



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

JAARLIJKSE TERUGKOPPELING BASISSET MSZ 2021

UTRECHT, OKTOBER 2022

## INHOUDSOPGAVE

<a href="#"><u>INLEIDING</u></a> .....	3
<a href="#"><u>1 OPERATIEF PROCES</u></a> .....	4
<a href="#"><u>5 DIAGNOSTIEK</u></a> .....	7
<a href="#"><u>7 MEDICATIEPROCES</u></a> .....	11
<a href="#"><u>8 ZORG</u></a> .....	16
<a href="#"><u>10 HART EN VATEN</u></a> .....	18
<a href="#"><u>12 INFECTIEZIEKTEN</u></a> .....	24
<a href="#"><u>17 KWETSBARE GROEPEN</u></a> .....	26
<a href="#"><u>19 ONVERWACHT LANGE OPNAME DUUR EN HEROPNAMEN</u></a> .....	30

## INLEIDING

Voor u ligt de jaarlijkse terugkoppeling van de kwaliteitsindicatoren uit de Basisset medisch specialistische zorg (MSZ) 2021. De Basisset MSZ wordt samengesteld door 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 het zorgsector zijn aangedragen.

Deze terugkoppeling 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 kwaliteitsindicatoren, te leren van elkaar en verder te verbeteren. Met deze resultaten 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 deze terugkoppeling vanuit het perspectief van de toezichthouder. Vanuit het perspectief van bijvoorbeeld een richtlijnencommissie, een wetenschappelijke vereniging, of een patiënt of zorgverlener kunnen mogelijk andere punten opvallen.

## BELANG VAN TOELICHTINGEN

Ziekenhuizen geven, door middel van toelichtingen op eigen resultaten van de kwaliteitsindicatoren, aan hoe zij deze eigen resultaten beoordelen. Particuliere klinieken blijven hierin nog steeds 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 indicator; 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. Enkele 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.

## LAATSTE KEER JAARLIJKSE TERUGKOPPELING IN DEZE VORM

De focus van deze terugkoppeling ligt op het geven van feedback aan de ziekenhuizen op de vijftien kwaliteitsindicatoren uit de Basisset MSZ 2021. Voor wat betreft particuliere klinieken geeft de IGJ een terugkoppeling over de gezamenlijke kwaliteitsindicatoren uit de Basisset MSZ 2021. Dit jaar is het de laatste keer dat de resultaten van de Basisset MSZ in deze vorm wordt teruggekoppeld.

De resultaten van de verbeterdoelen worden separaat gepubliceerd in factsheets met per verbeterdoel een landelijk beeld en goede voorbeelden. Met deze factsheets én de organisatie van een inspiratiesessie van het verbeterdoel 'optimaal pijnbeleid' op 3 oktober 2022 meent de IGJ ziekenhuizen en particuliere klinieken met elkaar te verbinden om van elkaar te leren en te verbeteren. Over de resultaten van de Basisset MSZ 2022 worden de resultaten van de laatste kwaliteitsindicatoren in deze nieuwe vorm van terugkoppeling meegenomen. De resultaten van de verbeterdoelen zijn terug te vinden via de website.

## TOT SLOT

Complimenten voor de ziekenhuizen en particuliere klinieken die wederom tijdens de coronapandemie via de kwaliteitsindicatoren inzicht hebben weten te houden in de kwaliteit van zorg, dan wel risicobewust prioriteiten hebben gesteld. Het is goed om te merken dat, onder andere tijdens de contacten met zorgprofessionals werkzaam in ziekenhuizen en particuliere klinieken, de IGJ enthousiaste geluiden horen 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

### 1.3.1 Heroperaties bij een heupfractuur

#### 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.

#### RICHTLIJN

##### [Proximale femurfracturen](#)

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

#### RISICO'S

Patiënten met een proximale heupfractuur hebben veelal meerdere gezondheidsproblemen. De kans dat een patiënt met een proximale heupfractuur komt te overlijden is daarmee verhoogd. Onvoldoende analyse van de eigen uitkomsten vergroot de kans dat problemen binnen de kwaliteit van zorg van deze patiënten langer blijven bestaan dan noodzakelijk.

#### RESULTATEN

71 Nederlandse ziekenhuizen geven aan patiënten te behandelen met een heupfractuur. Deze kwaliteitsindicator geeft het percentage heroperaties van mediale collumfracturen met interne fixatie (1,3%), het percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese (1,9%) en het percentage van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (0,7%). In vergelijking met de voorgaande jaren zijn bij deze kwaliteitsindicator op landelijk niveau geen grote opvallende verschillen. Het is goed om te vernemen dat in toenemende mate ziekenhuizen een inhoudelijk goede toelichting geven. Met een inhoudelijk goede toelichting kan een ziekenhuis laten zien dat het zicht heeft op de eigen resultaten.

Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk) heeft met 11,8% het hoogste percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur. Het ziekenhuis geeft geen toelichting. Ook het UMCG (Groningen) heeft een percentage (7,7%) boven de P90 en geeft geen toelichting. Het gaat bij beide ziekenhuizen om relatief kleine aantallen. Dit kan echter ook een risico op zich zijn. Ziekenhuizen doen er goed aan analyses te verrichten over de afgelopen jaren en bij persisterend hoge percentages zo mogelijk te komen met concrete verbetermaatregelen. BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam) heeft een percentage van 10,0% en laat in de toelichting zien dat er, mede naar aanleiding hiervan, een analyse is verricht: '[Gezien relatief hoge percentage door kleine aantallen zijn de individuele infecties onderzocht \(betreft kwetsbare patiënten ASA 3 en 4\). Geen bijzonderheden of overeenkomsten gevonden. Bekeken wordt om eventueel bij kwetsbare groep verlengde profylaxe te geven. Bij verdenking op een postoperatieve wondinfectie kiezen we voor een agressieve behandeling volgens de richtlijn/DAIR principes. Helaas betekent dat er soms een patiënt later toch negatief blijkt. Zo is er van de heroperaties één patiënt met lekkende wond bij groot hematoom en fenprocoumon gebruik slechts één positieve kweek \(Cutibacterium acnes\) die als contaminatie beschouwd moet worden. Dus totaal percentage heroperaties op basis van infectie 4/70 is 5,7%.](#)'

Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) heeft met 7,3% het hoogste percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese. Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: '[Luxaties waren voornamelijk reden voor revisie. Landelijk gezien staat het Catharina ziekenhuis in de top vijf van revisiepraktijken. Door deze ervaring is de drempel om een herstelgreep te verrichten relatief laag, en wordt er eerder voor gekozen recidiverende luxatie bij oudere patiënt niet te laten bestaan. Door tijdig ingrijpen kunnen deze patiënten geholpen worden met een relatief simpele, kortdurende maar helaas tweede](#)

ingreep.’ Dit is een toelichting die de inspectie opmerkelijk vindt. Als er in dit ziekenhuis eerder wordt besloten tot revisie bij recidiverende luxatie, en dat zou beter zijn voor de oudere patiënt, in hoeverre moet dit dan ook gelden voor andere ziekenhuizen? Het is aan de beroepsgroep om te oordelen of dit beleid verder navolging moet krijgen. De inspectie gaat hierover graag in gesprek.

De inspectie riep de ziekenhuizen met hoge percentages in voorgaande jaren hadden, mede in het kader van leren en verbeteren van elkaar, aan te geven welke verbetermaatregelen zij troffen om zo het percentage te reduceren. Treant Zorggroep cure (Emmen, Hogeveen en Stadskanaal) heeft gehoor gegeven aan deze oproep: ‘Treant heeft al meerdere jaren een afwijkende score op deze kwaliteitsindicator. Eind 2020 is hier een verbeterplan op gemaakt met extra aandacht voor infectiepreventie (naleving hygiëneregels, opdekken onder het plenum) en het voorkomen van luxatie door gebruik van een gecementeerde prothese. Ondanks de periodieke sturing en dat iedere operateur zich consciëntieus heeft gehouden aan de afspraken van het verbeterplan heeft dit niet geresulteerd in vermindering van het aantal heroperaties. In 2021 blijkt dat vier patiënten een wondinfectie hebben gehad en zes patiënten een luxatie. Bij drie van deze patiënten met een heroperatie heeft verandering van het prothese-materiaal mede tot de heroperatie geleid. Begin 2022 heeft iedere operateur een verbeterplan opgesteld aan de hand van analyse van de eigen cijfers van de afgelopen drie jaar. Deze analyse is in gezamenlijkheid besproken in de traumagroep. In het vernieuwde verbeterplan is o.a. het volgende opgenomen; Algemeen: Externe adviseur vragen een analyse te doen. Aanhouden structuur DICA-bespreking. Deelname programma Waardegedreven Zorg Heupfractuur, start juni 2022. Terugdringen percentage luxaties en dislocaties: Extra bijeenkomst over operatieve aanpak; *best practice* & persoonlijk verbeterplan naar aanleiding van cijfers 2019-2021 per operateur. Meekijken bij collega’s *best practice*. Bij verandering van prothese materiaal door leveringsproblemen moet er direct per operatieve ondersteuning geboden worden. Terugdringen postoperatieve infecties: Verlengde profylaxe (d.w.z. 2 gr cefazoline preoperatief en 3dd 1 gram de volgende 24 uur). Opvolgen interne audits van infectiepreventie door middel van flitsaudits. De vakgroepen chirurgie en orthopedie zijn er van doordrongen dat de zorg voor de patiënten met een heupfractuur geoptimaliseerd moet worden. Hiervoor zullen ze zich blijvend toetsbaar opstellen.’ Het ziekenhuis laat daarmee zien dat het onderzoek heeft gedaan naar de oorzaak van de heroperaties van de afgelopen opeenvolgende jaren. Er zijn verbetermaatregelen genomen. Het ziekenhuis laat zien dat het zicht heeft op eigen data, heeft op basis van eigen analyse verbetermaatregelen getroffen en heeft externe expertise ingeschakeld om het proces te analyseren. Het thema is geagendeerd en blijft onder de aandacht. De inspectie wordt graag geïnformeerd over de verder ontwikkelingen op dit thema.

Er zijn meerdere ziekenhuizen die een interne analyses uitvoeren en hieruit verbetermaatregelen treffen. Het Zaan Medisch Centrum (Zaandam) is hier een duidelijk voorbeeld van: ‘De kwaliteitsindicatoren over 2020 lieten zes heroperaties in 2020 zien na de endoprothese. Dit is een verhoging ten opzichte van de landelijke indicatoren. Van deze zes heroperaties zijn er vijf uitgevoerd vanwege (verdenking) op infectie, één heroperatie betrof een repositie van een geluxeerde prothese. Ook over 2021 (data exclusief follow-up periode) is een verhoogd infectiepercentage geconstateerd. Naar aanleiding van de data is er, na overleg tussen de afdeling infectiepreventie en de vakgroep chirurgie, besloten een audit infectiepreventie uit te voeren op de ingreep kophalsprothese (sept-okt 2021). Ingezette vervolgacties: Er is multidisciplinair overeengekomen een bundel van interventies toe te passen. Deze hebben betrekking op verschillende onderdelen en disciplines van de OK. Het is daarom van belang dat dit multidisciplinair wordt opgepakt en breed wordt gedragen. De volgende interventies zijn afgesproken: Antibiotica profylaxe. De procedure van toedienen van antibiotica is nagelopen door de vakgroep chirurgie. Het traject van toedienen van de antibiotica profylaxe gaat geborgd worden door het tijdstip van toedienen van de antibiotica mee te nemen in de TOP. Indien er nog geen 30 minuten verstreken zijn tussen aanhangen antibiotica en incisie, wordt de incisie uitgesteld totdat de antibiotica volledig is ingelopen. Verhoging naleving van de infectiepreventie richtlijnen. In het naleven van de infectiepreventie richtlijnen is winst te behalen. De algemene indruk is dat de OK-medewerkers gemotiveerd zijn om de infectiepreventie richtlijnen na te leven. Ze staan open voor feedbacken zijn geïnteresseerd. Ook voldoen alle medewerkers aan de geldende richtlijnen voor persoonlijke hygiëne. Wel zijn er enkele gewoonten ingesleten, die de gehele discipline niet ten goede komen. Voor het

verhogen van de discipline van alle medewerkers op de OK ten aanzien van de infectiepreventie richtlijnen is er een werkgroep opgezet bestaande uit deskundige infectiepreventie, Hoofd OK, teamcoördinator OK, teamcoördinator anesthesie en teamcoördinator CSA. Alle medewerkers op de OK worden bijgeschoold in de infectiepreventie richtlijnen. Daar waar mogelijk worden aanpassingen in het proces doorgevoerd om een betere naleving van de richtlijnen te borgen. Peroperatief Er wordt overgegaan op het spoelen van de wond met een betadine oplossing in plaats van een zoutoplossing (onderbouwing: WHO 2018; *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*). Vervolg 2022. In 2022 wordt er, om het effect van de aangenomen interventies te volgen, intensief gemonitord op een aantal processen. Deze data worden begin juli 2022 besproken met alle belanghebbenden in een evaluatie overleg. Naar aanleiding hiervan kan besloten worden of er moet worden bijgestuurd op de genomen interventies. Deze toelichting is eerder gedeeld met de IGJ in het jaargesprek.' Het ziekenhuis geeft in deze toelichting aan dat zij interne analyses uitvoert om aanwijsbare oorzaken vast te kunnen stellen. Het is goed dat ziekenhuizen interne analyses doen en de uitkomsten hiervan delen met elkaar om van elkaar te kunnen leren en te verbeteren.

De inspectie onderschrijft het belang dat ziekenhuizen zicht hebben op eigen resultaten. Op basis van eigen analyse moeten zo nodig verbetermaatregelen worden ingezet. De verbetermaatregelen worden vervolgens geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

## ONTWIKKELINGEN

In de afgelopen jaren is de Basisset MSZ doorontwikkeld met veldpartijen naar verbeterdoelen. Deze kwaliteitsindicator wordt voor het laatst uitgevraagd. Van ziekenhuizen wordt wel verwacht dat zij het thema blijvend onder de aandacht houden en waar nodig de zorg op dit thema verbeteren.

## 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 perifeer 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 in de keten zijn ten minste de huisarts, praktijkondersteuner, (diabetes)podotherapeut, medisch pedicure en afhankelijk van de lokale organisatie van de zorg een diabetesverpleegkundige. Om de relevante tweedelijns 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); (diabetische) 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**

70 Nederlandse ziekenhuizen behandelen patiënten met diabetische voetwonden. Negen van deze ziekenhuizen hebben geen (diabetische) podotherapeut en drie van deze ziekenhuizen hebben geen gipsverbandmeester als lid van het multidisciplinair voetenteam. Op zes ziekenhuizen na hebben alle ziekenhuizen 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 zes klinieken (van 613 klinieken die indicatoren over 2021 hebben aangeleverd) 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. Op één van deze locaties is geen revalidatiearts betrokken en de andere locatie heeft een volledig multidisciplinair voetenteam. Een andere kliniek geeft aan dat er geen revalidatiearts en (Diabetisch) podotherapeut zijn betrokken in het multidisciplinaire voetenteam. De overige drie particuliere klinieken geven aan dat binnen hun instelling geen multidisciplinair voetenteam functioneert, waarbij zij geen verdere toelichting geven.

Saxenburgh Medisch Centrum (Hardenberg) gaf twee jaar geleden als toelichting: '[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 wederom geen toelichting op dit thema. Net als voorgaande jaren 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? Is inmiddels gehoorgegeven aan de oproep van de inspectie om het zorgproces kritisch tegen het licht te houden en daar waar nodig verbetermaatregelen te treffen?



MCL (Leeuwarden) heeft het voorgaande jaren het zorgproces geanalyseerd wat heeft geresulteerd in een verbetermaatregel met het instellen van een wekelijks MDO diabetische voet, zo blijkt uit de toelichting: 'Dagelijks zijn er multidisciplinaire spreekuren binnen het wond expertise centrum (WEC), waardoor laagdrempelig met elkaar overlegd en meegekeken kan worden. Eens per twee weken is er met alle disciplines multidisciplinair overleg over nieuwe en complexe/recidief patiënten. Sinds het instellen van het Wond Expertise Centrum zijn een aantal zaken gerealiseerd. Dit betrof: 1. Standaardiseren van de diagnostiek en de behandeling (eliminieren van ischemie en infectie) 2. Samenwerking thuiszorg alsmede scholing voor behandeling thuis/ verpleeghuis met regie bij WEC 3. MDO voor complexe patiënten met toevoeging internist, orthopedisch chirurg en plastisch chirurg op afroep, naast de reeds aanwezige disciplines: gipsmeester, wondverpleegkundige, revalidatiearts, orthopedisch schoenmaker en vaatchirurg 4. In EPD is een wond dossier aangemaakt dat alle elementen bevat zoals deze worden vereist in de richtlijn diabetische voet en inzichtelijk voor alle betrokken zorgverleners. Dit heeft erin geresulteerd dat er meer ruimte is in de poliplanning voor patiënten met complexe wonden. Hierdoor is meer tijd te besteden aan de individuele patiënt.' Een wond expertise centrum heeft een multidisciplinair spreekuur nodig om aan de diverse kennisbehoeften te voldoen. Het ziekenhuis heeft hier gehoor aan gegeven. Het ziekenhuis kan trots zijn op het behaalde resultaat met een verbetering van het percentage nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, gezien door het multidisciplinaire voetenteam, van 73,3% naar 97,0%.

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

In de ziekenhuizen krijgt gemiddeld 84,6% van de patiënten een vasculaire analyse binnen acht dagen. Dit is wederom een verbetering in vergelijking met voorgaand verslagjaar. Twee particuliere klinieken van de drie klinieken waar een multidisciplinair voetenteam functioneerde, geven aan dat bij 100% van de patiënten een vasculaire analyse binnen acht dagen plaatsvindt.

De inspectie vroeg het UMCG (Groningen) vorig jaar opheldering over de gegeven toelichting: '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.' De inspectie gaf aan dat, ervan uitgaande dat elk jaar nieuwe patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus worden behandeld in het ziekenhuis, zij naar verwachting een passende behandeling hadden gekregen. Het ziekenhuis komt dit jaar met een inhoudelijk navolgbare toelichting: 'We hebben sinds 2021 in principe één keer per twee weken een multidisciplinair voetspreekuur, waarbij de vaatchirurg, orthopeed, revalidatiearts en endocrinoloog aanwezig zijn. Patiënten krijgen voorafgaand aan het spreekuur vaatonderzoek en een voetfoto. De vaatchirurgie heeft de diabetische voetzorg verplaatst naar het OZG, dus de enige patiënten die hier gezien worden zijn patiënten met multi-problematiek die om die reden in het UMCG behandeld worden, zoals bijvoorbeeld dialyse patiënten. Daarom is een wekelijks spreekuur ook niet nodig. Als er een acuut probleem is worden patiënten gezien door de zorgverlener waar de huisarts naar verwezen heeft en wordt een van bovenstaande trajecten ingezet.'

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 voetspulsaties 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.'

Alle ziekenhuizen worden uitgenodigd om de toelichtingen van andere ziekenhuizen 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 perifere arterieel vaatlijden bij nieuwe patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus'.

## ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator Diabetische voetenteam en tijdige diagnostiek PAV is doorontwikkeld naar het verbeterdoel Optimalisering ketenzorg diabetische voetulcus in de Basisset MSZ.

## 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 (28 dagen – 18 jaar) 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 actueel medicatie overzicht (AMO).

#### 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 ertoe leiden dat voorschrijvers niet gewaarschuwd worden en overdoseringen kunnen 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)**

##### **Opname:**

Het gemiddelde percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd is wederom nagenoeg gelijk ten opzichte van voorgaande twee jaren, namelijk 94,9% (in 2020: 93,9%). Een aantal ziekenhuizen heeft het goede resultaat van vorig jaar vast weten te houden, waaruit opgemaakt kan worden dat deze ziekenhuizen medicatieverificatie bij deze groep patiënten goed hebben geborgd. Ook laten aan aantal ziekenhuizen een grote verbetering zien, zoals het Amsterdam UMC (Amsterdam). In 2020 werd bij 51,3% van patiënten van 70 jaar en ouder bij opname de medicatie geverifieerd. In 2021 was dat 88,0%, daarbij gaf het ziekenhuis de volgende toelichting: '[Er lopen verschillende acties om de medicatieverificatie bij opname en ontslag te verbeteren. Zo is, in navolging van de werkwijze op locatie VUmc, nu ook op locatie AMC gestart met de inzet van apothekersassistenten ter ondersteuning van de medicatieverificatie. Ultimo 2021 is dit al gerealiseerd voor inwendige en chirurgische specialismen, het Hartcentrum en de afdeling gynaecologie.](#)' Het ziekenhuis verwijst in deze toelichting naar de werkwijze voor de andere kwetsbare patiëntengroep (kinderen 28 dagen - 18 jaar). In deze toelichting geeft het ziekenhuis aan: '[Daarnaast is gezocht naar manieren om in de sturing beter aan te sluiten op het werkproces van de artsen, en de focus te leggen op het verminderen van de grootste risico's in plaats van op het aanvinken van de juiste items in het EPD. Met ingang van 2022 hanteren we daarom een andere manier om de indicator voor medicatieverificatie bij opname van](#)

kinderen en obstetrische patiënten te berekenen. De beoordeling van medicatie bij patiënten die bij opname thuismedicatie gebruiken, en dan met name op de beoordeling van receptgeneesmiddelen, staat hierbij centraal. Het vergeten van een vinkje in het systeem of patiënten die geen thuismedicatie gebruiken, zijn in deze nieuwe werkwijze niet meer van invloed op de indicatoruitkomsten. Deze nieuwe manier van indicatorberekening is gevoeliger voor veranderingen in het gewenste werkproces. Bij het werken aan verbetering zal dat eerder zichtbaar zijn maar omgekeerd is ook een negatieve trend eerder zichtbaar. In 2022 implementeren we deze nieuwe werkwijze. De interne sturing op medicatieverificatie bij ontslag wijzigt **vooral nog niet.** De focus leggen op het verminderen van de grootste risico's en daarbij gericht kijken naar de wijze waarop een werkproces verbeterd kan worden, juicht de inspectie toe.

Het Spaarne Gasthuis (Hoofddorpen Haarlem) heeft hetzelfde resultaat als vorig jaar (62,8%). Het ziekenhuis gaf vorig jaar aan dat een optimalisatietraject ingezet was. Het ziekenhuis geeft een inhoudelijk sterke toelichting: 'Ten aanzien van de medicatieverificatie bij opname en ontslag zijn in 2021 meerdere trajecten ingezet om meer inzicht te krijgen in het proces [...] Bij alle nieuwe patiënten op de poli die 70 jaar en ouder zijn of vijf medicijnen of meer gebruiken, wordt de medicatieverificatie door een apothekersassistente gedaan. Verder wordt bij alle patiënten die via de SEH opgenomen worden de medicatie geverifieerd door een apothekers assistente. Tevens is er via het LSP een koppeling met de lokale apotheek en het EPD waardoor medicatie automatisch in EPIC komt. Analyse van het werkproces in het EPD liet zien dat vanwege de toenemende complexiteit van het EPD en het gebruik van navigatoren bij heel veel artsen niet duidelijk is op welke manier de uiteindelijke verificatie 'afgevinkt' moet worden in EPIC. Tevens is in de loop van 2021 gebleken dat ook door de toenemende complexiteit, de registratiegetallen geen goede afspiegeling waren van de daadwerkelijk uitgevoerde registratie. Hierop zijn een groot aantal verbetertrajecten uitgezet waaronder een verplichte 'medicatie in EPIC' module voor arts-assistenten in de inwerkperiode, meer bewustwording van het medicatieverificatieproces bij de medische staf en een aantal veranderingen in de manier van tellen in EPIC. In een aantal dashboards zijn de verschillende aspecten van de medicatieverificatie nu *real time* te monitoren. Dit is mogelijk op ziekenhuis/vakgroepen individuele arts niveau. Via de kwaliteitsdokters van elke vakgroep is hier veel aandacht voor. In 2021 is een Regionale Transmurale Afspraak (RTA) kwetsbare ouderen geïmplementeerd waarin ook expliciet de overdracht van juiste medicatiegegevens een belangrijk item is. In 2022 zal de RTA palliatieve zorg geïmplementeerd worden, met ook weer expliciet aandacht voor een correcte overdracht van medicatiegegevens.' Het ziekenhuis blijft op zoek naar verbetermogelijkheden en geeft aan de risico's op dit thema te willen beperken. In het kader van leren en verbeteren van elkaar, zou het ziekenhuis contact op kunnen nemen met een *good practise* ziekenhuis. De resultaten van de inspanningen ziet de inspectie graag tegemoet.

### **Ontslag:**

Bij gemiddeld 85,4% van de patiënten van 70 jaar en ouder is bij ontslag de medicatie geverifieerd, dit is een lichte verbetering ten opzichte van vorig jaar (in 2020: 82,6%). Een voorbeeld van een ziekenhuis om van te leren is Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade) waar bij 99,2% van patiënten van 70 jaar en ouder bij ontslag de medicatie geverifieerd wordt. Het ziekenhuis geeft de volgende toelichting: 'Zoals opgenomen in de toelichting 2020 is binnen Zuyderland MC 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. De afgelopen jaren is het dashboard veelvuldig ingezet als sturingsmechanisme, waarbij de verbetering in de resultaten ook duidelijk zichtbaar is. Gedurende 2021 heeft het dashboard nog een verdere doorontwikkeling gehad, waarbij nog meer inzicht ontstaat in de reden van ontbreken medicatieverificatie. Er is een AMO ontwikkeld dat voor de patiënten in het patiënten portaal inzichtelijk is. Tevens sturen we deze naar onze ketenpartners.' Het ziekenhuis laat zien dat deze blijvend zicht, aandacht en sturing heeft op de mate waarin medicatieverificatie bij ontslag plaatsvindt. Ook in 2020 had het ziekenhuis een goed resultaat (98,6%). Dit ziekenhuis heeft ook een goed resultaat bij medicatieverificatie bij opname (99,1%). Een mooi voorbeeld van een ziekenhuis dat in 2021 verbeteringen

heeft doorgevoerd is Gelderse Vallei (Ede). In 2020 werd bij 54,2% van patiënten van 70 jaar en ouder de medicatie geverifieerd, in 2021 was dat 75,5%, een verbetering. Het ziekenhuis geeft als toelichting 'In 2021 zijn verbeteringen gerealiseerd door middel van aanpassingen in het elektronisch voorschrijfsysteem waardoor voorschrijvers beter ondersteund worden bij het genereren van het actueel medicatie overzicht (AMO) en het maken van een ontslagrecept. Daarnaast is als onderdeel van een verbeterproject dossieronderzoek uitgevoerd waarbij de resultaten gebruikt zijn voor het aanscherpen en verduidelijken van de procedures en verantwoordelijkheden rondom ontslag. Begin 2021 is de vernieuwde werkwijze tijdens verbeterweken over medicatieverificatie bij ontslag ziekenhuisbreed 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 (een soort dashboard waarbij zichtbaar is of taken zijn afgerond zoals een patiëntengesprek, een ontslagbrief, AMO). Het ziekenhuis hoopt met het verder digitaliseren van het ontslagproces en het eenvoudiger maken van de procedure de score nog verder te verhogen in 2022.' De aangekondigde verbetermaatregelen, zoals het ziekenhuis deze in 2020 aankondigde, lijken effect te hebben. De oproep aan de ziekenhuizen is om zich te spiegelen aan de resultaten van anderen en te onderzoeken hoe en waar zij kunnen verbeteren.

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

#### **Opname:**

Het gemiddelde percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden, is licht verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren: 91,7% (in 2020: 90,1%).

Ziekenhuis St. Jansdal (Harderwijk) heeft net als voorgaande twee jaren het laagste percentage van Nederland namelijk 60,2% (2020: 45,4% en 2019: 41,2%). Het ziekenhuis geeft een vrijwel identieke toelichting als vorig jaar. 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. De inspectie verwacht van het ziekenhuis dat zij verbetermaatregelen zal nemen.

Een goed voorbeeld is Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) (Almelo en Hengelo) waar bij 99,2% van de patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar een medicatieverificatie bij opname plaatsvindt (in 2020: 99,7%). Het is goed te zien dat een ziekenhuis een goede uitkomst weet vast te houden. Meerdere ziekenhuizen laten een sterke verbetering zien, zoals het Amsterdam UMC (Amsterdam) en Spaarne Gasthuis (Haarlem en Hoofddorp).

#### **Ontslag**

Gemiddeld heeft bij 83,2% van de patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij ontslag medicatieverificatie plaatsgevonden (in 2020: 82,8%). De kwaliteitsindicator vraagt nog de nodige uitdagingen in meerdere ziekenhuizen. Er zijn ziekenhuizen waarbij afspraken zijn gemaakt over verantwoordelijkheden en waar zicht is op de mate waarin medicatieverificatie bij ontslag in praktijk daadwerkelijk gebeurt. Dat is een positieve ontwikkeling. Een voorbeeld van een goede toelichting is de toelichting van het Tjongerschans (Heerenveen). Het ziekenhuis had net als vorig jaar een goed resultaat en heeft een verbetering laten zien (94,4% en in 2020: 90,8%) 'Analyse liet zien dat met name als kinderen voor een ander specialisme worden opgenomen, zoals bijvoorbeeld chirurgie, de ontslagmedicatie niet altijd werd geverifieerd. Bij kinderen opgenomen voor een ander specialisme dan de kinderartsen, doet het ASP de medicatieverificatie. Eerder is als verbeterpunt ingezet dat de apotheek dagelijks met de afdeling belt met de vraag of er ontslagen zijn. Dit heeft tot een stijging van het percentage geleid. De afdeling blijft de cijfers monitoren om daar waar nodig verbeteracties uit te zetten.' Het ziekenhuis geeft aan blijvend zicht te hebben op de uitkomsten en zet gericht verbetermaatregelen in en met resultaat.

## Totaalbeeld

Over het algemeen kan gesteld worden dat het beeld vergelijkbaar is met vorig jaar, mogelijk is er sprake van een lichte verbetering. Medicatieverificatie bij opname gaat in de meeste gevallen goed. Medicatieverificatie bij ontslag vraagt nog de nodige aandacht. De toelichtingen van ziekenhuizen zijn inhoudelijk beter en dat is belangrijk om de context van het resultaat te kunnen duiden. Ook geeft het informatie voor andere ziekenhuizen om onderling te kunnen leren en verbeteren. De inspectie roept de ziekenhuizen op om blijvend zicht te houden en te sturen op medicatieverificatie bij kwetsbare patiënten door gekwalificeerde zorgverleners (zoals apothekersassistenten) en daarbij te leren van de goede voorbeelden. Een aantal keren ziet de inspectie dat resultaten worden geschat, procedureel zijn ingeregeld en daardoor een 100%-score wordt aangeleverd, danwel dat een zorginstelling verwijst naar ICT-problemen. Over het schatten van resultaten en 100%-score aanleveren vanwege een procedurele afspraak kan de inspectie kort zijn: dat is niet de bedoeling. Hoe heeft het ziekenhuis dan zicht op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg? Wat betreft de veelgenoemde ICT-problematiek, is het begrijpelijk dat registratie aan de bron helpt bij een goede inzage. Dit ontslaat ziekenhuizen echter niet van de taak om zicht te hebben op de kwaliteit van zorg. Ook als dit wordt bemoeilijkt door ICT-problemen. Voor medicatieverificatie bij opname en bij ontslag voor kwetsbare patiënten is blijvende aandacht nodig.

## ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen wordt in de Basisset MSZ 2022 voor het laatst uitgevraagd.

## 8 ZORG

### 8.2.1 Middelen voor toepassen vrijheidsbeperkende interventies (VBI)

#### DOEL INDICATOR

Een goede en volledige implementatie van de handreiking VBI, resulterend in een gericht en beperkt gebruik van VBI. De kwaliteit van zorg verbeteren door preventie en het voorkomen van de inzet van VBI.

#### RICHTLIJN

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

#### RISICO'S

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.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

Dit is het derde jaar dat data over de frequentie van toepassing van VBI score 5 (zwaardere vorm VBI) werd uitgevraagd. In totaal werd in de Nederlandse ziekenhuizen in 2021 tenminste 6052 keer VBI score 5 toegepast bij klinisch opgenomen patiënten. Dat is min of meer vergelijkbaar met voorgaande jaren (6.358 in 2019 en 5853 in 2020). Landelijk gezien betreft het een gemiddeld percentage van 0,4% van het totaal aantal opgenomen patiënten in het verslagjaar. Er is aanhoudend sprake van een aanzienlijke spreiding in aantal patiënten (0 tot 523 per ziekenhuis) én het percentage klinisch opgenomen patiënten (0 tot 1,7% per ziekenhuis) waarbij een VBI score 5 is toegepast. 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 te nemen. In vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen is bekend bij hoeveel klinisch opgenomen patiënten een VBI score 5 is toegepast. Dat is een mooi resultaat in vergelijking met voorgaande jaren. Wel zien we dat er een aanzienlijke spreiding is in het toepassen van VBI score 5 tussen de ziekenhuizen. Dit betekent dat het in sommige ziekenhuizen niet goed lukt om de toepassing van VBI score 5 te verminderen. Positief is dat twee ziekenhuizen aangeven op klinische afdelingen niet meer te fixeren. Dat is een mooi resultaat waar andere ziekenhuizen een voorbeeld aan kunnen nemen. We zien dat de toelichtingen van de ziekenhuizen inhoudelijk en uitgebreider zijn dan voorgaande jaren. Een toenemend aantal ziekenhuizen heeft innovatieve verbetermaatregelen getroffen waar andere ziekenhuizen, die het zorgproces (nog) niet volledig hebben geoptimaliseerd, van kunnen leren en verbeteren. Onderstaande zijn enkele uitstekende voorbeelden (uit meerdere goede toelichtingen) van mooie nieuwe initiatieven om beleid en uitvoering wat betreft VBI te optimaliseren.

Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) kan rekenen op de hulp van deliervrijwilligers en verzorgtscholing onder A(N)IOS en coassistenten: 'Het aantal toegepaste VBI-score 5 is laag. Hoewel we de ervaring hebben dat het inderdaad minder wordt toegepast, mede door inzet van deliervrijwilligers, denken we hier ook te maken te hebben met een onderregistratie. Dit wordt ons inziens veroorzaakt door de implementatie van een nieuw EPD waar nog niet iedereen vaardig is om de VBI correct te registreren. En dit wordt weer veroorzaakt doordat in de COVID-periode er beduidend minder onderwijs gegeven kon worden. Er is wel een e-learning beschikbaar maar het fysiek trainen en scholing verzorgen op VBI-registratie is vrijwel niet gebeurd. In 2022 zijn we inmiddels met deze scholing gestart. Ook is het protocol aangepast. Verder is het consultteam Geriatrie, dat op alle afdelingen komt, alert op de VBI-registratie bij patiënten waarbij zij in consult zijn. Ook gaan gerieters VBI bespreken in scholingsplannen voor A(N)IOS en coassistenten van Interne Geneeskunde.'

Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo) biedt andere ziekenhuizen aan om mee te denken over verbeteringen: 'ZGT staat bekend om het succesvolle beleid rondom het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies. We dragen het beleid actief uit naar andere ziekenhuizen en instellingen en zijn altijd bereid tot meedenken over verbeteringen die tot reductie van VBI-toepassingen leiden. Het beleid is in 2021 succesvol

voortgezet. Ondanks de drukte op de COVID-afdelingen is er iedere dienst een expertopgeleide verpleegkundige van het team VIT (vrijheidsbeperkende interventie team). Het daadwerkelijk toepassen van VBI in risicoscore 3.4. of 5 wordt alleen toegepast als alternatieve en preventieve maatregelen niet meer afdoende zijn en de patiënt voor zichzelf een risico vormt. Toepassing gebeurt alleen na toestemming van de hoofdbehandelaar. De scholingsmogelijkheden in fysieke vorm waren beperkt in 2021 door de COVID-maatregelen maar desondanks hebben de scholingen in het toepassen van VBI allemaal plaatsgevonden (4 uur scholing per verpleegkundige). Degenen die niet konden deelnemen zijn op een later moment geschoold via *teaching on the job*. Aandachtvelders op de afdelingen informeren nieuwe medewerkers over het VIT en het toepassen van VBI in ZGT. Het scholingsprogramma voor expertverpleegkundigen bestond uit scenariotraining en kennisdeling. In 2022 staat aanvullende scholing van de arts-assistenten en medisch specialisten gepland. In 2021 is VBI risicoscore 5 35 keer toegepast. Sinds de start van het beleid in 2016, waarbij het 115 keer werd toegepast op jaarbasis, is dit een reductie van bijna 70. Bij enkele patiënten was gedurende een langere opname meerdere keren een Brefixband geïndiceerd. Het verpleegkundig team evalueert iedere dienst met de VIT-verpleegkundige of de VBI-toepassing nog geïndiceerd is. Het expertteam VBI constateert tevens op basis van de VBI-registraties dat de inzet van preventieve middelen substantieel toeneemt en dat de VIT-verpleegkundige zeer regelmatig ter consultatie wordt ingeroepen. Veelvuldig komt het voor dat de afdelingsverpleegkundige met enkele tips voldoende handvatten heeft om verdere inzet van VBI te voorkomen.'

Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) heeft ingezet op het terugdringen van het gebruik van de onrustband: 'In 2021 heeft het ziekenhuis ingezet op een vermindering van inzet van de onrustband. Om een daling te kunnen bewerkstelligen zijn onder andere 2 tentbedden aangeschaft. Het ziekenhuis ziet dan ook een daling in het gebruik van de onrustband, van 8 in 2020 naar 3 in 2021. Voor elke 1 persoonskamers op de verpleegafdelingen is een laag-laag bed met valmatras aangeschaft. Tevens wordt actief rooming-in gevraagd van familie/kennissen van de patiënten om de inzet VBI interventies te verminderen.'

Het is goed om te vernemen dat Nederlandse ziekenhuizen aan de slag zijn geweest met het thema VBI. De inspectie is verheugd te vernemen dat met de introductie van de kwaliteitsindicator bij meerdere ziekenhuizen VBI geagendeerd staat en kijkt uit naar de resultaten van het verbeterdoel Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies in de Basisset MSZ 2022. De inspectie benadrukt dat het belangrijk is om te beschikken over een actueel en breed gedragen protocol. Daarnaast is het cruciaal dat zorgprofessionals weten hoe te handelen, ook en misschien wel juist als VBI in praktijk niet (vaak) wordt toegepast.

## ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator Middelen voor toepassen VBI is doorontwikkeld naar het verbeterdoel Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies in de Basisset MSZ 2022.



## 8 ZORG

### 8.1.1 Zorgplan voor delirium

### 8.1.2 Screening op delirium op de SEH

#### DOEL KWALITEITSINDICATOR

Tijdig signaleren dat een patiënt met een verhoogd risico, een delier ontwikkelt of doormaakt waarna de patiënt tijdig de juiste zorg aangeboden krijgt.

#### 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 en de zorg die zij behoeven, vertaald in concrete activiteiten. Het werken met een zorgplan voor patiënten met een 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 voor patiënten met een delier wordt verwezen naar de bestaande richtlijn.

#### RISICO'S

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

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

##### **8.1.1 Zorgplan voor delirium**

Ten opzichte van 2020 zijn de resultaten verbeterd. 75 ziekenhuizen leverden de kwaliteitsindicator aan. In 56 (2020: 48) ziekenhuizen wordt op zowel op de SEH, bij preoperatieve screening, klinische opname en IC-opname een risico op delier uitgevraagd en vastgelegd, in 19 (2020: 29) zorginstellingen is het op één of meer van deze afdelingen niet het geval. Hierbij gaat het om de uitvraag van het risico op een delier bij patiënten  $\geq$  70 jaar op de SEH, preoperatieve screening en klinische opname. Daarnaast geldt de uitvraag voor alle patiënten met een IC-opname.

Bij het vaststellen van een verhoogd risico op het ontstaan van een delier volgt een beoordeling (screening) op de aanwezigheid van een delier met een gevalideerd instrument, waarna dit vervolgens wordt vastgelegd in het dossier. De beoordeling geldt voor patiënten met een verhoogd risico op het ontstaan van delier op de SEH, tijdens klinische opname en tijdens opname op de IC. Ook deze resultaten zijn in 2021 verbeterd en wordt in 57 (2020: 44) zorginstellingen de aanwezigheid van een delier beoordeeld met een gevalideerd instrument en vastgelegd in het dossier.

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 eveneens verbeterd ten opzichte van 2020. In 53 (in 2020: 39) zorginstellingen gebeurt dit zowel op de SEH, preoperatieve poli, bij klinische opname en bij opname op IC. Een mooie verbetering ten opzichte van 2020.

In 40 Nederlandse ziekenhuizen vindt op alle afdelingen (SEH, preoperatieve poli, klinische opname en IC) standaard screening plaats op het risico op een delier, wordt bij een verhoogd risico met een gevalideerd instrument gescreend op de aanwezigheid van een delier en wordt bij (een verhoogd risico op) delier een zorgplan in werking gesteld.

Kortom: op alle onderdelen van de kwaliteitsindicator een duidelijke verbetering ten opzichte van 2020. Dit is een mooie ontwikkeling, maar er is ook nog ruimte en noodzaak voor verbetering. Daarom een dringende oproep voor de ziekenhuizen die op elementen nog niet standaard bij patiënten het risico op delier uitvragen (en vastleggen), nog niet bij patiënten bij een verhoogd risico een vaste beoordeling doen op de aanwezigheid van een delier en nog niet vervolgens een zorgplan delier in werking stellen, leer van anderen en verbeter de zorg voor deze kwetsbare patiëntengroep.

### 8.2.2 Screening op delirium op de SEH

Voor de screening op een delier op de SEH is een lichte verbetering zichtbaar ten opzichte van 2020. Gemiddeld wordt 64,3% (2020: 62,7%) van de 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 beoordeeld (gescreend) op de aanwezigheid van een delier (waarbij dit in het dossier wordt vastgelegd). Het verschil tussen de ziekenhuizen is net als vorig jaar groot. Dankzij de inhoudelijke 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 nagestreefd, alleen dat het nog niet overal lukt om gegevens te presenteren. Ook geven meerdere ziekenhuizen aan de screening acuut presenterende oudere patiënt (APOP) op de SEH te implementeren, een positieve ontwikkeling.

Een mooi voorbeeld van een goede toelichting geeft het Wilhelmina ziekenhuis (Assen) (94,6%): *‘Voor de SEH werd in 2020 de delier gescreend met de APOP. Vanaf 1 januari 2021 wordt naast de APOP ook de drie verplichte vragen uitgevraagd en geregistreerd en tevens is het screeningsinstrument 4AT geïmplementeerd. Er wordt 100% ingevuld en wanneer er niet uitgevraagd kan worden, wordt de reden ook genoteerd in het patiëntendossier (bijv. niet aanspreekbaar). 94.6% is daadwerkelijk uitgevraagd en ingevuld en 5.4% is in dossier vastgelegd dat uitvraag niet heeft kunnen plaatsvinden met daarbij de reden ervan.’* Naast een goed resultaat toont het ziekenhuis urgentiebesef op het risico en zicht op de naleving in praktijk.

Ook het Spaarne Gasthuis (Haarlem en Hoofddorp) geeft een heldere toelichting (90,0%): *‘Per 3 mei 2021 is gestart met het systematisch screenen van het risico op delier bij alle oudere patiënten op de spoedeisende hulp middels de drie vragen van de VMS. Indien er een risico op delier is, wordt dit geregistreerd en moet de 4AT score worden afgenomen door de arts om te kijken of er daadwerkelijk een delier is. De eerste stap (screening voor het risico op delier) gaat al heel goed. 90% gescreend. De tweede stap gebeurt nog onvoldoende. Indien patiënten worden opgenomen wordt er middels DOS scores wel gekeken of de patiënt een mogelijk delier heeft. Alle SEH-verpleegkundigen zijn dit jaar geschoold en er is een protocol aanwezig voor niet-farmacologische maatregelen op de SEH en de overdracht van informatie over delier-risico van de SEH naar de afdeling. Tevens is per mei 2021 ook gestart met het screenen op kwetsbaarheid middels de *clinical frailty score* en ouder mishandeling middels de ERASE tool. Het komende jaar staat het scholen van de artsen met betrekking tot de 4AT op het programma met als doel het gebruik van deze tool te verbeteren. Middels een dashboard kunnen de screeningscijfers worden gemonitord.’* Het ziekenhuis laat zien welke vervolgstappen zij onderneemt om de zorg voor deze kwetsbare patiëntengroep te verbeteren.

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 de standaard screening van delier op de SEH. Ziekenhuizen hebben in 2021 laten zien dat zij de nodige (en mogelijke) verbeteringen hebben doorgevoerd, een mooie koers om door te zetten voor 2022. Het blijft immers nog steeds lastig uit te leggen aan (familie van) patiënten, dat ziekenhuizen zo verschillend presteren op dit onderwerp.

## ONTWIKKELINGEN

De kwaliteitsindicator Zorgplan voor delirium wordt in de Basisset MSZ 2022 voor de laatste keer uitgevraagd.

## 10 HART EN VATEN

### 10.2.1 Doorlooptijd IAT

#### DOEL KWALITEITSINDICATOR

Intra-arteriële trombolysen (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 door goede regionale afspraken een toegankelijke, snelle behandeling met de juiste expertise op de juiste plaats, mogelijk is.

#### RICHTLIJN

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

Patiënten met een verdenking op een acuut herseninfarct moeten met spoed vervoerd worden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Patiënten met een aangetoond acuut herseninfarct met een arteriële occlusie, die voor IAT in aanmerking komen, moeten met spoed vervoerd worden naar een IAT-centrum. Juiste indicatie stelling is bij optimale regiozorg een cruciale factor.

#### RISICO'S

Voorwaarde voor IAT als behandeling voor een acuut herseninfarct met een arteriële occlusie in de voorste circulatie, is een logistiek optimale werkwijze binnen het IAT-centrum én de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulancediensten. Vertraging leidt tot een afname van de kans op functioneel herstel van de patiënt, uitgaande van het principe *'time is brain'*.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

IAT-centra leveren de mediane deur-tot-deur-tot-lichs tijd aan van alle patiënten met een acuut herseninfarct die vanuit een intraveneuze trombolysen (IVT)-centrum naar het IAT-centrum verwezen zijn voor IAT. Het landelijk gemiddelde van deze mediane deur-tot-deur-tot-lichs tijd is 136 minuten. De mediane deur-tot-deur-tot-lichs tijd kan voor ziekenhuizen aanleiding zijn om hun werkwijze binnen het ziekenhuis én de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulancediensten te analyseren. De inspectie ziet graag dat IAT-centra zich aan elkaar spiegelen, om hiervan te kunnen leren en hun werkwijzen te kunnen optimaliseren. Deze kwaliteitsindicator heeft de afgelopen jaren een substantiële bijdrage geleverd aan optimalisering van de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en IAT-centra in Nederland. Zowel de inspectie als de betrokken wetenschappelijke verenigingen concluderen dit. Daarnaast wordt geconstateerd dat de regionale inrichting steeds beter wordt. Dit is een mooie ontwikkeling en we lopen in Nederland voorop in vergelijking met internationale ontwikkelingen. Deze kwaliteitsindicator zal in de toekomst uitgevraagd blijven worden binnen DASA. IAT centra worden opgeroepen om aandacht te blijven houden voor deze kwaliteitsindicator. De inspectie geeft hierbij aan dat de eigen analyse van de IAT regio het belangrijkste is. In die analyse zou aandacht moeten zijn voor de interpretatie van de eigen data, de conclusie van de IAT regio over die analyse en eventuele verbetermaatregelen indien de IAT regio daar mogelijkheden toe ziet of de resultaten daarom vragen. IAT-centra met een lange mediane deur-tot-deur-tot-lichs 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-lichs 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

In de afgelopen jaren is de Basisset MSZ doorontwikkeld met veldpartijen naar verbeterdoelen. Deze kwaliteitsindicator wordt voor het laatst uitgevraagd. Van ziekenhuizen wordt wel verwacht dat zij het thema blijvend onder de aandacht houden en waar nodig de zorg op dit thema verbeteren.

## 12 INFECTIEZIEKTEN

12.2.1 Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis

12.2.2 Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis

12.2.3 Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

### DOEL INDICATOR

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

12.2.2 Het aanzetten tot de invoering van een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus over de signalering en follow-up bij 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 zorgen 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 antibioticumgebruik, verlengde IC- en ziekenhuisopname en daardoor hoge zorgkosten. Het niet tijdig toedienen van 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

#### 12.2.1 Vroegtijdige signalering van dreigende sepsis

Alle ziekenhuizen geven aan over een signaleringssysteem voor sepsis te beschikken op zowel alle (dag) verpleegafdelingen als op de spoedeisende hulp (SEH). Dat is een verbetering ten opzichte van 2020. Het is goed te zien dat veel ziekenhuizen vroegtijdige signalering van sepsis incorporeren in het signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde of verslechterende patiënt en het spoed interventie systeem (SIS).

Wat betreft de vraag in hoeverre het signaleringssysteem de vraag bevat 'is er verdenking op een infectie', is het beeld vergelijkbaar met 2020. 74 ziekenhuizen leverden deze kwaliteitsindicator aan. In 58 (2020: 55) ziekenhuizen is de vraag met betrekking tot verdenking op infectie in het signaleringssysteem op (dag) verpleegafdelingen aanwezig. In 62 (in 2020: 60) ziekenhuizen bevat het signaleringssysteem op de SEH de vraag over een verdenking op infectie. Een aantal ziekenhuizen geeft aan actie te ondernemen om dit in 2022 alsnog te realiseren. Het belang van deze integratie lijkt nog niet overal onderkend. De inspectie vraagt aan de ziekenhuizen die nog niet de verdenking op een infectie geïntegreerd hebben in het signaleringssysteem (voor zowel SEH als alle verpleegafdelingen) om dit alsnog te implementeren. En nogmaals, zoals vorig jaar ook benoemd is, de keuze van het signaleringssysteem is aan het ziekenhuis zelf, belangrijk is dat het mogelijk moet zijn om de conditie/ situatie van de patiënt te kunnen vergelijken als een patiënt van de SEH naar een verpleegafdeling gaat.

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. Alleen particuliere klinieken die aangeven operaties in een operatiekamer uit te voeren, krijgen de vragen met betrekking tot het signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt en sepsis. Voor particuliere klinieken die alleen kleine invasieve ingrepen in een behandelkamer uitvoeren, is dit onderwerp minder relevant en zijn daarom geëxcludeerd voor deze vragen.

In totaal geven 158 particuliere klinieken (van de 613 particuliere klinieken die indicatoren hebben aangeleverd) aan dat zij operaties in een operatiekamer uitvoeren, waarvan 72 klinieken aangeven over een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt te beschikken. In totaal geven 86 particuliere klinieken aan dat zij een dergelijk signaleringssysteem niet bezitten. Twee van deze particuliere klinieken geven een opvallende toelichting: “Wij opereren geen vitaal bedreigde patiënten” en “kliniek behandelt geen vitaal bedreigde patiënt, heeft geen verpleegafdeling en geen SEH.” Uit deze twee 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. De overige 84 particuliere klinieken geven vrijwel allemaal aan, dat er uitsluitend dagbehandeling plaatsvindt en dat een bovenbedoeld signaleringssysteem daarom niet relevant is.

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 behandelingen het nemen van de juiste maatregelen is cruciaal. Daarom verwacht de inspectie een bovenbedoeld signaleringssysteem op locaties waar patiënten onder algehele anesthesie worden geopereerd en tijdens een dagopname op een verpleegafdeling (buiten verkoever) worden opgenomen en/of op locaties waar patiënten buiten kantoor tijden op een verpleegafdeling worden opgenomen.

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

Steeds meer ziekenhuizen geven aan te beschikken over een minimaal jaarlijkse structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus inzake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis. In 2021 waren dit 58 ziekenhuizen, in 2020 48. Steeds meer ziekenhuizen geven aan dat verbetermaatregelen zijn getroffen naar aanleiding van deze evaluatie, helaas geeft minder dan de helft van deze ziekenhuizen een inhoudelijke toelichting over de evaluatie en genomen verbetermaatregelen. Veelal wordt de link gelegd met de evaluatiecyclus van het SIS en de spoed interventie team (SIT) oproepen. Het is voor de inspectie belangrijk dat ziekenhuizen zich 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.

Franciscus Gasthuis & Vlietland (Rotterdam en Schiedam) geeft als toelichting ‘Binnen het SIT-team wordt periodiek een terugkoppeling gegeven van kwantitatieve gegevens, ook met betrekking tot sepsis. De evaluatiecyclus is opgenomen in de jaardoelen van het SIT-team. Afdelingen waar SIT oproepen hebben plaatsgevonden worden hierover geïnformeerd. Aandachtspunt is het tussentijds opstellen van concrete verbetermaatregelen. Tijdens de COVID-19 crisis heeft dit onvoldoende uitwerking gekregen’ Erasmus MC (Rotterdam): ‘Het thema vitaal bedreigde patiënt en sepsis vallen onder een protocol. Er is een maandelijkse bijeenkomst van de spoed interventie team (SIT) werkgroep. Er is een datahub opgericht, waardoor we de sturingsinformatie makkelijker kunnen genereren. Door middel van de data uit de datahub streven we naar een sluitende kwartaalevaluatie over dit thema.’ Jeroen Bosch Ziekenhuis (’s Hertogenbosch) ‘Alle SIT meldingen worden binnen het SIT geëvalueerd. Hierbij worden ook alle verdenkingen op sepsis besproken.

Indien er bij de evaluatie verbetermaatregelen worden besproken, dan worden deze door de betrokkenen afdelingen opgepakt.'

Van de 72 particuliere klinieken die aangeven een systeem voor de vroegtijdige signalering van vitaal bedreigde patiënten te hebben, geven 42 klinieken aan dat zij een minimaal jaarlijkse multidisciplinaire evaluatiecyclus inzake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis bezitten. Hiervan geven 19 klinieken aan dat zij verbetermaatregelen hebben getroffen naar aanleiding van deze evaluatie. De overige 30 klinieken bezitten een dergelijke evaluatiecyclus niet en lichten overwegend toe dat alle infecties tijdens complicatiebesprekingen worden besproken.

De inspectie roept nogmaals op om structureel en multidisciplinair te evalueren. Structurele evaluatie van de toepassing van een signaleringsysteem is een belangrijk onderdeel om de implementatie te bevorderen en hiermee de herkenning en een adequate follow-up en escalatie bij dreigende sepsis te verbeteren. De inspectie ziet bij de volgende aanlevering de resultaten en concrete verbetermaatregelen graag tegemoet.

### 12.2.3 Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

65 Nederlandse ziekenhuizen geven aan te beschikken over minimaal tweejaarlijkse scholing voor alle zorgprofessionals op de (dag)-verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp werkzaam in de primaire patiëntenzorg om de bewustwording voor de vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten. Dat is vergelijkbaar met vorig jaar (2020: 62). 47 van de 62 ziekenhuizen geven aan dat deze scholing verplicht is (2020: 43) en 14 ziekenhuizen geven aan dat deze scholing deels verplicht is (2020: 10). De verbetering zet zich licht door, waarbij ook veel ziekenhuizen aangeven dat door de coronapandemie geplande scholingen deels uitgesteld zijn. Hierdoor is een achterstand in benodigde scholingen ontstaan, waar zeker bij groepen nieuwe medewerkers een risico ontstaat. Veel ziekenhuizen geven aan dat er plannen zijn om in 2022 een verbeteringslag door te voeren. De inspectie verwacht dat alle ziekenhuizen een (verplichte) scholing inrichten voor de vroegtijdige herkenning van sepsis, adequate follow up en escalatie bij abnormale scores. De vorm is door de ziekenhuizen zelf te bepalen, maar het kan bijvoorbeeld worden ingebed in de ABCDE trainingen of scholing gericht op de vitaal bedreigde patiënt. Om het onderling leren en verbeteren te stimuleren zijn onderstaande goede voorbeelden genoemd.

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (Goese Vliissingen): 'Medewerkers van verpleegafdelingen worden geschoold in ABCDE en vitaal bedreigde patiënt. Tijdens deze scholing wordt aandacht besteed aan vroege herkenning van sepsis. Scholing vitaal bedreigde patiënt wordt meerdere malen per jaar aangeboden en hoort door alle nieuwe medewerkers van verpleegafdelingen en SEH gevolgd te worden. Deze scholing wordt geregistreerd in de ELO. Het opvolgen van verplichte scholingen is onderwerp van het jaargesprek. Bijscholing komt aan bod tijdens scholingsdagen per afdeling.' Catharina ziekenhuis (Eindhoven): 'De EWS-scholing is verplicht voor alle nieuwe verpleegkundigen en A(N)IOS, deze training bevat uitleg en toelichting van het EWS protocol, met hierbij aandacht voor de vitaal bedreigde patiënt en hoe te handelen bij een verhoogde EWS score en daarmee verdenking op Sepsis volgens richtlijn. De training wordt gegeven tijdens de bootcamp, er wordt vastgelegd wie heeft deelgenomen aan bootcamp. • De *immediate life support* (ILS) training is verplicht voor A(N)IOS. Herkenning en behandeling van de bedreigde patiënt door gebruik te maken van ABCDE-benadering is kern van deze training. • De scholing voor AIOS-SEH bevat een module sepsis en casuïstiek bespreking • EWS-protocol en bewustwording is jaarlijks vast onderdeel van teamoverleg SEH en komt terug in scenariotraining. • Behoeft aan extra scholing wordt besproken in het EWS/SIT-evaluatiemoment op de verpleegafdelingen en zo nodig wordt afstemming gezocht in de facilitering hiervan met de intensive care • Bij elke SIT-oproep bij verhoogde EWS op de verpleegafdelingen vindt instructie door IC-team en evaluatie plaats (werkplekleren) • Er is periodiek aandacht voor het onderwerp op de afdeling of door middel van scenariotrainingen."

Van de 72 particuliere klinieken die aangeven een systeem voor de vroegtijdige signalering van vitaal bedreigde patiënten te hebben, geven 57 klinieken aan dat zij beschikken over minimaal tweejaarlijkse



scholing voor alle zorgprofessionals op de (dag)verpleegafdelingen met betrekking tot het vroegtijdig herkennen van sepsis.

#### ONTWIKKELINGEN

Deze kwaliteitsindicatoren Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis, Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis en Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis worden in de Basisset MSZ 2022 voor het laatst uitgevraagd.

## 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* bloedbaaninfectie. 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 potentieel levensbedreigende aandoening. Snelle bacteriologische bevestiging en communicatie van de bevindingen van verlaagt het risico op een foute diagnose. Snelle aanpassing van de therapie verlaagt het risico op het voortzetten van een foute of niet optimale therapie.

#### RESULTATEN ZIEKENHUIZEN

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

74 ziekenhuizen geven aan dat het aantal patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek bekend is. Alleen St. Jans Gasthuis (Weert) geeft aan dit aantal niet te kennen. In de toelichting geeft het ziekenhuis aan: 'De aantallen zijn klein en er is momenteel geen precieze telling uitgevoerd. Het *antibiotica stewardship* (ABS) team neemt vanaf 2022 het aantal patiënten mee in hun rapportage.' Het is goed om te merken dat het ziekenhuis verbetermaatregelen neemt om inzage te krijgen in het aantal patiënten om vervolgens inzage te kunnen verkrijgen in de tijdigheid van de behandeling.

Voorgaand verslagjaar gaf Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) aan het aantal patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek niet te kennen. Het ziekenhuis heeft gehoor gegeven aan de oproep van de inspectie zich in te spannen om de gegevens boven tafel te krijgen en deze te analyseren en komt met de volgende toelichting: 'Er is geen steekproef gedaan, omdat de exacte aantallen bekend zijn en geanalyseerd worden indien van toepassing. Er zijn geen patiënten met *Staphylococcus aureus* bacteriëmie in het SMC geweest in 2021.'

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 4206 patiënten in Nederland een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek aangetoond (4041 in 2020). Bij 4185 patiënten werd de *Staphylococcus aureus* bacteriëmie op

dezelfde dag gemeld aan de hoofdbehandelaar (4002 in 2020). Dat is een landelijk gemiddelde van 99,3%. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

### 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 gemiddelde percentage patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek, waarbij de bloedkweek is afgenomen in de zorginstelling, dat binnen 24 uur behandeld wordt met gerichte antimicrobiële therapie is 99,1%. Het laagste percentage (84,0%) heeft Tjongerschans (Heereveen). Het ziekenhuis komt met de volgende toelichting: 'Empirische therapie bij sepsis is altijd expliciet ook gericht ook op *Staphylococcus aureus*. Bij twee patiënten is gekozen voor palliatieve sedatie gezien de situatie. Bij één patiënt is in overleg met de behandelaar besloten dat het om contaminatie ging en één patiënt was bij het bekend worden van de bloedkweek al overgeplaatst naar extern waardoor de therapie onbekend is.' Het ziekenhuis heeft een analyse gedaan op eigen resultaten en komt met een plausible verklaring. Het is belangrijk dat ziekenhuizen zicht hebben op eigen resultaten en zo nodig verbetermaatregelen treffen om het proces te verbeteren.

Drie ziekenhuizen met een percentage lager dan de P10 (97,4%) te weten; Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen), Saxenburgh Medisch Centrum (Hardenberg) en Dijklander (Hoorn & Purmerend) geven geen inhoudelijke verklaring. Deze ziekenhuizen worden door de inspectie opgeroepen alsnog een analyse te verrichten en zo nodig verbetermaatregelen in te stellen.

Al met al kan geconcludeerd worden dat in Nederland patiënten met een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie tijdig worden behandeld met gerichte antimicrobiële therapie of dat er beargumenteerd wordt afgeweken.

## ONTWIKKELINGEN

In de afgelopen jaren is de Basisset MSZ doorontwikkeld met veldpartijen naar verbeterdoelen. Deze kwaliteitsindicator wordt voor het laatst uitgevraagd. Van ziekenhuizen wordt wel verwacht dat zij het thema blijvend onder de aandacht houden en waar nodig de zorg op dit thema verbeteren.

## 17 KWETSBARE GROEPEN

### 17.1.1 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](#)

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.

#### 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 70 Nederlandse ziekenhuizen worden patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd. Het gemiddelde percentage patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis waarbij de Katz-ADL-score en de Mobilityscore beide, zowel preoperatief als drie maanden na ontslag bekend is, is 46,6% ± 27,0%. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Het belang van zicht hebben op de functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur wordt onderschreven door de beroepsgroep. Ziekenhuizen geven aan dat zij 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. Samenwerking in de keten is hierbij cruciaal.

Antonius Ziekenhuis (Sneek), Meander Medisch Centrum (Amersfoort), Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade), Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen), Tergooi (Blaricum en Hilversum), Langeland Ziekenhuis (Zoetermeer) en Bernhoven (Uden) hebben percentages die lager zijn dan de P10 (7,6%). Ziekenhuis Amstelland en Tergooi geven geentoechting. Hebben deze twee ziekenhuizen zicht op eigen resultaten? Meander Medisch Centrum komt met een inhoudelijk goede toelichting: 'In Meander registreren we niet standaard de mobiliteitsscore en KATZ-ADL score drie maanden na de ingreep, omdat we het een te zware belasting vinden voor deze patiëntengroep om ze na drie maanden te laten terugkomen voor het bepalen van deze score. Er is nu wel afgesproken dat de verpleegkundig specialisten in de tweede helft van 2022 starten met een eigen poli krijgen waar zij telefonisch de drie maanden scores zullen bepalen. We starten eerst met de patiënten van de geriatrische trauma unit (GTU). Dit zal na positieve evaluatie worden uitgebreid. Binnen Meander zetten we ons ook op andere manieren in om de kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroep. We hebben een GTU (acht bedden) specifiek voor patiënten met een heupfractuur. Op de SEH worden patiënten met een heupfractuur gescreend via de ISAR-HP. Vervolgens gaat de patiënt zo snel mogelijk naar de GTU. Binnen de GTU wordt samengewerkt door de vakgroepen orthopedie, traumachirurgie en geriatrie. De geriatr er komt standaard in medebehandeling. Er wordt standaard een verkort CGA gedaan pre-OK. Er zijn twee VS-en i.o en zij vervangen de zaalarts zes dagen per week waardoor de continuïteit van zorg en de kwaliteit van zorg verbetert wordt. De VS-en worden opgeleid door de vakgroepen traumachirurgie en geriatrie gezamenlijk waardoor deze een brede kennis hebben van de geriatrische patiënt met een heupfractuur. Het consultatieteam geriatrie is standaard betrokken en er is twee keer per week een MDO. Ook

zijn er activiteittherapeuten op de afdeling, waardoor patiënten geactiveerd worden in de huiskamer of op de kamer.’ Uit deze toelichting blijkt dat het ziekenhuis zicht heeft op eigen resultaten en komt met verbetermaatregelen. De inspectie blijft graag op de hoogte van de vorderingen. Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade) laten in de toelichting zien dat er een multidisciplinaire samenwerking is geformaliseerd: ‘Binnen Zuyderland is medio 2020 een multidisciplinaire trauma unit (MDTU) ingericht waarbij door de nauwe samenwerking tussen de trauma-orthopeden en –chirurgen een aantal verbeteringen zijn doorgevoerd in de zorg voor patiënten met een heupfractuur. Bij opname in de kliniek worden de Katz-ADL scores en Mobilityscores bijgehouden. Een belangrijke verbetering die in 2022 nog gewenst is, is het vastleggen van de Katz-ADL en Mobilityscores na drie maanden. Normaliter worden mobiele patiënten postoperatief na 6-8 weken terugzien. Hierbij wordt wel gekeken hoe mobiliteit is en waar patiënten verblijven, het specifiek uitvragen van de Katz-ADL en Mobilityscores worden echter (nog) niet consequent gedaan. Als er geen aanleiding is om patiënten nogmaals op controle te laten komen, dan vindt er na drie maanden momenteel ook nog niet plaats (conform ons ziekenhuisbeleid ‘zo thuis mogelijk’). Mantelzorg wordt zo ook ontzien. Echter, het merendeel van de populatie wordt vanwege relatief hoge leeftijd en bijkomende comorbiditeit niet teruggezien als dit niet noodzakelijk is, omdat dit een zeer hoge belasting is voor deze zeer kwetsbare groep patiënten. Deze groep verblijft doorgaans nog in verzorgingshuis/verpleeginstelling (of is overleden). 2021 heeft in het teken gestaan van het opnemen van de volledige populatie heupfracturen voor zowel chirurgie alsook orthopedie in de DHFA. We kunnen concluderen dat Zuyderland nu voor zowel chirurgie alsook orthopedie de volledige populatie van heupfractuur patiënten in de DHFA registreert. 2022 zal in het teken staan van een verbeteringslag door te voeren in de registratie van Katz en mobility scores. Het inrichten van de DHFA vragenlijst in SAP zal centraal staan, zodat vastlegging structureel ingebed kan worden, en inzichten in de post-operatieve uitkomsten van zorg ook ontstaan ten aanzien van de DHFA. Bij de inrichting van de MDTU is overigens reeds een intern kwaliteitsdashboard ingericht, waarbij op een aantal aspecten reeds worden ingezoomd.’ De inspectie juicht dit initiatief toe en blijft graag op de hoogte van de vorderingen.

De inspectie benadrukt het belang van streven naar inzicht in de kwaliteit van de samenwerking in de keten. Hiermee kan de zorg voor kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur worden geoptimaliseerd om zo te komen tot een zo goed mogelijk postoperatief functioneren. Het gemiddelde percentage patiënten in categorie 2 of 3 van de mobiliteitsscore vóór het incident van alle kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur met bekende mobiliteitsscore is  $45,4\% \pm 10,6\%$  respectievelijk  $9,8\% \pm 9,4\%$ . De gemiddelde mobiliteitsscore van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur na drie maanden die voor het incident een mobiliteitsscore 2 of 3 hadden is  $2,8\% \pm 0,8\%$  respectievelijk  $3,5\% \pm 0,8\%$ . Het gemiddelde percentage kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode verslagjaar die een KATZ-6 ADL-score 0 of KATZ-6 ADL-score 1 hebben voor het incident is  $53,1\% \pm 11,5\%$  respectievelijk  $9,9\% \pm 4,1\%$ . Aan de hand van deze landelijke resultaten kan een ziekenhuis zich spiegelen. Het onderling uitwisselen van uitkomsten kan waardevol zijn om van elkaar te leren en te verbeteren om zo te komen tot een verdere optimalisatie van de functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale heupfractuur.

## ONTWIKKELINGEN

In de afgelopen jaren is de Basisset MSZ doorontwikkeld met veldpartijen naar verbeterdoelen. Deze kwaliteitsindicator wordt voor het laatst uitgevraagd. Van ziekenhuizen wordt wel verwacht dat zij het thema blijvend onder de aandacht houden en waar nodig de zorg op dit thema verbeteren.

## 19 ONVERWACHT LANGE OPNAMEDUUR

### 19.1 Onverwacht lange opnameduur

#### DOEL KWALITEITSINDICATOR

Het doel van de kwaliteitsindicator is 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 rekeninggehouden 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)<sup>1</sup>. De percentages OLO van 2021 hebben evenals die van 2020, alleen betrekking op de reguliere zorg. Klinische 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 15,2% (14,8% in 2020). 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 14,6% (min. 9,2% - max. 22,6%). De mediaan was 14,3%.

Het is elk jaar opvallend dat academische ziekenhuizen hoge percentages OLO hebben. Op één na hebben ze allemaal een percentage OLO van 17% 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 nemen aan dat de verschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen toe te schrijven zijn aan verschillen in werkprocessen als gevolg van de onderwijs- en onderzoekstaken van academische ziekenhuizen of door financieringsverschillen (Ghielen, 2019)<sup>2</sup>.

Van de algemene ziekenhuizen heeft Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg) het hoogste percentage OLO van 20,5%. Dit ziekenhuis had de jaren daarvoor ook een hoogpercentage OLO en gaf in 2019 aan dat er verbeteracties zouden worden uitgezet. In 2020 waren deze nog niet uitgezet vanwege COVID-19. Het ziekenhuis geeft nu de volgende toelichting: 'De data van DHD is vergeleken met de data van Logex. De verbeterpotentie die hieruit naar voren is gekomen, is gedeeld met de vakgroepen. Daarnaast hebben we aanvullende analyses opgevraagd bij DHD, o.a. over zorggerelateerde infecties. Deze worden in overleg met medische microbiologie geanalyseerd. Ook is in 2021 een ziekenhuisbreed project gestart rondom sturen op ontslag om het ontslagproces te verbeteren. De data van de geboortezorg zijn vertekend door integratie van de geboortezorg, waardoor er administratief geen onderscheid is te maken tussen eerste en tweede lijn. De opnames in de eerste lijn worden onterecht als ziekenhuisopname geregistreerd. Deze registratie is in 2021 verbeterd, waardoor dit probleem in 2022 moet zijn opgelost en is het onderscheid wel te maken'. Het is goed te lezen dat het ziekenhuis werkt aan verbetering van het ontslagproces en nog nadere analyses doet bij

<sup>1</sup> <https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/>

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

zorggerelateerde infecties. De inspectie betreurt wel dat er in de registratie vervuiling is opgetreden door eerstelijns geboortezorg. Een goed registratieproces is essentieel om over betrouwbare data te beschikken. Het niet-academische Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) heeft eveneens een hoog percentage OLO (boven de P90) maar geeft geen toelichting. De inspectie verwacht van dit ziekenhuis een eigen analyse van de data en dat zij, waar nodig, verbetermaatregelen nemen.

## ONTWIKKELINGEN 2021 EN VERDER

De kwaliteitsindicator OLO wordt in 2022 inhoudelijk ongewijzigd uitgevraagd, echter niet meer via de Basisset MSZ. OLO wordt gezamenlijk met de kwaliteitsindicator heropnamen toegevoegd aan de uitvraag van de voorlopige HSMR.

## 19 HEROPNAMEN

### 19.2 Heropnamen

#### DOEL KWALITEITSINDICATOR

Het doel van de kwaliteitsindicator heropnamen is 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, nevendiaagnosen, urgentie van opname, herkomst, jaar van ontslag en maand van opname. In de afgelopen jaren is deze kwaliteitsindicator doorontwikkeld tot een instrument dat ziekenhuizen kunnen gebruiken om suboptimale kwaliteit van zorg aan het licht te brengen (Hekkert, 2019)<sup>3</sup>. De kwaliteitsindicator heropnamen wordt jaarlijks door *Dutch Hospital Data* (DHD) aan de ziekenhuizen geleverd op basis van hun deelname aan de Landelijk Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)<sup>4</sup>.

De heropnamenratio's van 2021 hebben evenals die van 2020 alleen betrekking op de reguliere zorg. Klinische opnamen van patiënten met hoofddiagnose COVID-19 zijn uitgesloten van de kwaliteitsindicator heropnamen.

#### 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 72 ziekenhuizen die gegevens hebben aangeleverd, hebben vijf ziekenhuizen een heropnameratio van meer dan 100 (101 - 107); UMCU (Utrecht) (107), UMCG (Groningen) (103); Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam) (102), Erasmus MC (Rotterdam) (102), MUMC+ (Maastricht) (101). In het voorgaande verslagjaar waren dit 9 ziekenhuizen. Dit is een aanzienlijk lager aantal ziekenhuizen dan in voorgaande jaren (vorig jaar 9 ziekenhuizen en het jaar daarvoor 26). Mogelijk heeft een ander te maken met de grote hoeveelheid patiënten met COVID-19 in deze jaren en de exclusie van deze patiënten.

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

<sup>3</sup> Hospital readmissions, just a number or a stepping stone to quality improvement?, K.D. Hekkert, proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, oktober 2019

<sup>4</sup> <https://www.zorgon.nl/blog/lbz-landelijke-basisregistratie-ziekenhuiszorg/>

## ONTWIKKELINGEN IN 2021 EN VERDER

De indicator heropnamen blijft in 2022 inhoudelijk ongewijzigd uitgevraagd, echter niet meer via de Basisset MSZ maar, samen met de indicator OLO, toegevoegd aan de uitvraag van de voorlopige HSMR.