=61,4% P90=98,9%).

Zes ziekenhuizen met hoge percentages geven geen toelichting en dat is jammer, aangezien andere ziekenhuizen wellicht van de werkwijze dan wel verbetermaatregelen kunnen leren. Het Instituut Verbeeten (Tilburg) geeft met een percentage van 100% als toelichting: '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 14 zorgverleners).' Het is goed te lezen dat het ziekenhuis contrastpompen meeneemt in de berekening, terwijl dit niet in de inclusiecriteria opgenomen is. Elk ziekenhuis kan in het vervolg de definities aanscherpen, passend bij de eigen situatie.

Een paar voorbeelden met goede toelichtingen zijn van de volgende ziekenhuizen; Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) (93,8%): 'In het Leerportaal worden alle bekwaamheden digitaal continu bijgehouden. Controle op

⁹ <https://maastro.nl/wp-content/uploads/folder-CT-Jan-2020.pdf> geraadpleegd 16-8-2021

het bijhouden van de bekwaamheden gebeurt jaarlijks in het jaargesprek tussen afdelingsleider en zorgmedewerker. Onder de 8 zonder actuele bekwaamheid vallen o.a. nieuwe medewerkers die in theorie pompen zouden kunnen gaan gebruiken maar dat op dit moment (nog) niet doen.' **Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) (93,3%):** 'Alle medewerkers van het Diakonessenhuis (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 infuus pomp mogen bedienen.' **Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis (Tilburg en Waalwijk) (92,1%):** 'De registratie van bevoegd- en bekwaamheid vindt plaats in de Elektronische Leeromgeving van het ziekenhuis. Scholing is verplicht voor iedereen die werkt met infuuspompen. In de leeromgeving staan alle competenties die de medewerker binnen zijn of haar 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. De verantwoordelijkheid voor de (her)scholing ligt bij de medewerker zelf en is onderdeel van het jaargesprek van medewerker en zijn of haar leidinggevende.' **Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) (92,1%):** 'De waarden zijn afkomstig uit het digitale Leerplein-systeem binnen Adrz. Voor berekening van het percentage is alleen een 100 score registratie meegenomen. Het aantal zorgverleners in de noemer is hoger dan vorig jaar. Dit komt omdat dit jaar zowel de bekwaamheid infuustechnologie en PCA pomp zijn meegenomen. Daarnaast is de bekwaamheid infuustechnologie aan meer zorgverleners gekoppeld t.o.v. 2019 (dit omvat nieuwe zorgverleners en afdeling radiologie met een groot aantal zorgverleners). Intensieve aandacht voor dit onderwerp heeft ertoe geleid dat het percentage ten opzichte van vorig verslagjaar 2019 gestegen is met 10. De intensieve aandacht heeft ingehouden dat de commissie kwaliteitsborging medische technologie teamleiders periodiek heeft geïnformeerd over de status en het belang van de juiste registratie.' De ziekenhuizen tonen aan zicht hebben op de bekwaam- en bevoegdheid van de zorgprofessionals ten aanzien van infuuspompen. Ook blijkt uit de toelichtingen dat de ziekenhuizen de bekwaam- en bevoegdheid ten aanzien van infuuspompen geborgd hebben in standaardprocedures, zoals jaargesprekken. Andere ziekenhuizen kunnen hiervan leren.

Ook is zichtbare verbetering in een aantal ziekenhuizen. In 2019 kondigde Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) met een percentage van 66,3% aan in 2020 verbetermaatregelen te nemen. Het ziekenhuis behaalde resultaat (2020: 84,8%) en gaf hierbij de volgende toelichting: 'In 2020 is meer aandacht besteed aan de bekwaamheden en zijn de leidinggevende (midden en hoger management) periodiek geïnformeerd over de stand. De medewerkers zelf zijn ook bewuster met de bekwaamheden bezig omdat het onderwerp regelmatig in de werkoverleggen aan de orde kwam.' Het ziekenhuis toont een verbetermethodiek met resultaat.

Ook het Reinier de Graaf (Delft Voorburg) boekt zichtbaar voortgang met 43,8% in 2019 naar 77,4% in 2020. Het in 2019 uitgesproken vertrouwen na de getoonde analyse en bewustwording bleek terecht. De inspectie verwacht dat met de genomen verbetermaatregelen nog een verdere verbetering mogelijk is.

Het belang van goede toelichtingen is meerdere malen genoemd. Een toelichting kan ook een kwetsbaarheid blootleggen, wat sterk is als het ziekenhuis dit onderkend, transparant over is en verbetermaatregelen neemt. Zo geeft het Antonius Ziekenhuis (Sneek) (84,5%) de volgende toelichting: 'We zien een dalende trend op deze indicator die met name door één afdeling veroorzaakt wordt (CCU). Mogelijk spelen hierbij de wisselingen in lijnmanagement en het tijdelijk ontbreken van kwaliteitsfunctionaris een rol. Bei de functies zijn nu weer ingevuld. Er loopt een verbeteractie om naast de analyse op de instelingsbrede leerpaden ook de analyse op losse apparaten te kunnen monitoren op afdelingsniveau. De bekwaamheden met betrekking tot infuuspompen zullen in de kwartaalrapportage van de CCU worden opgenomen als risico.' Wisselingen in

management en functionarissen speelt overal. De consequenties van wisselingen zijn bepalend, zeker als taken belegd zijn bij specifieke functionarissen. Een les die elk ziekenhuis kan leren. Hoe zijn taken belegd en wat als een functionaris uitvalt of vertrekt? De inspectie verwacht dat het ziekenhuis de inspectie informeert over het vervolg van deze casus.

De inspectie heeft zorgen bij de volgende toelichtingen: Ziekenhuis Rivierland (Tiel) (78,4%) [‘Door COVID-19 was het in 2020 lastiger om de verpleegkundigen hierin te scholen.’](#) De bekwaam- en bevoegdheid van zorgprofessionals is bij de bediening van medische hulpmiddelen, zoals infuuspompen, altijd van belang. Misschien wel juist in geval van een crisissituatie zoals de coronapandemie.

UMCG (Groningen) met 56,0% (<P10): [‘Het UMCG heeft een centraal LMS in gericht. De genoemde data komen uit het LMS. Vorig jaar hebben we de data via een steekproef bij een aantal afdelingen opgehaald. Het betreft binnen het UMCG 1721 unieke gebruikers. 964 daarvan hebben alle vastgestelde eisen voor die gebruiker in het LMS volaan \(voor veel gebruikers betreft het meerdere vastgestelde eisen variërend van 1 tot 5\). 67 van de unieke gebruikers heeft minimaal één vastgestelde eis geregistreerd. De populatie is groter dan vorig jaar, toen een steekproef en nu op basis LMS’.](#) Met de aantallen van het UMCG is resultaat van 56% lager dan te verwachten van een universitair ziekenhuis. De toelichting toont geen urgentiebesef dan wel verbetermaatregelen. De inspectie verwacht een verbeterplan en gaat met het ziekenhuis in gesprek.

Ook de toelichting van het Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) (55,8%) baart de inspectie zorgen [‘Momenteel bevindt Ziekenhuis Amstelland zich in een overgangsfase naar nieuwe infuuspompen. Het scholingsproces van deze pompen is op dit moment gaande waardoor de geregistreerde bekwaamheid laag is. Door het overgaan naar nieuwe infuuspompen worden medewerkers zelden nog geschoold in de ‘oude’ infuuspompen.’](#) Juist in tijden van overgang naar nieuwe pompen en de tekst ‘zelden nog geschoold in de ‘oude’ infuuspompen’ maakt dat alarmbellen gaan rinkelen. Hoe weet het ziekenhuis welke zorgprofessional bekwaam- en bevoegd is voor het gebruiken van de verschillende infuuspompen. Het ziekenhuis toont door deze toelichting geen risicobesef.

Tot slot geeft het Antoni van Leeuwenhoek/ Nederlands Kanker Instituut (Amsterdam) (47,0%) de volgende toelichting [‘Door de invoering van het nieuwe kwaliteitspaspoort in 2020 heeft nog niet iedere medewerker zijn of haar bekwaamheid goed geregistreerd in zijn/haar eigen nieuwe kwaliteitspaspoort. De verwachting is dat in 2021 de paspoorten allemaal zijn ingevuld.’](#) Met een dergelijk resultaat had de inspectie een andere toelichting verwacht. Het gaat immers niet alleen om de registratie, het gaat juist over de bekwaam- en bevoegdheid van zorgprofessionals en de wijze waarop het ziekenhuis daar zicht op heeft. De inspectie verwacht een nadere analyse van het ziekenhuis en op basis daarvan passende verbetermaatregelen.

Geconcludeerd kan worden dat Nederland goede voorbeelden kent als het gaat om de bekwaam- en bevoegdheid van infuuspompen. Ziekenhuizen kunnen en moeten hiervan leren. Want gezien de verslechtering ten opzichte van 2019 is nog het nodige te doen. Een infuuspomp is slechts één van de vele risicovolle medische hulpmiddelen. Een infuuspomp is niet meer weg te denken bij de zorg voor een patiënt in een ziekenhuis. Het lijkt zo een gegeven, maar kent juist zoveel risico’s als het gebruikt wordt door zorgprofessionals die niet bekwaam en daarmee niet bevoegd zijn. Zeker omdat er meerdere varianten en apparaat-instellingen zijn. Ziekenhuizen hebben een taak om de veilige toepassing van medische hulpmiddelen, waaronder infuuspompen, te waarborgen, hier continu zicht op te hebben en indien nodig verbetermaatregelen te treffen. Een patiënt mag verwachten dat alleen een zorgprofessional een infuuspomp bedient die hiervoor aantoonbaar bevoegd en bekwaam is, anders hoort deze zorgprofessional het niet te bedienen. De inspectie heeft het vertrouwen dat de ziekenhuizen zullen leren van goede voorbeelden en verbetermaatregelen zullen treffen.

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, geven 406 particuliere klinieken (72,4%) aan dat zij beschikken 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 is een verbetering ten opzichte van 2019 toen het percentage 66% was. Het is echter niet op het niveau van de ziekenhuizen.

In totaal geven 110 particuliere klinieken (19,6%) aan dat zij infuuspompen gebruiken, waarbij zij aangeven dat gemiddeld 99,4% (57% - 100%) van de zorgverleners binnen deze klinieken (met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat) op de peildatum 31 december 2020, is getoetst op de vastgestelde eisen voor kennis en vaardigheden en waarbij is geregistreerd dat zij hieraan voldeden.

ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator is in het verslagjaar 2020 is voor het laatst uitgevraagd door de inspectie.

18 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

18.8.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten

DOEL VERBETERDOEL

Verzekeren dat er tijdig een overdracht plaatsvindt met daarin een set minimale vereiste informatie. Op deze manier kunnen problemen na ontslag uit de instelling worden voorkomen.

RICHTLIJN

[Leidraad Zorgpad kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de keten heen van de NVKG \(2018\)](#)

[Richtlijn Informatie-uitwisseling van Huisarts en medisch specialist \(HASP\) van de NHG \(2017\)](#)

RISICO'S

De consequenties van een niet-tijdige en onvolledige overdracht kunnen groot zijn: 7% van de volwassen patiënten wordt binnen 30 dagen na ontslag heropgenomen en dit gebeurt vooral in de eerste twee weken na ontslag. Bij kwetsbare groepen ligt het aantal heropnames zelfs rond de 12%. Heropnames kunnen het gevolg zijn van medicatiefouten of onvolledige informatie aan de patiënt die daardoor bepaalde complicaties niet tijdig herkent. Ook het niet uitvoeren van acties voortkomend uit de overdracht zoals onvoldoende nazorg kunnen tot heropname leiden. Bepaalde groepen hebben ook een grotere kans te worden heropgenomen: een eerdere acute opname in het ziekenhuis, de aanwezigheid van comorbiditeit, depressiviteit, cognitieve problemen en polyfarmacie vergroten de kans op een heropname. Overdrachten van arts, verpleegkundige en apotheker is niet altijd goed op elkaar afgestemd. Ook is er veel aandacht voor het beschrijven wat er allemaal aan diagnostiek en behandeling is uitgevoerd. Terwijl de opvolgend zorgverlener graag wil weten wat er thuis moet gebeuren, of er specifieke leefregels zijn, welke nazorg is ingezet, bij welke complicaties contact gezocht moet worden met het ziekenhuis en wie dan de contactpersoon is.

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN EN PARTICULIERE KLINIEKEN

77 ziekenhuizen leverden een uitwerking van het verbeterdoel aan. De inspectie is verheugd dat bij de eerste uitvraag van dit verbeterdoel zoveel ziekenhuizen een uitwerking aanleverden. De radiotherapeutische centra gaven terecht aan dat het verbeterdoel niet van toepassing was, omdat de patiëntencategorie van het betreffende ziekenhuis niet binnen de huidige inclusiecriteria viel. Sint Maartenskliniek Boxmeer verwees voor deze zorg naar Maasziekenhuis Pantein. De inspectie roept ziekenhuizen en particuliere klinieken op om kwetsbare groepen in kaart te brengen en te onderzoeken waar verbetermogelijkheden in de wijze en tijdigheid van overdracht van deze kwetsbare groepen mogelijk zijn. Een eerste aanlevering van verbeterdoelen is nieuw en het is begrijpelijk dat ziekenhuizen lerende zijn hoe een verbeterdoel vorm te geven.

Tussen de ziekenhuizen was een grote variatie. Een aantal heel goede voorbeelden kwamen duidelijk naar voren. Deze ziekenhuizen gaven een volledig inhoudelijke beschrijving van de aandacht voor overdracht, inzicht in het beleid, de kwaliteitsverbetering en de evaluatie van het beleid. Waarin het belang voor een goede en tijdige overdracht van kwetsbare ouderen duidelijk begrepen en zichtbaar werd. Deze kunnen als voorbeeld dienen voor een groot aantal ziekenhuizen. De inspectie vraagt alle ziekenhuizen en particuliere klinieken, kennis te nemen van deze *best practices*, en hiervan te leren en te verbeteren. Idealiter start een (landelijke) dialoog over de overdracht en de continuïteit van zorg in Nederland tussen ziekenhuizen en particuliere klinieken. Op 4 oktober 2021 organiseerde de inspectie een inspiratiesessie om met elkaar het gesprek aan te gaan over hoe de continuïteit van zorg in Nederland geoptimaliseerd kan worden. In Nederland ligt nog een belangrijke taak om de continuïteit van zorg van kwetsbare groepen (te beginnen met kwetsbare ouderen) te verbeteren.

Aandacht voor overdracht van kwetsbare groepen

De ambitie van het verbeterdoel was dat ziekenhuizen voor kwetsbare groepen (nogmaals te beginnen met kwetsbare ouderen) tijdige en juiste overdrachten leveren aan de volgende zorgverlener zodat risico's (zoals heropname) minimaal zijn. De verwachting was dat ziekenhuizen beleid hebben en de werkwijze hebben beschreven en aangegeven waar minimaal aan voldaan moet worden. In de werkwijze gaat het conform de richtlijn om zowel de juiste informatie als om tijdige informatie (< 24 uur). De verwachting is dat ziekenhuizen aangeven welke stappen zij nemen om dit te verbeteren.

Van de 77 ziekenhuizen hadden 40 ziekenhuizen specifiek beschreven op welke wijze de overdracht van kwetsbare groepen aandacht krijgt (naast de standaard overdracht). De andere ziekenhuizen hadden het summiër omschreven, hanteerden één algemene werkwijze voor alle patiënten (niet expliciet voor kwetsbare groepen), beperkten zich tot één monodisciplinaire overdracht, benoemden geen inhoudelijke thema's in de overdracht dan wel waren alleen gefocust op de schriftelijke overdracht of alleen de tijdigheid van de ontslagbrief. De inspectie vraagt deze ziekenhuizen te leren van de goede voorbeelden en te gaan kijken naar wat de kwetsbare groepen in hun huis nodig hebben voor een goede en tijdige overdracht.

Vijf ziekenhuizen vallen op als goed voorbeeld, namelijk Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom/ Roosendaal), Haga Ziekenhuis (Den Haag), Laurentius (Roermond), St. Jans Gasthuis (Weert) en Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede).

Uit de aanlevering van Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom/ Roosendaal) is de betrokkenheid bij het onderwerp leesbaar. 'Binnen Bravis is een commissie kwetsbare ouderen actief. De richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist (HASP) is geïmplementeerd. In 2020 lag de focus op tijdigheid en is in het EPD een HASP sjabloon ingericht en geldt de afspraak dat binnen 24 uur na ontslag de overdracht bij de huisarts is. Indien de geriater in medebehandeling is geweest verzorgd deze eveneens een uitgebreide overdracht voor de huisarts. Deze werkafspraken worden maandelijks gemonitord per specialisme en geëvalueerd binnen de werkgroep "Medische overdracht" waarin zowel huisartsen als specialisten van het ziekenhuis zitting in hebben. Uitkomst risk screening is vast onderdeel van deze overdracht. De resultaten van tijdige versturing worden ook ieder kwartaal verspreid binnen Bravis en ook aan alle vakgroepen waardoor een doorlopende PDCA-cyclus wordt onderhouden en gestimuleerd. Cijfers laten een stijging zien van 59 binnen 24 uur verstuurd naar 71. Er vindt digitale verpleegkundige overdracht plaats tussen ziekenhuis en VVT. Overdrachtsjabloon is in het EPD ingericht. Het gebruik van de overdrachtsjabloon is geëvalueerd in de interne audit kwetsbare ouderen in december 2020 en er zijn verbeteracties geformuleerd en uitgezet, namelijk: • Kwaliteit inhoud digitale verpleegkundige overdracht varieert nu nog • Afstemming tussen betrokkenen verbeteren over wie wat opneemt in overdracht. Dit onderwerp is onderdeel van de auditstructuur binnen Bravis. Warme overdracht afhankelijk van de complexiteit en wijzigingen in zorg bij opname en na ontslag. Indien bij opname van een kwetsbare oudere al een zorgprobleem bij ontslag wordt verwacht wordt telefonisch contact opgenomen met de zorgaanbieder in de thuissituatie. Met deze warme overdracht wordt niveau van functioneren voor de ziekenhuis situatie in kaart gebracht. Afhankelijk van de complexiteit van zorg dan wel verandering in zorgsituatie t.o.v. voor de opname wordt naast de digitale overdracht telefonisch contact opgenomen met de zorgaanbieder in de thuissituatie. Twee keer per jaar vindt een evaluatie plaats van huidige overdrachtbeleid en werkprocessen. Daarnaast vindt casuïstiek bespreking plaats. De evaluaties worden uitgevoerd in samenwerking van transferbureau, klantbureau VVT en thuiszorg. Overdracht SEH-arts – Huisarts in het kader van APOP-screeningsprogramma. Eind 2020 is het acuut presenterende oudere patiënt (APOP)-screeningsprogramma geïmplementeerd. Gemeten resultaat in december 2020 d.m.v. een steekproef laat zien dat bij 74.5 van de acute patiënten de screening was uitgevoerd. Een goed resultaat. In februari 2021 is de start met de telefonische follow-up vanuit de SEH uitgerold. Deze wordt uitgevoerd bij alle patiënten waar een verhoogde APOP is geconstateerd en die vanuit SEH naar huis zijn gegaan. De eerstvolgende dag na een bezoek aan de SEH vindt telefonisch contact plaats met patiënt of diens naaste. Om na te gaan of alle informatie over richtlijnen en medicatie duidelijk is geweest en medicatie in huis is. Zo nodig wordt doorverwezen wordt naar de huisarts. De implementatie wordt in 2021 per kwartaal geëvalueerd door de

werkgroep APOP (samenwerking SEH en geriatrie).

Regionale Transmurale Afspraken (2021): In het kader van regionale transmurale afspraken gaan we in 2021 aan de slag met de nazorgafpraak dat na ontslag de huisarts contact opneemt met patiënt. Verbetertraject Zorgvuldig voorbereid in en uit het ziekenhuis (2021): De zorg aan kwetsbare ouderen vraagt om een multidisciplinaire aanpak in een netwerk van zorgverleners. Afstemming over die aanpak, zowel met de patiënt als met de betrokken zorgverleners, is daarbij van groot belang. Wat zijn in de afstemming specifieke behoeften van patiënten en hun naasten? Hoe kunnen zij zich beter voorbereiden op het traject vóór, tijdens en na opname? Komen wij daar als ziekenhuis aan tegemoet? Maken betrokken zorgverleners voldoende gebruik van de informatie die binnen het netwerk over patiënten beschikbaar is? Is het nodig de onderlinge informatie-uitwisseling binnen het zorgnetwerk te optimaliseren? In dit project beantwoorden we deze vragen, samen met betrokkenen, patiënten én zorgverleners. Samen ontwikkelen we vervolgens een optimaal klinisch zorgpad kwetsbare ouderen. Doel: patiënten en betrokken zorgverleners binnen het zorgnetwerk Kwetsbare ouderen zijn voldoende geïnformeerd om zich voor te bereiden op de opeenvolgende onderdelen van het klinisch zorgpad Kwetsbare ouderen'. Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom/ Roosendaal) geeft aan hoe expliciet aandacht besteed wordt aan het formele en informele netwerk van de patiënt en beschrijft goed hoe de *plan-do-check-act* cyclus doorlopen wordt. Een mooi voorbeeld voor anderen.

Het Haga Ziekenhuis (Den Haag) beschrijft de warme overdracht en geeft inzicht in een uitvoerige verbetercyclus *plan-do-check-act* (PDCA) onder leiding van een centrale projectgroep 'overdracht'. 'Binnen het Haga Ziekenhuis is geformuleerd dat het overdragen van zorg een belangrijk proces is waarbij standaardisatie belangrijk is. In 2020 heeft het Haga Ziekenhuis diverse verbetertrajecten doorlopen waarbij het optimaliseren van proces- en beleidsafspraken omtrent het thema 'overdracht' centraal stond. Deze verbetertrajecten zijn ondergebracht onder een centrale projectgroep 'overdracht'. Het doel van de projectgroep is het garanderen van de continuïteit van de patiëntenzorg door alle informatie die nodig is om het zorgproces na overplaatsing of na overdracht voort te zetten volledig, tijdig en correct te geven.' Het Haga Ziekenhuis omschrijft vervolgens de deelprojecten en de doelstellingen, waarna drie Haga Ziekenhuis-brede verbetertrajecten benoemd worden om de continuïteit van zorg in de keten te verbeteren, waaronder 'Verbeteren informatieoverdracht huisartsen. Het Haga Ziekenhuis-brede verbetertraject is ingezet voor het verbeteren van het tijdig verzenden van een correcte en complete overdracht richting de huisarts. De Haga Ziekenhuis-brede werkwijze is gebaseerd op de HASP-richtlijn' en 'transmurale zorgbrug (TZB). Met de transmurale zorgbrug wil het Haga Ziekenhuis bijdragen aan een soepele overgang van uit het ziekenhuis naar de thuissituatie voor kwetsbare ouderen. De TZB zorgt voor daling van heropnamen, minder medicatie fouten en een sterftereductie. De TZB houdt in dat kwetsbare ouderen in het ziekenhuis worden geïdentificeerd en al vóór ontslag kennismaken met een wijkverpleegkundige d.m.v. een warme overdracht. De transferverpleegkundige realiseert de bemiddeling tussen het ziekenhuis en de gespecialiseerde wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige komt binnen 27 uur na het ontslag ook thuis op bezoek. Hierna volgen vier thuisbezoeken waar preventie en begeleiding centraal staat (medicatie, polibezoek, mantelzorg, sociale problemen).' Een mooie uitgebreide omschrijving, waaruit echter ook blijkt dat tijdige verslaglegging aan de huisarts nog een aandachtspunt is 'Maandelijkse rapportage en opname in de planningen control cyclus van het percentage huisartsenbrieven die binnen 72 uur na ontslag (i.v.m. weekend delay) zijn verzonden naar de huisarts, waarbij de norm is dat iedere vakgroep minimaal 80 van de huisartsenbrieven binnen 72 uur verzonden heeft.' De norm binnen 72 uur na ontslag is niet juist, deze zou al tijd 24 uur moeten zijn.

Laurentius ziekenhuis (Roermond) kent een commissie Ouderenzorg. Deze commissie is ingesteld om bij te dragen aan de kwaliteit- en veiligheidsverbetering van de ouderenzorg in de breedste zin van het woord. Laurentius beschrijft vervolgens het brede pallet van de commissie (wat overigens geen direct antwoord is op het verbeterdoel, hoe goed het ook is). Vervolgens beschrijft het ziekenhuis de wijze waarop zij continuïteit van zorg van kwetsbare groepen organiseert en verbetert. 'Continuïteit van zorg wordt nagestreefd middels de volgende thema's: 1. Een goede overdracht. Beschikken over de juiste gegevens is geen vanzelfsprekendheid, zeker wanneer er verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de patiënt. Gelukkig is de bereidheid om

samen te werken groot. Er is overleg en gegevens worden gedeeld in het belang van de patiënt. Daarom hebben acht zorgpartijen uit Noord- en Midden-Limburg (de huisartsenorganisaties Cohesie en Meditita, de organisaties voor thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg De Zorggroep, Land van Horne en Proteion en de ziekenhuizen Laurentius Ziekenhuis, SJG Weert en VieCuri) nieuwe afspraken over gemaakt over de overdracht van kwetsbare ouderen op basis van de inspectie eisen, zowel medische-, verpleegkundige als medicatieoverdracht (en daarmee ook de thema's uit de invul instructie van deze kwaliteitsindicator). Na een omschrijving van de belangrijkste afspraken, waaronder overdracht binnen 24 uur, gebruik maken van het afgesproken format, een complete overdracht, verantwoordelijkheidsverdeling voor de overdracht, benoemt het ziekenhuis op welke wijze risico's bij een kwetsbare ouderen in kaart worden gebracht op de SEH door middel van de acuut presenterende oudere patiënt (APOP) screening. 'wanneer er geen verhoogd risico wordt geconstateerd, worden geen vervolgstappen ingezet. Bij een verhoogd risico als uitkomst op de APOP-screening wordt hiervan altijd melding gemaakt in de ontslagbrief naar de huisarts. Ook wordt op de SEH zelf reeds een aantal maatregelen in werking gesteld. [...] Mocht de patiënt worden opgenomen, dan vervangt de APOP niet een RISK-afname op de afdeling, en wordt er op basis van de RISK score verder gehandeld. Wanneer de hoogrisicopatiënt vanuit de SEH naar huis wordt ontslagen, geldt ook een aantal werkafspraken. Zo worden de ontslaginstructies op papier meegegeven aan de patiënt. Ook wordt de dag na ontslag de kwetsbare patiënt gebeld voor een telefonische follow-up. Hiervan wordt een verslag vastgelegd in het medisch dossier. Verder wordt, indien noodzakelijk, aanvullend telefonisch contact gezocht met de huisarts. Wetenschappelijk is aangetoond dat deze follow-up het aantal recidiefbezoeken aan de SEH beperkt. De inzet van APOP wordt geëvalueerd op basis van de feedback van patiënten en zorgverleners betrokken in het proces.' Ook beschrijft het ziekenhuis de Transmurale zorgbrug kwetsbare ouderen: 'Transmurale zorgbrug kwetsbare ouderen. [...] organisaties voor thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg De Zorggroep en Proteion en het Laurentius Ziekenhuis hebben elkaar ook gevonden in het opzetten van een Transmurale Zorgbrug (TZB) voor de kwetsbare ouderen. De TZB combineert proactieve ziekenhuiszorg voor de oudere patiënt met een transmurale interventie door een wijkverpleegkundige, die de cliënt in het ziekenhuis bezoekt en vervolgens in de thuishouding verder begeleidt, samen met de huisarts en mantelzorg. De zorg bestaat dus uit twee delen: het ziekenhuisdeel en het deel dat in de thuishouding wordt uitgevoerd. De doelgroep van de TZB bestaat uit acuut opgenomen kwetsbare ouderen (70-plussers) met een verhoogde kans op functieverlies, die minimaal 48 uur in het ziekenhuis verblijven en niet terminaal ziek zijn. De zorg die geleverd wordt binnen de Transmurale Zorgbrug bestaat uit 3 onderdelen: • Geriatrische screening: het geriatricteam in het ziekenhuis doet een geriatrisch assessment en maakt een zorgbehandelplan. • Warme overdracht: De wijkverpleegkundige plant, zodra de vermoedelijke ontslagdatum bekend is, binnen 48 uur het intakebezoek in het ziekenhuis (het bezoek dient plaats te vinden vóór de vermoedelijke ontslagdatum van de cliënt). Bij dit intakebezoek zijn aanwezig de wijkverpleegkundige, de cliënt en diens mantelzorger en de afdelingsverpleegkundige. Mocht de mantelzorger niet aanwezig kunnen zijn bij het, binnen 48 uur geplande, intakebezoek, dan vindt de intake plaats zonder aanwezigheid van de mantelzorger. • Huisbezoeken: binnen 2 dagen na ontslag bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt voor de eerste keer thuis. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken. De huisbezoeken staan in het teken van medicatieveiligheid, hulpmiddelen, sociale kaart en mantelzorgondersteuning. De TZB is in 2020 gestart in pilotvorm, en loopt momenteel nog op de afdeling Interne Geneeskunde. Deze pilot dient als nulmeting om enerzijds ervaringen op te doen in de afgesproken werkprocessen (ziekenhuis en thuishouding) en anderzijds ervaringen van alle betrokken actoren te meten ten aanzien van de geleverde zorg in het kader van de transmurale zorgbrug. Verder vindt na 6 weken en 3 maanden evaluatie plaats op 5 verschillende parameters (screening patiënten, betrokkenheid geriatr, zorgbehandelplan aanwezig, intake en huisbezoeken). Op basis van de uitkomsten van deze indicatoren wordt bekeken of en hoe verdere uitrol van de Transmurale zorgbrug kan plaatsvinden teneinde een verbeterde ziekenhuiszorg te realiseren, te zorgen voor een begeleide overgang naar huis en systematische nazorg in de thuishouding.' De inspectie ziet dit als een goed voorbeeld voor anderen.

Het St. Jans Gasthuis (Weert) is een goed voorbeeld vanwege een goede inbedding in de organisatie en een mooie gezamenlijke evaluatie waarbij alle disciplines betrokken zijn. "De hoofdbehandelaar draagt zorg voor

overdracht bij ontslag middels een medische ontslagbrief incl. AMO conform de HASP-richtlijnen welke de dag van ontslag wordt ontvangen door de huisarts. Naast deze ontslagbrief vindt een "warme overdracht" plaats wat inhoudt dat de geriater deze medische overdracht met de huisarts bespreekt, < 24 uur na ontslag. In het zorgprogramma kwetsbare ouderen (met ziekenhuis, huisartspraktijken en VVT) is een Zorgbrug ingezet: Huisartsenpraktijk stelt geriater binnen 1 werkdag op de hoogte van opname kwetsbare patiënt. Geriater in een vroeg stadium betrokken m.b.t. opstellen medisch beleid. De geriatrieverpleegkundige en de POH/casemanager telefonische overdracht bij opname en ontslag met doel zachte landing en goede nazorg door eerste lijn na ontslag."

Het vijfde goede voorbeeld is Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede). 'Door ZGV wordt het belang van een goede overdracht na ontslag of overplaatsing onderkend. [...] Standaard vindt bij elke overdracht een medisch en verpleegkundig ontslag plaats. [...] Daarnaast is het beleid van ZGV dat wanneer een patiënt na ontslag thuiszorg nodig heeft, via de afdeling Multizorg contact gezocht wordt met een thuiszorgorganisatie. Wanneer deze de benodigde zorg kan leveren, kan de patiënt met ontslag. Er wordt een verpleegkundige overdracht gedaan naar de thuiszorgorganisatie. Bij gecompliceerde behandelingen/situaties vindt een warme overdracht plaats, waarbij de wijkverpleegkundige naar het ziekenhuis komt. Als dit niet mogelijk is vindt telefonisch contact plaats. Een warme overdracht vindt ook plaats naar huisarts of specialist ouderengeneeskunde bij gecompliceerde situaties of "slecht nieuws". De verpleegkundigen van de verpleegafdeling waar de patiënt heeft gelegen, bellen binnen 48 uur na ontslag de patiënt of mantelzorger op, om te verifiëren of alles bij thuiskomst goed verloopt, zoals inzet van thuiszorg, medicatie en wondzorg. Bij patiënten die ontslagen worden naar een verpleeghuis (voor GRZ, ELV) vindt ook een medische, verpleegkundige en medicatie overdracht plaats, zowel meegegeven met de patiënt als verzonden binnen 24 uur. Wanneer de geriater in medebehandeling is geweest gedurende de opname, wordt een aparte brief gestuurd naar de opvolgende hulpverlener (huisarts of specialist ouderengeneeskunde). Als belangrijk onderdeel van de zorg in ZGV vinden advance care planning (ACP) gesprekken plaats op de poli geriatrie, cardiologie, longziekten, oncologie, nefrologie waarbij patiënten en hun naasten worden uitgenodigd om te spreken over passende zorg en behandelwensen met betrekking tot het levenseindeperspectief, die aansluiten bij wat belangrijk is voor en in het leven van de patiënt. Er wordt een uitvoerige brief voor de patiënt gemaakt, die gedeeld wordt met de huisarts. Mantelzorgers hebben invloed op de zorg voor en welbevinden van de patiënt. Daarom worden mantelzorgers betrokken bij de zorg aan de patiënt, bij opname, gedurende het verblijf en bij ontslag. Op de afdeling ouderengeneeskunde wordt een inventarisatie van de thuissituatie met mantelzorgbelasting standaard gebruikt om draagkracht en draaglast bespreekbaar te maken. Ingezette verbetermaatregelen ontslagprocedure en borging hiervan. In 2020 is de medische ontslagbrief ziekenhuisbreed geüniformeerd voor alle hoofdbehandelaars. De werkwijze is dat deze brief is binnen 24 uur bij de opvolgende hulpverlener dient te zijn. Op het onderwerp medicatieverificatie bij ontslag is in 2020 – ondanks de Covid19 crisis - een ziekenhuisbreed project gestart om de registratieproblemen en praktische afhandeling in dit ontslagproces verder op te lossen en de aantoonbaarheid van medicatieverificatie bij ontslag te verbeteren. Dat heeft geresulteerd in het aanscherpen en verduidelijken van de procedures, verantwoordelijkheden en instructies (gecoördineerd vanuit een multidisciplinaire projectgroep). De beschrijving is indrukwekkend, waarbij de nadruk op persoonsgerichte zorg positief opvalt. Een mooi voorbeeld voor anderen.

Opvallend summier dan wel niet specifiek beleid voor kwetsbare ouderen komt naar voren bij een aantal ziekenhuizen. Omdat dit het eerste jaar is voor de aanlevering van verbeterdoelen, worden de namen van de ziekenhuizen niet expliciet genoemd. Zo beschrijft een ziekenhuis 'Intern is de overdracht volgens de SBAR methode, dit wordt aangevuld met de VMS thema (eten, decubitus, psyche, sociaal en mobiliteit). Externe met behulp van papieren overdracht, in gevallen van palliatieve zorg vindt een warme overdracht plaats.' De toelichting geeft geen antwoord op de vraag op welke wijze overdracht voor kwetsbare groepen aandacht krijgt. Een ander ziekenhuis geeft het volgende aan: 'In 2020 werd een nieuw type medische ontslagbrief voor klinische patiënten geïmplementeerd waarin een samenvatting van het CGA en een samenvatting van de betrokken paramedici standaard vermeld worden. In 2020 is gestart met een initiatief waarbij het verpleegkundig zorgplan van patiënt die in VVT-instelling verblijft en in ziekenhuis wordt opgenomen, met de

patiënt mee gestuurd wordt naar het ziekenhuis.' De inspectie verwacht dat een vervolgstap genomen zou worden op de basis die het ziekenhuis nu omschrijft. Patiënten mogen meer verwachten van een ziekenhuis dan beschreven in deze uitwerking van het verbeterdoel.

35 van de 77 ziekenhuizen beschreven de wijze waarop beleid geëvalueerd werd met zowel de wijze als de frequentie. 37 ziekenhuizen beschreven een evaluatie waarbij óf de werkwijze óf de frequentie ontbrak. Bij vijf ziekenhuizen was geen sprake van een evaluatie. Een voorbeeld van een ziekenhuis wat de evaluatie concreet beschrijft is het Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede-Wageningen). Het geeft een duidelijk beeld van de wijze waarop een ziekenhuis kan leren en verbeteren: 'Om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de overdracht worden periodiek gesprekken gevoerd tussen de zorgverleners van ZGV en de instellingen over knelpunten en mogelijke verbeteringen in de (overdracht) in de keten. Evaluatie van gemaakte afspraken vindt 1 keer per jaar plaats met de gezamenlijke partijen en worden de te verbeteren punten in alle organisaties besproken. Ook worden in 2021 de werkafspraken met betrokken GRZ (Geriatrische Revalidatiezorg) partijen geactualiseerd. Volgens planning zijn deze afspraken in Q3 2021 gereed. In 2020 is binnen ZGV een patiënt ervaringsonderzoek uitgevoerd waarbij patiënten onder andere ook gevraagd is naar hun ervaringen omtrent de ontslagprocedure. De uitkomsten van dit onderzoek waren ook op dit onderdeel positief. Elke vakgroep is gevraagd om op onderwerpen waar verbetering mogelijk is, verbetermaatregelen op te stellen en uit te voeren. Evaluatie van het aantal ACP-gesprekken vindt plaats. Doel is om met meer patiënten het gesprek te voeren over passende zorg die aansluit bij de wensen van de patiënt, uitzoeken wat de belemmerende factoren zijn en die aanpakken. In Q1 2021 vindt een evaluatie plaats in de regio onder huisartsen, specialisten en patiënten. Deze uitkomsten worden verwerkt in op te stellen verbeterplannen. Er wordt ook samengewerkt met huisartsen, voor ondersteuning bij uitrol van ACP in de eerste lijn.'

Daartegenover staat de reactie van een ander ziekenhuis 'Het beleid wordt niet specifiek geëvalueerd. Het is een standaard ingebouwde overdracht in het EPD, waarbij gegevens automatisch in een overdracht worden gezet. Dit gebeurt mede op basis van de orders die gemaakt zijn voor de betreffende patiënt. Daarmee is de vereiste en relevante informatie in de overdracht altijd geborgd.' Het ziekenhuis heeft de aanname dat een goede overdracht van kwetsbare groepen goed geborgd is via een standaard ingebouwde overdracht in het EPD. Dit is helaas niet voldoende en de inspectie vraagt het ziekenhuis op om zowel het beleid van overdracht van kwetsbare groepen als de wijze van evaluatie grondig te herzien.

In totaal beschreven 24 ziekenhuizen een warme overdracht als standaard bij een overdracht van kwetsbare ouderen. In 20 ziekenhuizen was sprake van een zorgbrug. Casemanagement van kwetsbare ouderen werd in negen ziekenhuizen benoemd en 42 ziekenhuizen hadden afspraken over de tijdigheid van de overdracht (< 24 uur).

De inspectie heeft zes (grotere) particuliere klinieken gevraagd om het verbeterdoel 'Continuïteit van zorg' aan te leveren, de overige particuliere klinieken moeten dit wel uitwerken maar hoeven het niet aan de inspectie te sturen. Hier kan tijdens een toezichtsbezoek aan de particuliere kliniek wel om worden gevraagd. Van de zes particuliere klinieken gaven drie klinieken aan dat dit verbeterdoel niet relevant was voor hun kliniek omdat zij niet aan de inclusiecriteria voldeden. Meestal verbleven de patiënten niet langer dan een dag in de kliniek. Een kliniek beschreef uitsluitend de wijze waarop een overdracht plaats vond, niet specifiek voor (kwetsbare) ouderen. Bergman Clinics is kritisch naar hun proces gaan kijken en heeft geïnventariseerd hoe groot de groep was waarop dit verbeterdoel van toepassing was. Hieruit volgend hebben ze een aantal acties ingezet om de overdracht te uniformeren en extern te vragen of de overdracht op deze wijze voldoet. Bergman Clinics laat zien dat zij een PDCA-cyclus hanteren op dit onderwerp. Annatommie mc beschrijft hoe zij het proces rondom ontslag heeft ingericht en op welke wijze zij met behulp van verschillende instrumenten dit proces borgen. Zij schrijven dat in het eerste kwartaal van 2021 een evaluatie plaatsvindt of de 'screening aan de poort' ook werkelijk resulteert in de afwezigheid van kwetsbare ouderen op de verpleegafdeling. Annatommie mc laat hiermee zien dat zij een PDCA-cyclus hanteren op dit onderwerp.

Concluderend kan gesteld worden dat Nederland mooie voorbeelden kent om continuïteit van de zorg van kwetsbare ouderen vorm te geven en te verbeteren. Ziekenhuizen en particuliere klinieken kunnen en moeten

hiervan leren. De inspectie kijkt uit naar de aanlevering van 2021 en bespreekt de opvallende resultaten met de betreffende ziekenhuizen om te bepalen wat zij nodig hebben om de vervolgstap te kunnen zetten.

ONTWIKKELINGEN

Het verbeterdoel 'Goede continuïteit van zorg bij kwetsbare patiënten' is voor het eerst uitgevraagd in 2020 en wordt in 2021 ook uitgevraagd.

19 ONVERWACHT LANGE OPNAMEDUUR EN HEROPNAMEN

19.1 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 suboptimale kwaliteit van zorg.

ACHTERGROND

Onder OLO wordt een opnameduur verstaan die minimaal 50% langer is dan verwacht. Bij de berekening van de verwachte opnameduur wordt rekening gehouden met de leeftijd van de patiënt, de hoofddiagnose en eventuele hoofdverrichting die de patiënt heeft ondergaan. De OLO wordt jaarlijks door *Dutch Hospital Data* (DHD) aan de ziekenhuizen geleverd op basis van de Landelijk Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)¹⁰.

De OLO percentages hebben overigens over verslagjaar 2020 alleen betrekking op de reguliere zorg. Opnamen van patiënten met hoofddiagnose COVID-19 zijn [uitgesloten van de OLO](#).

RISICO'S

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

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Het landelijk (gewogen) gemiddelde percentage OLO is 14,8% (15,3% in 2019). Dit percentage is berekend op basis van het landelijk totaal aantal opnamen met een OLO 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 14,1% (min. 1,2% - max. 23,2%). De mediaan was 14,0%.

Het is elk jaar opvallend dat academische ziekenhuizen hoog scoren op de indicator OLO. De acht Nederlandse academische ziekenhuizen behoren tot de zeventien hoogst scorende ziekenhuizen. Vijf academische ziekenhuizen hebben een OLO boven de P90 (18,0% of hoger). 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 van DHD 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)¹¹.

Van de algemene ziekenhuizen scoort Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) het hoogst met een OLO van 20,2%. Dit ziekenhuis had de jaren daarvoor ook een hoog percentage OLO en gaf over verslagjaar 2019 aan dat er verbeteracties zouden worden uitgezet. Het ziekenhuis geeft nu de volgende toelichting: '[Door covid zijn de verbeteracties in 2020 nog niet uitgezet. Er wordt nog verder ingezoomd op de data, omdat daar nog onduidelijkheden inzitten. Na goedkeuring door de RvB wordt er een uitgebreid verbeterplan ingezet om ziekenhuisbreed de lange opnameduur terug te dringen.](#)' Het is invoelbaar dat als gevolg van de coronapandemie de focus van het ziekenhuis op een andere lag dan de voorgenomen verbeteracties om het hoge percentage OLO terug te brengen. De inspectie vraagt het ziekenhuis een eigen analyse uit te voeren en hieruit voortkomende verbetermaatregelen door te voeren.

De volgende niet-academische ziekenhuizen hebben eveneens hoge percentages OLO (boven de P90) en geven geen toelichting; Amphia Ziekenhuis (Breda) en Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg). Mogelijk speelt bij

¹⁰ <https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/>

¹¹ 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.

deze ziekenhuizen ook de gevolgen van de coronapandemie een rol. De inspectie verwacht van deze ziekenhuizen een eigen analyse van de data en waar nodig verbetermaatregelen te nemen.

ONTWIKKELINGEN

De indicator OLO wordt in 2021 ongewijzigd uitgevraagd via de basisset MSZ. Met ingang van verslagjaar 2022 wordt de indicator OLO samen met de indicator heropnamen toegevoegd aan de uitvraag van de voorlopige HSMR. Voor de indicator zelf zijn geen wijzigingen in de komende jaren te verwachten.

19 ONVERWACHT LANGE OPNAMEDUUR EN HEROPNAMEN

19.2 Heropnamen

DOEL INDICATOR

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

ACHTERGROND

Onder een heropname wordt verstaan een klinische opname binnen dertig dagen na de ontslagdatum van de indexopname. De indexopname is de opname vóór de heropname. De heropnamenratio is een maat voor meer of minder heropnamen in een ziekenhuis dan op basis van de landelijke data kan worden verwacht. De heropnamenratio 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 ontslagen maand van opname. In de afgelopen jaren is deze indicator doorontwikkeld tot een indicator die ziekenhuizen kunnen gebruiken om suboptimale kwaliteit van zorg aan het licht te brengen (Hekkert, 2019)¹². De indicator heropnamen wordt jaarlijks door *Dutch Hospital Data* (DHD) aan de ziekenhuizen geleverd op basis van hun deelname aan de Landelijk Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)¹³. De heropnamenratio's 2020 hebben alleen betrekking op de reguliere zorg. Opnamen van patiënten met hoofddiagnose COVID-19 zijn in het verslagjaar 2020 [uitgesloten van de heropnamenindicator](#).

RISICO'S

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

RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Van de 73 ziekenhuizen die gegevens hebben aangeleverd hebben negen ziekenhuizen een heropnamenratio van meer dan 100 (101 - 110); UMCU (Utrecht) (110), Medisch Spectrum Twente (Enschede) (108), Erasmus MC (Rotterdam) (108), Haaglanden Medisch Centrum (Den Haag) (107), Noordwest Ziekenhuisgroep (Alkmaar en Den Helder) (107), Maastad Ziekenhuis (Rotterdam) (107), MUMC+ (Maastricht) (104), UMCG (Groningen) (104) en AMC (Amsterdam) (101). In het voorgaande verslagjaar waren dit 26 ziekenhuizen. Dit is een aanzienlijk minder aantal ziekenhuizen met een heropnamenratio > 100. Wat is hiervan de verklaring?

Van de negen ziekenhuizen met een heropnamenratio > 100 hadden acht ziekenhuizen vorig jaar ook een heropnamenratio > 100. UMCU (Utrecht) geeft dit jaar als toelichting: 'Op basis van de data van 2019 heeft het UMC Utrecht op basis van uitgebreide analyse geconstateerd dat het verhoogde aantal heropnamenratio grotendeels electieve heropnames betreft. Het aandeel acute ongeplande heropnames is niet hoog. Er zijn geen triggers gevonden om te vermoeden dat de kwaliteit van zorg in het geding is.' Het Maastad Ziekenhuis vermeldt het volgende: 'Jaarlijks worden specifieke diagnosegroepen onderzocht waar hoge heropnamen zijn geregistreerd. Waar nodig worden verbetermaatregelen genomen. Dit is niet altijd van toepassing als de heropname niet gerelateerd is aan de eerdere diagnose.' De andere ziekenhuizen met een heropnamenratio > 100 geven geen toelichting. Uit de toelichtingen zou kunnen blijken wat de eigen analyse is met hieruit voortvloeiend conclusie en te nemen verbetermaatregelen.

Alle ziekenhuizen die significant een heropnamenratio > 100 hebben, moeten een interne analyse verrichten

¹² Hospital readmissions, just a number or a stepping stone to quality improvement?, K.D. Hekkert, proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, oktober 2019

¹³ <https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/>

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

De indicator heropnamen blijft in 2021 ongewijzigd uitgevraagd worden via de Basisset MSZ. Met ingang van verslagjaar 2022 wordt de indicator heropnamen samen met de indicator OLO toegevoegd aan de uitvraag van de voorlopige HSMR. Voor de indicator zelf zijn geen wijzigingen in de komende jaren te verwachten.