



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het resultaat telt
ziekenhuizen

Hoofdstuk 10
Hart en vaten

2016

10 Hart en vaten

10.1 Volume van risicovolle interventies

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.1.

Indicatoren

10.1.1 Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties (AAA)

Inleiding

Het opereren van een aneurysma van de abdominale aorta (AAA) is een hoogcomplexere ingreep waarbij de patiënt een groot risico loopt op tijdelijke of permanente schade of op overlijden^[45]. Het uitvoeren van hoogcomplexere ingrepen stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het perioperatief proces op niveau blijft. Sinds het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. De minimumnorm van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)^[46] geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve AAA-operaties per jaar verricht moeten worden. De inspectie ziet vanaf 2012 toe op de volumenormen van de NVvH en treedt hier zo nodig handhavend bij op.

[45] Akkersdijk GJ, Prinssen M, Blankensteijn JD. The impact of endovascular treatment on in-hospital-mortality following non-ruptured AAA repair over a decade: a population based study of 16,446 patients. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2004;28:41-46

[46] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 (januari 2011)

Resultaten

Tabel 10.1.1.1

Aantal electieve AAA-operaties

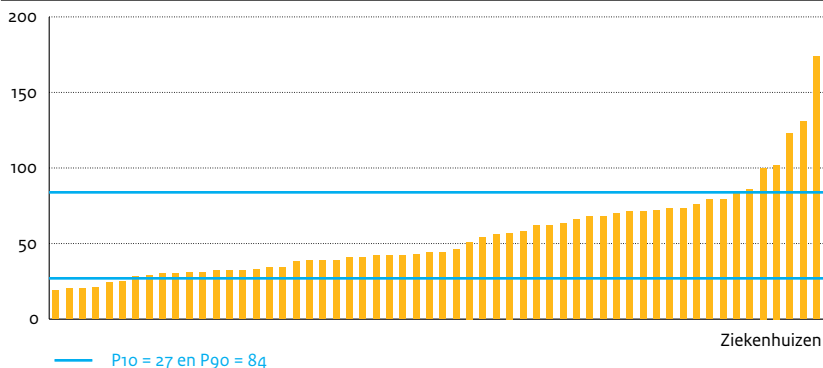
	Aantal electieve AAA-operaties
Aantal instellingen	58
Gemiddelde	55
SD	30
Mediaan	44
P10	27
P90	84
Min	19
Max	174
Totaal	3.173

In 2016 gaven 58 ziekenhuizen (2015: 62) aan AAA-operaties te verrichten. Gemiddeld werden er 55 (2015: 52) operaties per ziekenhuis gedaan, uiteenlopend van 19 tot 174 (2015: 13 tot 180) ingrepen per ziekenhuis (figuur 10.1.1.1). Alleen ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) voldeed met negentien operaties niet aan de minimumnorm van twintig electieve AAA operaties per jaar van de NVvH^[47]. Zij gaven als toelichting: *“In totaal 19 electieve operaties en 1 acuut primair niet geruptureerd aneurysma, oftewel in totaal 20 primaire niet geruptureerde aorta abdominalis aneurysma’s interventies in aorta segment C per jaar. Daarnaast nog 1 acuut geruptureerd AAA, dus in totaal 21 operaties. De volumenorm wordt daarmee behaald.”*

[47] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011

Figuur 10.1.1.1

Aantal geplande AAA-operaties



Aandachtspunten

De indicator voor de toetsing van de minimumnorm voor de AAA maakt deel uit van de Basisset vanaf 2003. In 2009 werden voor het eerst volumennormen vastgesteld. Dit jaar, 2016, is het eerste jaar dat alle ziekenhuizen bijna voldoen aan de norm. Het laatste ziekenhuis dat meer dan een jaar niet aan de norm kon voldoen, is in 2015 gestopt. Deze indicator heeft daarmee zijn dienst bewezen en kan vervallen. Hij maakt geen deel meer uit van de set voor 2017.

10.2 Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardiinfarct (STEMI)

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.2.

Indicator

10.2.1 Behandeling patiënten met een STEMI

Wat zijn de risico's?

Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen waarbij verschillende specialisten betrokken zijn. Bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties en het herstel en de revalidatie na de acute fase. Dit komt terug in de vragen bij de indicator Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardiinfarct (STEMI). Uit onderzoek is gebleken dat patiënten met een STEMI gebaat zijn bij adequate hartrevalidatie en dat in Nederland hieraan te weinig patiënten deelnemen. Derhalve wordt met deze indicator vastgesteld of mensen met een STEMI nu deelnemen aan revalidatie, conform de richtlijn Hartrevalidatie^[48]. Door deze indicator krijgt de inspectie met name inzicht in hoe de samenwerking verloopt, hoe de samenhang in de keten is en welke informatie het ziekenhuis heeft over zichzelf en over de keten waarin het werkt.

Resultaten

In totaal presenteerden 1.630 (2015: 1.730) patiënten met een STEMI zich op de Spoed Eisende Hulp (SEH) of Coronary Care Unit (CCU) van de ziekenhuizen die geen patiënten met een STEMI behandelden. Gemiddeld waren dit 33 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van nul tot 207 patiënten. Van de 1.630 patiënten werden 1.248 (76,6%, 2015 86%) vervoerd naar een PCI-centrum^[49], met een spreiding van tien tot 81 (2015: vier tot 145) patiënten.

[48] <https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/44/Multidisciplinaire%20Richtlijn%20Hartrevalidatie%202011%2023052011.pdf>

[49] PCI: percutane coronaire interventie ('dotteren')[2]

Tabel 10.2.1.1

Aantal STEMI op SEH en daarna al dan niet naar PCI-centrum (volgens opgave alle ziekenhuizen)

	Hoeveel Stemi gepresenteerd op SEH	Hoeveel vervolgens ver- voerd naar PCI- centrum	Aantal niet vervoerd
Aantal instellingen	50		
Gemiddeld	33	49	15
Standaarddeviatie	37	18	29
Mediaan	22	19	2
P10	9	8	0
P90	56	46	10
Min	5	4	0
Max	243	81	207
Totaal	1.630	1.249	381

Tabel 10.2.1.2

Aantal PCI voor STEMI uitgevoerd

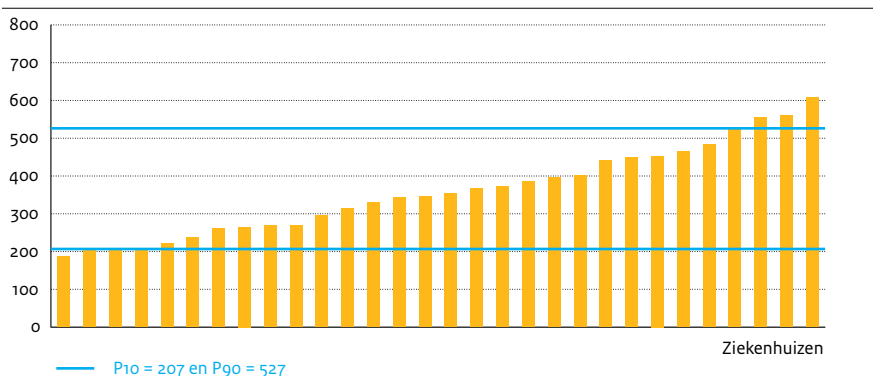
	Hoeveel PCI voor STEMI uitgevoerd
Aantal instellingen	30
Gemiddeld	359
Standaarddeviatie	117
Mediaan	350
P10	207
P90	527
Min	187
Max	607
Totaal	10.767

30 ziekenhuizen gaven aan PCI-procedures te verrichten, ook bij patiënten met een STEMI. Deze ziekenhuizen beschikten allemaal over een vergunning volgens de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en voerden gemiddeld 359 (2015: 350) acute PCI-procedures uit, met een spreiding van 191 tot 660. Zie hiervoor figuur 10.2.1.1.

Alle ziekenhuizen gaven aan de acute PCI's 24x7 uit te voeren. Gemiddeld participeerden zes interventiecardiologen in de 'acuut infarctzorg' van een centrum. Het aantal interventiecardiologen moet volgens de richtlijn minimaal vier zijn^[50]; alle ziekenhuizen voldeden in 2016 (en 2015 en 2014) aan deze norm.

Figuur 10.2.1.1

Aantal PCI-procedures bij patiënten met een STEMI in 2016



Tabel 10.2.1.3

Aantal en percentage overleden patiënten na PCI en aantal PCI's (volgens opgave PCI centra)

	Sterfte na PCI	Aantal PCI's	Percentage sterfte na PCI
Aantal instellingen 30 daagse sterfte	24		
Gemiddeld	8	349	2,3%
Standaarddeviatie	4	113	0,9%
Mediaan	8	336	2,2%
P10	3	207	1,5%
P90	11	500	3,1%
Min	1	187	0,3%
Max	18	588	4,8%
Totaal	235	10.482	

[50] Volumennormen cardiologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, juni 2011

Het percentage patiënten dat na PCI door STEMI is overleden (exclusief patiënten die voor PCI al in een reanimatiesetting verkeerden) was gemiddeld 2,3% (2015: 2,1%, 2014: 2,3%) met een spreiding van 2,3 tot 4,8 (2015: 0,4% tot 4,7%) (figuur 10.2.1.3).

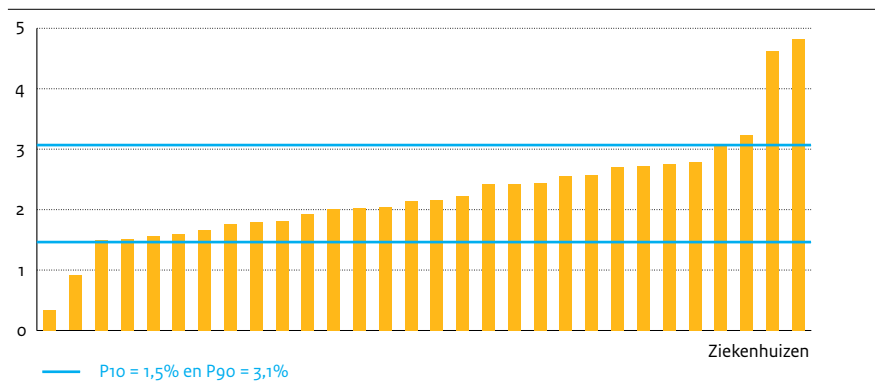
24 ziekenhuizen leverden hun sterfte op basis van de 30-dagen mortaliteit aan.

De gemiddelde 30-dagen mortaliteit bedroeg 2,4% (2015: 2,2%).

Zes ziekenhuizen leverden de sterfte op basis van de ziekenhuissterfte aan, gemiddeld was de sterfte in deze groep 1,6% (2015: 1,5%). Uitschieter is ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) met 4,8%. Het ziekenhuis gaf geen toelichting.

Figuur 10.2.1.2

Percentage sterfte na PCI



Tabel 10.2.1.4

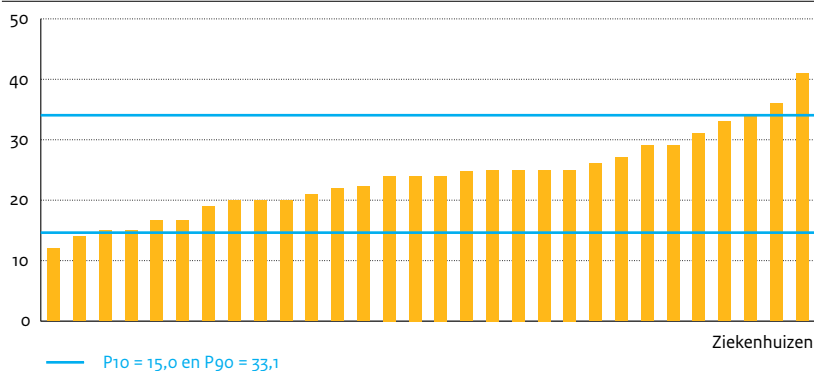
Snelheid PCI

	Snelheid PCI in minuten
Aantal instellingen die 'door to needle' melden	22
Gemiddeld	23,9
Standaarddeviatie	6,8
Mediaan	24,0
P10	15,0
P90	33,1
Min	12,0
Max	41,0

Alle 30 PCI-centra leverden de ‘door-to-needle’ of ‘door-to-balloon’ time aan, het Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade), het St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein, het Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam gebruikten hiervoor een steekproef. Gemiddeld was de ‘door-to-needle’ of ‘door-to-balloon’ time 23,9 minuten (2015: 26), uiteenlopend van 12 tot 41 minuten (figuur 10.2.1.3).

Figuur 10.2.1.3

Gemiddelde door-to-needle time of door-to-balloon time in minuten



67 (2015: 71) ziekenhuizen bieden patiënten na een STEMI zelf een voor de patiënten op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan. Bij 76 (2015: 78) ziekenhuizen was het aantal patiënten bekend. In totaal is er van 7.608 (2015 7.073) patiënten (86,5%; 2015: 83,2%) bekend dat ze minimaal een intake hebben gehad voor hartrevalidatie. Het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen heeft het laagste percentage 45,5%. Het ziekenhuis gaf als toelichting: “Meerdere patiënten weigeren poliklinische revalidatie.” Zie figuur 10.2.1.5.

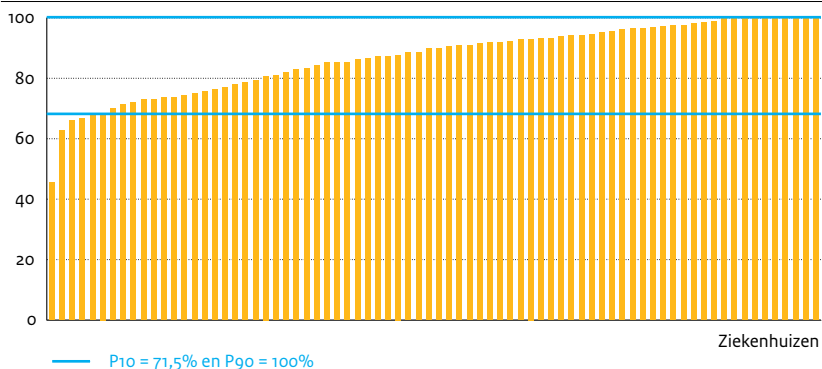
Tabel 10.2.1.5

Aantal intakes voor hartrevalidatie en aantal patiënten na PCI naar (verpleeg)huis

	Minimaal een intake	Aantal patiënten na PCI naar huis/ verpleeghuis	Percentage
Aantal instellingen dat revalidatieprogramma's aanbiedt	67		
Aantal instellingen dat verwijst	13		
Gemiddeld	100,1	116	86,9%
Standaarddeviatie	82,4	92	11,4%
Mediaan	78,5	88	89,9%
P10	17,5	20	71,5%
P90	207	227	100%
Min	0	0	0%
Max	463	504	100%
Totaal	7.608	8.794	

Figuur 10.2.1.4

Percentage patiënten na een STEMI met minimaal een intake voor hartrevalidatie



Aandachtspunten

Het beeld is onveranderd: grote verschillen tussen ziekenhuizen in het aantal patiënten eerst gezien op een SEH vóór PCI in een andere instelling

In 2015 werden 1.740 patiënten gezien op een SEH van een instelling die de patiënten vervolgens niet met een PCI kon behandelen. In 2016 zijn dat er 1.630. Dat is minder dan de helft van het aantal patiënten bij de start van de indicator in 2012 (3.548). In 2013 is veel aandacht besteed aan deze indicator. Een echte tussenstop op de SEH zou een uitzondering moeten zijn, omdat patiënten volgens de richtlijn direct verwezen zouden moeten worden naar een PCI-instelling. Opvallend blijft het grote verschil tussen instellingen in het aantal patiënten dat eerst lokaal wordt opgevangen. De Top vijf van ziekenhuizen in deze groep is verantwoordelijk voor 34% van de groep patiënten en ziet 16 maal zo veel patiënten als de vijf ziekenhuizen die het kleinste aantal patiënten op de SEH zien. De inspectie heeft hier in het verleden regelmatig onderzoek naar gedaan. Meestal bleken deze verschillen in de jaren na 2014 te berusten op verschillen in de administratie van DBC's (Diagnose Behandel Combinatie).

Grote variatie in sterftepercentages, maar geen patroon

Het ZorgSaam ziekenhuis (Terneuzen) heeft dit jaar de hoogste sterfte. Dit ziekenhuis was ook vorig jaar opvallend, maar door de laagste sterfte in de groep van 30 ziekenhuizen (0,4%). Het Maasstadziekenhuis (Rotterdam), het ziekenhuis met de hoogste sterfte in 2015, heeft in 2016 een licht bovengemiddelde sterfte (2,72%). Opvallend is dat geen enkel ziekenhuis een toelichting geeft op de waargenomen sterfte.

Verskil tussen ziekenhuissterfte en 30-dagensterfte: de 30-dagensterfte is anderhalf maal zo hoog.

Ziekenhuizen konden aangeven welk type sterfte is gebruikt bij het bepalen van de sterfte na PCI. De ziekenhuizen die de ziekenhuissterfte hebben opgegeven hebben allen een sterfte onder het gemiddelde van de hele groep. Het gaat om Zuyderland Ziekenhuis (Sittard, Geleen en Heerlen), LUMC (Leiden), VUMC (Amsterdam), Isala (Zwolle), Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht, Zwijndrecht en Sliedrecht) en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam). De gemiddelde sterfte is voor deze groep instellingen 1,57%; voor de 24 ziekenhuizen die de 30-dagensterfte opgeven is dat 2,44%.

Doorlooptijd licht afgenomen, over vijf jaar gezien duidelijke trend naar verkorten doorlooptijd

In 2016 is de gemiddelde doorlooptijd met twee minuten afgenomen van 26 minuten in 2015 naar 23,8 minuten in 2016. Bij de start van de indicator in 2012 was dat nog 30 minuten. Er waren toen zes ziekenhuizen met een gemiddelde doorlooptijd van 40 minuten of meer, inmiddels is dat aantal gezakt naar één (1). Er zijn nog steeds vier ziekenhuizen die een steekproef nodig hebben voor het berekenen van de indicator. Bij de start waren dat er zes.

Revalidatie-intake toegenomen, revalidatiedeelname gedaald

Het gemiddelde aantal patiënten dat een revalidatie-intake krijgt, is in de afgelopen drie jaar toegenomen van 79 naar 86,8%. Opvallend is dat in die drie jaar het aantal patiënten

dat in aanmerking kwam voor een revalidatieprogramma is gedaald van 9.810 naar 8.794. Het aantal PCI's is niet parallel gedaald. In 2014 waren dat er nog 10.633, vergeleken met 10.482 in 2016. Een van de mogelijke verklaringen daarvoor is, dat bij de start van de indicator een patiënt soms bij meerdere ziekenhuizen werd meegeteld. Patiënten werden dan zowel bij het PCI-centrum meegeteld als bij het ziekenhuis waar zij na ontslag naar terug werden verwezen. Overigens houdt dat wel in dat het van zo'n 1.700 patiënten onbekend is of zij een revalidatieprogramma hebben gekregen.

Patiëntkeuze is een argument, maar niet als opvallend veel patiënten weigeren

Het komt vaker voor in de *Basisset*: patiënten die keuzes maken die een gewenste uitkomst van een indicator voorkomen. Dit komt vaak voor bij indicatoren met een tijdsinterval, zoals de wachttijd bij neoadjuvante chemotherapie of bij ingrepen zoals de carotisen-aderarteriodectomie. Soms wordt daar in het ontwerp van de indicator rekening mee gehouden, zoals bij het afzeggen van ingrepen, waarbij onderscheid werd gemaakt in de indicator tussen ingrepen afgezegd door het ziekenhuis en de patiënt. In dat laatste geval werd duidelijk zichtbaar dat in ziekenhuizen die zelf patiënten vaak afzegden, patiënten ook vaak de ingreep niet lieten doorgaan. Bij iedereen komen weigeringen voor, maar als dit veel vaker voorkomt dan elders is er een probleem. In dit geval geeft het Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) als verklaring voor de opvallend lage percentage intake: *“Meerdere patiënten weigeren poliklinische revalidatie.”* In dit geval is dit dus geen adequate verklaring voor een intakepercentage dat bijna 20 procentpunt lager ligt dan het volgende ziekenhuis.

Welke vragen vind de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De verandering ten opzichte van 2015 in het aantal aangeboden STEMI-patiënten op een SEH is groter dan 50%

- Wat is de verklaring voor de meer dan 50% toe- of afname van het aantal patiënten in 2015 ten opzichte van 2016?
- Welke andere onderdelen van de richtlijn STEMI zijn aangepast of behoeven aanpassing?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is overleden, is relatief hoog of laag (voor 2016: meer dan 3,1%, of minder dan 1,5%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (onder andere zorgzwaarte) en wat was daar de uitkomst van?
- Is er een vergelijking gemaakt binnen de landelijke database (NCDR)?
- Hoe worden complicaties geanalyseerd?
- Is de sterfteregistratie volledig?
 - Zo ja: Hoe, hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten die in een reanimatiesetting worden binnengebracht?
 - Hoe volgt het ziekenhuis patiënten die na een PCI zijn overgeplaatst naar een ander ziekenhuis?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon-time is relatief kort (voor 2016: minder dan 15 minuten)

- Hoe heeft het ziekenhuis de door-to-needle of door-to-balloon time bepaald?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op de PCI?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon-time is relatief lang (voor 2016: meer dan 33 minuten)

- Hoe waarborgt het ziekenhuis een tijdige PCI?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time te verkorten?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en had een steekproef nodig om de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time te bepalen

- Welke informatie heeft het ziekenhuis standaard beschikbaar omtrent de beheersing van het PCIproces? Wanneer houdt zij dit standaard bij?

Het percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad is relatief laag in het ziekenhuis (in 2016: minder dan 71,5%)

- Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar dit lage percentage?
- Welk beleid hanteert het ziekenhuis voor het doen van een intake voor hartrevalidatie?

Het percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad is relatief hoog in het ziekenhuis (in 2016: 100%)

- Klopt dit aantal?
- Waaruit bestaat de intake voor hartrevalidatie?

10.3 Evaluatie na inbrengen pacemakers en ICD's

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.3.

Indicatoren

10.3.1 **Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens**

10.3.2 **Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's: interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid**

Inleiding

Cardiale resynchronisatie (CRT) is een bijzondere vorm van hartfalen waarbij er sprake is van ventriculaire dissynchroniteit. CRT is gebaseerd op afgifte van kleine elektrische pulsjes aan linker en rechter ventrikel. Een implanteerbare *cardioverter defibrillator* (ICD) detecteert en corrigeert ventriculaire dissynchroniteit. Een ICD is geïndiceerd bij levensbedreigende ritmestoornissen zoals ventrikelfibrilleren en tachycardie.

Resultaten

Tabel 10.3.1.1

Aantal pacemakers van verschillende typen

	Conventioneel	BVP zonder ICD	BVP met ICD	ICD zonder BVP
Instellingen	80	49	28	28
Gemiddeld	160,2	19,1	82,3	143,9
SD	82,7	19,5	53,7	84,1
Mediaan	144,5	14	65	130
P10	69,6	1,8	30,7	59,5
P90	261,3	36,8	158,5	261,1
Min	50	0	18	47
Max	413	108	247	347
Totaal	12.813	937	2.304	4.028

In 80 ziekenhuizen werden pacemakers geplaatst en al deze ziekenhuizen gaven aan ook pacemakers te verwisselen. In 28 van deze 80 ziekenhuizen werden er eveneens biven-triculaire (BV) pacemakers (BVP) met en zonder ICD-functie geplaatst en in 21 ziekenhuizen plaatsten ze BVP zonder ICD-functie (en geen BVP met ICD). In 31 ziekenhuizen werden alleen conventionele pacemakers geplaatst. In totaal werden 12.813 conventionele pacemakers geplaatst, 937 BVP zonder ICD-functie, 2.304 BVP met ICD-functie en 4.028 ICD's zonder BVP.

Alle 80 ziekenhuizen voerden registratie uit op het inbrengen van een pacemaker. 75 (93,8%) van de ziekenhuizen registreerden aan de hand van de NVVC/NCDR/DIPR. Deventer Ziekenhuis (Deventer) registreerde met behulp van Dataspike. Isala (Zwolle) registreerde aan de hand van de landelijke zorgactiviteitscodes. Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar) registreerde via Mediaconnect. Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) registreerde via een eigen registratiesysteem naar eigen ontwerp. Het Westfriesgasthuis (Hoorn) was het onbekend op welke wijze zij registreerden. Alle ziekenhuizen toetsten aan externe referenties. Op de vraag 'toetst u uw eigen gegevens' antwoordden 77 ziekenhuizen bevestigend. MC Slotervaart (Amsterdam), Waterlandziekenhuis (Purmerend) en Westfriesgasthuis (Hoorn) gaven aan, hun eigen gegevens niet te toetsen. Het Waterland-ziekenhuis gaf aan dat *adverse events* met betrekking tot lead dislocaties wel in de NCDR werden geregistreerd.

Tabel 10.3.2.1

Aantal heringrepen en aantal ingebrachte devices

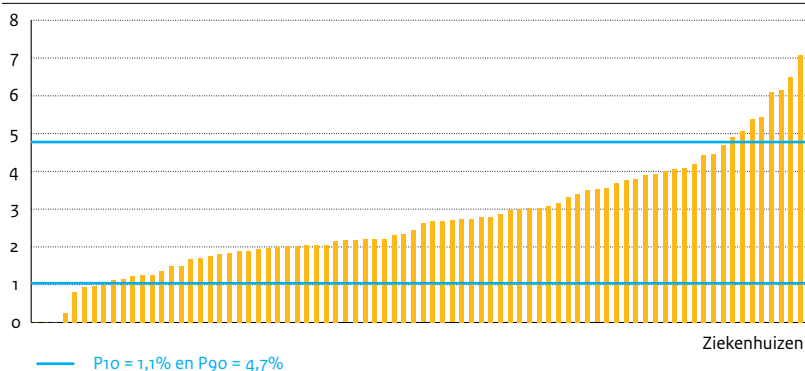
	Aantal heringrepen	Totaal aantal ingebrachte devices	Percentage
Aantal instellingen	80		
Gemiddeld	7,1	251,0	2,7%
Standaarddeviatie	7,4	201,7	1,5%
Mediaan	4,5	153,5	2,5%
P10	1,0	73	1,1%
P90	14,1	503,3	4,7%
Min	0	54	0%
Max	38	1.010	7,1%
Totaal	565	20.082	

De volgende ziekenhuizen hebben een percentage ‘Interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid’ van minder dan de P10 (1,1%): IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) (0%), St. Jans Gasthuis (Weert) (0%), Deventer Ziekenhuis (Deventer) (0%), OLVG (Amsterdam) (0,2%), ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) (0,8%), Westfriesgasthuis (Hoorn) (0,9%), Isala Diaconessenhuis (Meppel) (1%) en Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Alkmaar (Alkmaar) (1%).

De volgende ziekenhuizen hebben een percentage ‘Interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid’ meer dan de P90 (4,7%): Diaconessenhuis (Utrecht en Zeist) (4,9%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (5,1%), Waterlandziekenhuis (Purmerend) (5,4%), Antonius Ziekenhuis (Sneek) (5,5%), Jeroen Bosch Ziekenhuis (’s-Hertogenbosch) (6,1%), Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) (6,2%), Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) (7,1%) en Erasmus MC (Rotterdam) (7,4%).

Figuur 10.3.2.1

Percentage re-interventies



Aandachtspunten

Zichtbare aandacht bij problemen is goed, maar leidt ook tot andere vragen

De twee ziekenhuizen die het hoogste percentage re-do (heringrepen) hebben, geven beide een informatieve toelichting. In het Erasmus ziekenhuis (7,1%) is opgevallen dat de uitslagen zijn te herleiden tot één operateur in opleiding die inmiddels een andere rol heeft gekregen: “De desbetreffende operateur fungeert nu als tweede operateur om zijn vaardigheden verder te ontwikkelen.” De problemen zijn tijdens het registratiejaar ontdekt en daarop zijn de bedoelde maatregelen genomen. Voor de inspectie is dat deels geruststellend. Zelf signaleren en maatregelen nemen is evident superieur aan retrospectief reageren op externe vragen. Ook is het dapper om een oorzaak binnen de eigen organisatie publiek te melden. Het is vooral dapper omdat het ook leidt tot vervolgvragen: welke waarborgen zijn er voor een veilige manier van werken van een operateur in opleiding? Het betreft hier potentieel 28 patiënten met schade. Hoe is dat afgehandeld? Wanneer wordt het signaal

zichtbaar dat een interventie noodzakelijk is? Kortom, welke wijzigingen zijn er aangebracht in het begeleidingsproces van operateurs in opleiding om dat veiliger te maken?

Parallele melding van ziekenhuis en industrie

De andere toelichting is ook belangrijk. Het Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) meldt: *“De 14 redo’s worden 13 keer veroorzaakt door problemen met een Sorin draad, Sorin RF46D. Dit hebben we ontdekt reeds in 2016 en hebben actie ondernomen. De firma is aan het beoordelen of andere ziekenhuizen dezelfde problemen met deze draad hebben. Totdat er meer duidelijk is, is de draad uit het assortiment gehaald. Sindsdien zien we geen problemen meer.”* Dit is ook voor de inspectie een interessante opmerking. Leveranciers moeten ook aan de inspectie melden dat er ernstige problemen zijn geweest met een product. In dit geval bleken er ook een aantal meldingen over de draad bekend te zijn via de producent, ook uit dit ziekenhuis. Op die manier kan gewaarborgd worden dat actie wordt ondernomen als blijkt dat meerdere ziekenhuizen te maken hebben gehad met dit probleem. Uit een kort onderzoek bleek dat er tenminste een ander ziekenhuis was die hetzelfde probleem had gemeld.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD’s niet systematisch via de National Cardiovascular Data Registry (NCDR), voorheen de landelijke database Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR) of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan de landelijke normen op het gebied van registratie en analyse?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers of ICD’s?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van de gebruikte implantatiematerialen?
- Wat is het beleid met betrekking tot landelijke registraties en het gebruik van benchmarkgegevens?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief hoog (voor 2016: meer dan 4,7%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daarvan de uitkomst?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Welke infectiepreventiemaatregelen zijn er vervolgens genomen?
- Wat was de uitslag van de audit door de infectiepreventiedeskundige van de ruimte waar de implantaties plaatsvinden?
- Voldoen deze aan OK level II?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (NCDR)?
- Wanneer wordt de raad van bestuur op de hoogte gesteld van een complicatiepercentage?
- Zijn daar afspraken over?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de resultaten te verbeteren?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief laag (voor 2016: minder dan 1,1%)

- Welke controle en analyse is uitgevoerd op de gegevens?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectiepreventiemaatregelen genomen?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (NCDR)?
- Hoe (systematisch) is de *follow-up* georganiseerd?
- Welke groepen worden wel/niet in de *follow-up* betrokken?
- Wie verzorgt de nazorg voor groepen die niet in de *follow-up* zitten?
- Worden complicaties tijdens de *follow-up* ook bijgehouden?

Het ziekenhuis neemt deel aan de NCDR, maar de NCDR is niet de bron van de indicatorinformatie

- Op welke wijze werken cardiologen en ziekenhuis samen om te komen tot een goed beeld van de toestand van de cardiologie?

10.4 Carotischirurgie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.4.

Indicatoren

10.4.1 Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct

10.4.2 Percentage complicaties

Inleiding

Een carotisstenose is symptomatisch bij een doorgemaakte cerebrale- of retinale ischemie in de afgelopen zes maanden bij een carotisstenose van >70%. Bij patiënten jonger dan 75 jaar moet het risico van een carotisendarteriëctomie (ischemie, overlijden) kleiner zijn dan 3% om efficiënter te zijn dan medicamenteuze behandeling^[51]. De indicator Interval bij patiënten met een TIA/herseneninfarct heeft tot doel de tijdsperiode tussen symptomatologie en interventie te minimaliseren. De indicator Percentage complicaties heeft tot doel inzichtelijk te maken welk complicatierisico er is.

Resultaten

Tabel 10.4.1.1

Aantal dagen tussen operatie en eerste contact

	Patiënten met een interval > 21 dagen	Aantal uitgevoerde ingrepen	Percentage	Mediaan aantal dagen
Gemiddeld	3	45	7,2%	10,7
Standaarddeviatie	4	18	5,4%	1,5
Mediaan	3	42	6,1%	11,0
P10	1	23	1,5%	9,0
P90	6	70	14,0%	12,8
Totaal	182	2.389		

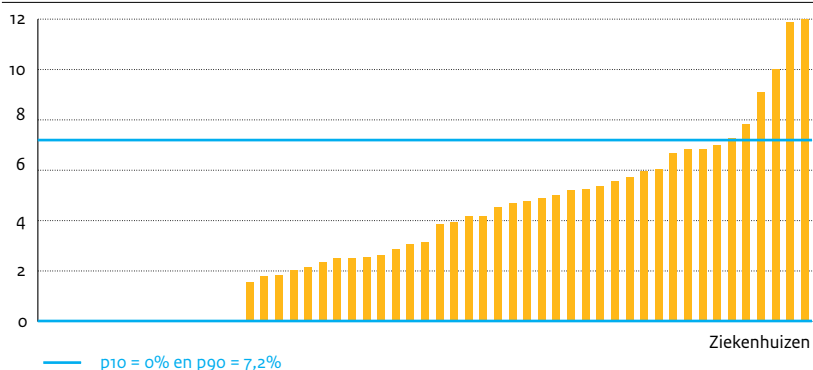
[51] http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/beroerte/secundaire_preventie_van_beroerte/chirurgische_secundaire_preventie/indicaties_carotis_endarteriectomie.html

Tabel 10.4.2.1

Aantal complicaties bij een carotisingreep

	Complicaties	Carotisingreep	Percentage
Gemiddeld	1,7	44	3,7%
Standaarddeviatie	1,5	17	3,2%
Mediaan	1,0	42	3,1%
P10	0,0	23	0,0%
P90	4,0	66	7,2%
Totaal	91	2.336	

Figuur 10.4.2.1

Percentage complicaties

Van de 94 ziekenhuizen in totaal verrichtten 53 ziekenhuizen carotisendarteriëctomiën (56,4%). Al deze ziekenhuizen hadden de DACI-richtlijn volgens de definitie voldoende geïmplementeerd. De aanmelddatum was in alle gevallen de datum waarop de patiënt voor het eerst gezien was door een neuroloog of oogarts. Dit was óf de datum van het eerste polikliniekbezoek bij de neuroloog of oogarts óf de datum van het eerste contact met de neuroloog op de spoedeisende hulp. Dit is conform de richtlijn DACI.

Gemiddeld werden 45 ± 18 patiënten per ziekenhuis geopereerd. De mediaan van het aantal dagen tussen aanmelden en de carotisendarteriëctomie was 11 dagen.

Het gemiddeld percentage patiënten met een interval langer dan drie weken (21 dagen) tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriëctomie was $7,2\% \pm 5,4\%$. Er waren drie ziekenhuizen met opvallend hoge percentages $\geq 20\%$.

Het percentage patiënten dat een beroerte kreeg of overleed na een carotisingreep te hebben ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose is $3,7\% \pm 3,2\%$. Veertien ziekenhuizen rapporteerden 0%. Zes ziekenhuizen hadden een percentage $>P90$ (7,2%).

Aandachtspunten

Timing

De *timing* van een carotisendarteriëctomie is belangrijk in het voorkomen van een recidief vasculair incident. Een operatieve interventie is het meest effectief gebleken als deze wordt uitgevoerd binnen twee weken en nadat de neurologische symptomen zijn gestabiliseerd.^[52] Het landelijk gemiddelde en de mediaan van het aantal dagen tussen aanmelden en de carotisendarteriëctomie is minder dan 21 dagen. Een aantal ziekenhuizen wijkt hiervan evident af. Deze ziekenhuizen hadden, in retrospectief, bij die patiënten die daadwerkelijk langer dan 21 dagen hebben gewacht op een carotisendarteriëctomie, de achterliggende oorzaak hiervan moeten achterhalen. Structurele (logistieke) tekortkomingen in doorlooptijden van het zorgtraject zouden hierbij aan het voetlicht kunnen komen en het traject zou kunnen worden aangescherpt. Het is aan de wetenschappelijke vereniging om te oordelen over de ziekenhuizen die negatief afwijken van het landelijk gemiddelde, en om te bepalen of deze ziekenhuizen gemachtigd blijven tot het uitvoeren van een carotisendarteriëctomie.

Patiëntenpopulatie nader onderzoeken

Het gemiddelde percentage patiënten dat een beroerte kreeg of overleed en dat een carotisingreep had ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose is landelijk gezien $>3\%$. De ziekenhuizen die een percentage $>3\%$ hebben, doen er goed aan de patiëntenpopulatie nader te onderzoeken. Bij patiënten tot 75 jaar moet het complicatierisico van een carotisendarteriëctomie kleiner zijn dan 3% om efficiënter te zijn dan medicamenteuze behandeling.

Leeftijd en type interventie: in groter verband bekijken

De leeftijd van de patiënt is bij deze indicator niet meegenomen. Daarnaast zal bij een complicatieregistratie $>3\%$ gekeken moeten worden naar het type interventie: een trombo-carotisendarteriëctomie met of zonder *patch*, eversie endarteriëctomie of carotis *stenting*. Dit zal in groter verband moeten plaatsvinden aangezien het aantal patiënten dat een beroerte kreeg of overleed na een carotisingreep in absolute aantallen per ziekenhuis gering is.

[52] <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief laag (voor 2016: lager dan 1,5%)

- Wat zijn de afspraken tussen vaatchirurgie en neurologie over de overdracht?
- Wordt het aanmeldmoment doorgegeven aan de vaatchirurg?
- Worden de processen geaudit?
- Houdt het ziekenhuis een gezamenlijke complicatieregistratie bij voor neuroloog en vaatchirurg?
- Is het beleid een afweging geweest tussen het gunstige effect van vroeg opereren en het mogelijk verhoogde risico op complicaties door vroeg opereren?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief hoog (voor 2016: hoger dan 14%)

- Hoe is de aanspreekcultuur in het ziekenhuis?
- Spreken neurologen de vaatchirurgen aan als het termijn niet gehaald wordt?
- Wanneer spreken vaatchirurgen de neurologen aan bij een vertraging in de verwijzing?
- Zijn er afspraken over termijnen en overdracht?

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief laag (voor 2016: 0%)

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar de kwaliteit van het registreren?
- Wat is de gemiddelde opnameduur?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief hoog (voor 2016: hoger dan: 7,2%)

- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?
- Is er onderzoek gedaan naar de oorzaak van het aantal complicaties?
 - Zo ja, wat was daarvan het resultaat?

10.5 Thoraxchirurgie

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.5.

Indicatoren

10.5.1 Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

Inleiding

De indicator Percentage diepe sternumwondproblemen signaleert het percentage post-operatieve complicaties na openhartchirurgie. De indicatoren 'Deelname landelijk risicogewogen mortaliteitsrisico NVT' en Percentage gebruik van *internal mammary artery* (tegenwoordig: *internal thoracic artery*) als graft werden in 2015 voor het laatst uitgevraagd.

Resultaten

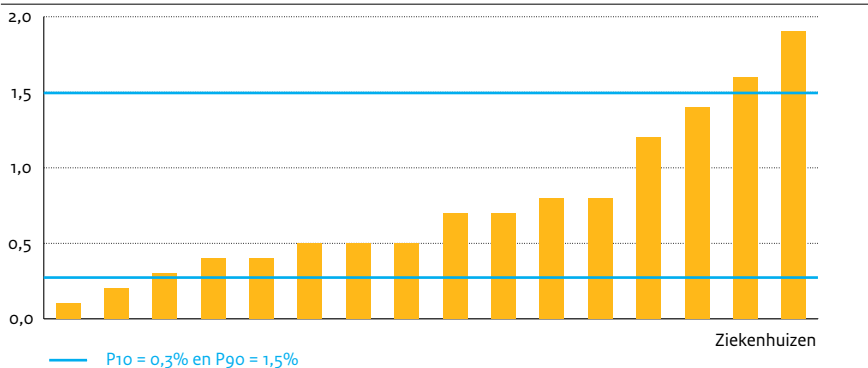
Tabel 10.5.1.1

Aantal en percentage sternumwondproblemen bij patiënten met een openhartoperatie

	Patiënten met wondproblemen	Aantal openhartoperaties	Percentage
Gemiddeld	8	996	0,7%
Standaarddeviatie	7	352	0,5%
Mediaan	6	879	0,6%
P10	2	713	0,3%
P90	15	1.415	1,5%
Min	1	551	0,1%
Max	27	1.949	1,9%
Totaal	125	15.929	

Figuur 10.5.1.1

Percentage sternumwondproblemen bij patiënten met een openhartoperatie



In totaal werden in 16 ziekenhuizen 15.929 openhartoperaties uitgevoerd in het verslagjaar 2016. Gemiddeld werden er 996 ± 353 openhartoperaties per ziekenhuis uitgevoerd. Het VUmc (Amsterdam) (551) en HagaZiekenhuis (Den Haag) (686) voerden minder dan P10 (713) openhartoperaties uit. Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) (1.455) en St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) (1.949) voerden meer dan P90 (1.415) openhartoperaties uit.

Het gemiddelde percentage diepe sternumwond problemen was $0,7\% \pm 0,5\%$.

Het Radboudumc (Nijmegen) heeft één (1) sternumwond probleem op 886 openhartoperaties (0,1%) en het Isala (Zwolle) heeft er drie op 1.374 openhartoperaties (0,3%).

Deze percentages liggen op of onder de P10 (0,3%). Het UMCG (Groningen) had 14 sternumwond problemen (1,6%) op 852 openhartoperaties (1,6%) en het Catharina Ziekenhuis had 27 sternumwond problemen op 1.455 openhartoperaties (1,9%). Deze percentages liggen boven de P90 (1,5%).

Inspectie bevindingen

In 2015 bezocht de inspectie twaalf van de zestien centra voor hartchirurgie. De inspectie kopte: *“Het operatieve proces in de cardiothoracale chirurgie: veel aandacht voor de patiënt, elkaar aanspreken verbetert de uitvoering.”* De inspectie concludeerde dat in enkele bezochte ziekenhuizen verbetering nodig was in de structuur en uitvoering van overdrachtsmomenten en de time-outprocedure. Het is belangrijk dat ziekenhuizen hiervoor blijvend aandacht houden, omdat juist op deze momenten belangrijke informatie gemist kan worden.

Het tellen van instrumenten, gazen en disposables aan het eind van de operatie moet beter, dit werd niet altijd consequent door twee personen uitgevoerd. In ziekenhuizen moet men elkaar blijven aanspreken op gedrag met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie. Het aantal deurbewegingen tijdens operaties kan minder en haren moeten beter bedekt worden door de muts. De informatieverstrekking aan patiënten voorafgaand aan de operatie over indicatie, alternatieven en na de operatie over nazorg en leefstijlbepalingen was in alle bezochte ziekenhuizen voldoende. Patiënten waren hier zonder uitzondering erg tevreden over. Dubbelcheck bij medicatietoediening en het juist gebruiken van propofol was in de

bezochte ziekenhuizen duidelijk verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren. De inspectie dringt er bij alle professionals op aan om aandacht te houden voor het aanspreken van elkaar bij onvoldoende naleving van richtlijnen.^[53]

Aandachtspunten

Opmerkelijk is dat het Catharina ziekenhuis (Eindhoven) meer dan P90 aantal openhartoperaties uitvoert en een hoger percentage diepe sternumwond problemen heeft dan P90. In dit geval is er dus geen sprake van hoger volume, minder complicaties. De inspectie heeft het idee dat er mogelijk sprake kan zijn van een definiëringsprobleem. Wanneer wordt een diepe sternumwond gerekend tot een complicatie die daadwerkelijk geregistreerd wordt? Is het zo dat de ziekenhuizen die een hoger percentage hebben sneller een diepe sternumwond registreren dan die ziekenhuizen die een opvallend laag percentage hebben? De inspectie verwacht hierop een antwoord vanuit de betrokken ziekenhuizen. Het baart de inspectie zorgen dat de ziekenhuizen met een hoog percentage diepe sternumwondproblemen afgezet tegen het landelijk gemiddelde, geen toelichting gaven. Het is heel goed mogelijk dat er een plausibele verklaring is voor het hogere percentage. Dit vraagt om interne analyse van de ziekenhuizen zelf. Het UMCG (Groningen) heeft voor de derde keer op rij een percentage hoger dan P90. In *Het resultaat telt – ziekenhuizen 2015* gaf het UMCG destijds onder meer aan zich bewust te zijn van het hoge percentage diepe sternumwondproblemen en ook dat er naar aanleiding hiervan een gesprek heeft plaatsgevonden met vertegenwoordiging van de NVT.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage diepe sternumwondproblemen (mediastinitis) is relatief hoog of relatief laag (in 2015: meer dan 1,3% of minder dan 0,2%)

- Heeft het ziekenhuis de definitie gehanteerd zoals geformuleerd door de NVT?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd?
- Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het hoge of lage percentage patiënten met diepe sternumwond problemen?
- Wat is het beleid t.a.v. surveillance?
- Hoe is het beleid ten aanzien van infectiepreventie?
- Welke maatregelen treft het ziekenhuis om het aantal problemen te beperken?

[53] Het operatieve proces in de cardiothoracale chirurgie
2015

10.6 Atriumfibrilleren

Vraagstelling en definities zijn te vinden in de *Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2016* paragraaf 10.6.

Indicator

10.6.1 Percentage nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHAD₂VASC-score werd vastgelegd

Inleiding

Atriumfibrilleren moet gezien worden als een onderdeel van het cardiovasculaire morbiditeitsspectrum. De CHAD₂VASC-score is een instrument voor het inschatten van het risico op een ischemisch cerebrovasculair incident (CVA).^[54] De indicator CHAD₂VASC-score geeft het percentage weer bij hoeveel nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter deze score is geregistreerd.

Resultaten

Tabel 10.6.1.1

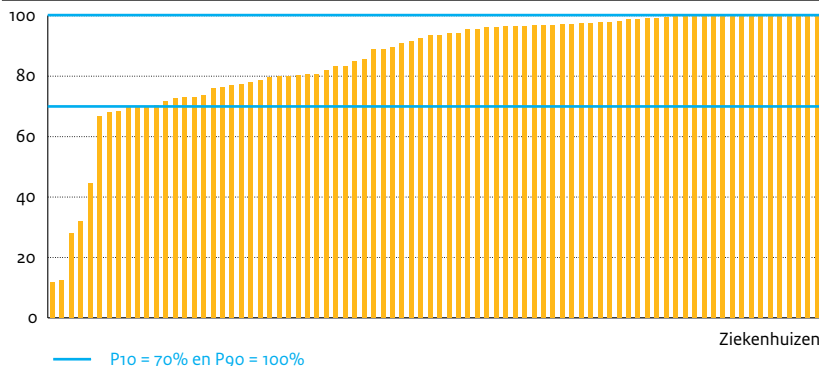
Vastgelegde CHAD₂VASC-score bij aantal patiënten

	CHAD ₂ VASC-score vastgelegd	Patiënten	Percentage
Gemiddeld	463,4	573	85,3%
Standaarddeviatie	319,5	348	18,9%
Mediaan	402,0	549	93,5%
P10	123,8	135	70%
P90	939,2	1.021	100%
Min	43,0	43	11,9%
Max	1.466,0	1.466	100%
Totaal	21.780	26.912	

[54] <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-atriumfibrilleren-tweede-partiele-herziening>

Figuur 10.6.1.1

Percentage patiënten waarbij een CHAD₂VASC-score is vastgelegd



82 ziekenhuizen gaven aan cardiologische zorg te bieden en alle ziekenhuizen hadden de beschikking over data betreffende de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter waarvan een CHAD₂VASC-score werd vastgelegd (100%). 47 ziekenhuizen (57,3%) leverden de data aan van het complete cohort. De overige ziekenhuizen gaven aan een steekproef te hebben genomen. Van de ziekenhuizen die een volledig cohort hadden aangeleverd, werden gemiddeld 573 ± 384 nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter vastgesteld.

Het gemiddelde percentage CHAD₂VASC-score was 85,3% ± 18,9%. Acht ziekenhuizen hebben een CHAD₂VASC-score lager dan de P10 (70%). Deze ziekenhuizen zijn: VUmc (Amsterdam) (11,9%), VieCuri (Venlo en Venray) (12,4%), Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg) (28,1%), Amphia Ziekenhuis (Breda) (32,0%), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (44,5%), Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal) (66,7%), Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) (68%) en Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) (68,4%). 16 ziekenhuizen hebben een percentage boven de P90 (100%).

Bespreking individuele ziekenhuizen

Het VUmc had het laagste percentage en gaf hierop de volgende toelichting: “Begin 2016 is VUmc overgegaan op een nieuw EPD. In dit nieuwe EPD is voorzien dat op een vooraf bepaald veld een CHAD₂VASC-score wordt genoteerd. Het bestaan en de locatie van dit veld was niet bekend bij alle gebruikers. Bij navraag blijken vele gebruikers op talloze andere plekken in het EPD een CHAD₂VASC-score vast te leggen. Het is onmogelijk om per patiënt het gehele dossier te doorzoeken naar een CHAD₂VASC-score. De alhier gemelde teller geeft aan hoe vaak een score is ingevuld in het vooraf bepaalde veld en is derhalve een forse onderschatting van het aantal keren dat een CHAD₂VASC-score is vastgelegd in het dossier van een patiënt.”

De implementatie van een nieuw EPD levert vaker registratieproblemen op. Hieruit blijkt evenwel hoe belangrijk het is voor het leveren van kwalitatief goede patiëntenzorg om adequaat te communiceren en goede afspraken te maken over hoe wordt gedocumenteerd. 2016 is het eerste jaar dat de CHAD₂VASC-score wordt geregistreerd, een vergelijking met het

percentage CHAD₂VASC-score met andere jaren is dus niet mogelijk. De inspectie heeft een uitdrukkelijke voorkeur voor data van het gehele cohort.

Echter, in voorkomende gevallen zou ter overweging een relevante steekproef kunnen worden genomen waarbij wel het hele dossier wordt doorgenomen. De inspectie vertrouwt erop dat de data over het verslagjaar 2017 in goede orde worden aangeleverd.

VieCuri heeft een percentage dat maar een fractie hoger was. VieCuri geeft geen verklarende toelichting over het uiterst lage percentage. De inspectie spreekt er haar twijfel over uit of de aangeleverde data door het ziekenhuis zijn geanalyseerd. Als de data intern niet worden geanalyseerd, kunnen er op basis van de uitslag ook geen verbetermaatregelen worden ingezet. De inspectie vindt dit een zorgelijk signaal.

De toelichting van de Reinier de Graaf Groep is even verbazingwekkend als uitermate zorgelijk te noemen: *“Alle patiënten worden op basis van klinische blik gescreend om de indicatie voor antistolling in te schatten. Wanneer op basis van twee criteria duidelijk is dat een patiënt minimaal 2 scoort, geeft het invullen van de totale score voor de behandeling geen extra inzichten.”* Op basis van deze toelichting concludeert de inspectie dat de Reinier de Graaf Groep zich niet conformeert aan de door de wetenschappelijke vereniging ontwikkelde indicator CHAD₂VASC-score. Het feit dat toch iets meer dan een kwart van de nieuwe patiënten met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter wel gescreend worden met de CHAD₂VASC-score, zou erop kunnen wijzen dat er onder de medisch specialisten geen eenduidig beleid is bij deze patiënten-categorie. Dit is een helder signaal en de raad van bestuur van de Reinier de Graaf Groep zou hierop passende maatregelen moeten nemen.

Aandachtspunten

Unieke plek voor invoer van essentiële informatie noodzaak

De inspectie voert regelmatig statusonderzoek uit in het kader van toezicht. Een van de opvallende problemen die daarbij aan het licht komt is de veelheid aan plaatsen waar essentiële informatie kan worden opgeschreven. Voorbeelden daarvan zijn meerdere plaatsen voor informatie over allergieën of medicatie. Problemen ontstonden bijvoorbeeld doordat zorgverleners concludeerden dat er geen allergie aanwezig was. Die was er wel, maar die informatie stond op een andere, onverwachte plek. Dat was een probleem in het tijdperk van papieren dossiers, maar dat blijkt ook een probleem in de tijd van de EPD's. Ziekenhuizen melden dat zij laag scoren omdat de informatie ergens in het EPD is opgeschreven, maar niet op de plek die daarvoor bedoeld was. Antistolling is hoogrisico medicatie. De indicatie daarvoor moet goed vindbaar vastgelegd worden. Maar een EPD is ook een communicatiemiddel: ervoor zorgen dat de ander de informatie óók kan vinden, is een van de voorwaarden voor goede communicatie. De ziekenhuizen die om deze reden slecht scoren, staan dan ook op de goede plaats: onderaan.

Dubbele indicatie voor antistolling? Duidelijk vastleggen

De CHAD₂VASC stelt de indicatie voor antistolling, ook als de patiënt die om andere redenen al krijgt. De Ziekenhuisgroep Twente geeft de volgende toelichting: *“Patiënten die al wel met antistolling werden behandeld en er dus geen noodzaak meer was de CHAD₂VASC score af te nemen zijn meegeteld.”* Met andere woorden, het is niet noodzakelijk om de indicatie voor antistolling

vast te leggen als de patiënt al antistolling krijgt om andere redenen. Dat lijkt een tijdsbesparing, maar dat is het niet. Gezien het risico op herseninfarcten zou een cardioloog in dat geval moeten vaststellen dat de andere voorschrijver het medicament net zo lang heeft voorgeschreven als dat voor het atriumfibrilleren noodzakelijk zou zijn. Een eenvoudig rampscenario is dat de andere indicatie vervalt en daarmee de antistolling, met een herseninfarct als gevolg. In ieder geval moet duidelijk zijn dat er een dubbele indicatie is voor antistolling.

Antistolling hoogrisico medicament

Antistolling als hoogrisico medicament. Antistolling is een van de medicamenten waarover de inspectie een hoog aantal meldingen binnenkrijgt en waarbij – blijkt uit onderzoek – de meeste *vermijdbare* schade optreedt, door medicatie veroorzaakt. Dat stelt extra eisen aan het gebruik, om het veilig te houden. Een van die eisen is het zorgvuldig documenteren van de reden van gebruik. Zorgverleners die de medicatie aanpassen of (tijdelijk) stoppen kunnen zo beter beoordelen wat de gevolgen van hun handelen zijn. Dat geldt voor alle voorschrijvers van antistolling, niet alleen voor cardiologen. Maar de grote verschillen in de implementatie van de score laten zien dat hier nog veel winst te behalen is.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage patiënten met een vastgelegde CHADVASC2 score is laag (2016 < 70%)

- Welk beleid voert het ziekenhuis rond de veiligheid van het gebruik van antistolling?
- Is er een ziekenhuisbreed beleid rond het veilig gebruik van hoogrisico medicatie?

Het ziekenhuis vermeldt in de toelichting dat zorgverleners de informatie over de CHADVASC2 elders vastleggen.

- Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het standaardiseren van voor de veiligheid van de patiënt essentiële informatie, zoals allergieën?



2016

Het resultaat telt
ziekenhuizen

www.igj.nl