

Factsheets indicatoren Acute Coronaire Syndromen



Publicatienummer: 2010.1500
(Kijk op www.vmszorg.nl voor updates)

veiligheids
programma

Versiebeheer	Wijzigingen
2010.1500 (apr 2010)	Eerste versie

Structuurindicatoren

Structuurindicatoren Hartrevalidatie.	
Doel	Het doel van de structuurindicatoren is in kaart te brengen in hoeverre het ziekenhuis patiënten in de gelegenheid stelt deel te nemen aan een hartrevalidatieprogramma.
Omschrijving	<ol style="list-style-type: none">1. Is er in uw ziekenhuis een beleid/protocol met betrekking tot het verwijzen van patiënten met een hartinfarct naar een hartrevalidatieprogramma?2. Is er binnen uw ziekenhuis een hartrevalidatieprogramma?3. Zijn er schriftelijke afspraken met aanbieders van hartrevalidatie in uw regio?
Definitie (s)	<p><u>Hartrevalidatie:</u> Hartrevalidatie bestaat uit samenhangende lange-termijn-programma's, omvattende medische evaluatie, voorgeschreven oefeningen, beïnvloeding van cardiale risicofactoren, geven van counseling, voorlichting en advies; deze programma's zijn ontworpen om de fysiologische en psychische gevolgen van de cardiale aandoening te beperken, het risico van plotselinge dood of nieuwe infarcten te verminderen, cardiale symptomen onder controle te houden, atherosclerotische processen te verminderen of tenminste te stabiliseren en ten slotte het psychosociale welbevinden en de deelname aan het arbeidsproces te bevorderen; de voorzieningen beginnen tijdens de opname in het ziekenhuis, ze worden gevolgd door een programma tijdens de poliklinische fase in de daaropvolgende 3 tot 6 maanden, daarna volgt een stadium van levenslang onderhoud waarin fysieke training en vermindering van risicofactoren worden bewerkstelligd in een situatie zonder of met minimale supervisie.</p>
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	Documentbeheersysteem
Meetperiode/ meetfrequentie	Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Jaarlijks

Achtergrond en doel

Hartrevalidatie is een programma dat doorlopen kan worden na een ACS en tegenwoordig door veel zorginstellingen wordt aangeboden. Van oudsher ligt de nadruk op verbetering van de lichamelijke conditie en psychosociale begeleiding na een hartinfarct of CABG. Het is een goede ontwikkeling dat hartrevalidatie tegenwoordig op maat wordt gegeven om tegemoet te kunnen komen aan de grote verscheidenheid van patiënten.

De afgelopen 30 jaar is het bewijs voor de effectiviteit van hartrevalidatie sterk toegenomen. Hartrevalidatie is daarom in veel richtlijnen opgenomen als zinvolle interventie. Ondanks het bewijs en de opname in richtlijnen, is er sprake van ondergebruik van hartrevalidatie. Minder dan 30 procent van patiënten bij wie hartrevalidatie is geïndiceerd, volgen daadwerkelijk een programma. Een sleutelement in het verhogen van dit percentage is de tijdige verwijzing en motivering van patiënten.

Validiteit

Het expertteam is van mening dat het vaststellen of een ziekenhuis aan de genoemde basisvoorwaarden voldoet, een goede maat is voor de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

Het expertteam is van mening dat de indicator onder de gekozen voorwaarden en bij gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. Het expertteam verwacht dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen is volgens het expertteam niet nodig.

Registreerbaarheid

Deze structuurindicator kent een lage registratielast.

De gegevens van uw ziekenhuis kunt u insturen aan het Veiligheidsprogramma via de Themamonitor, de registratiemodule van de thema's (beschikbaar via www.vmszorg.nl), De gegevens zullen binnen het Veiligheidsprogramma vertrouwelijk worden behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten worden gebracht. De gegevens zullen niet herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via de Themamonitor benchmarken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van deze ziekenhuizen gewaarborgd.

Referenties

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/American College of Cardiology/American Heart Association. 2007 Sep

Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO / Nederlands Huisartsen Genootschap, 2006.

Revalidatiecommissie NHS/NVVC. Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.

Procesindicatoren

Procesindicator 1. Deur tot ballontijd

Doel	Deze indicator geeft een beeld van het percentage patiënten met STEMI dat tijdens de opname een PCI (dotteren) ondergaat, waarbij de tijd tussen eerste (para)medisch contact en PCI-behandeling minder is dan 90 minuten.
Omschrijving	Percentage patiënten waarbij binnen 90 minuten na eerste (para)medisch contact de PCI-behandeling is gestart.
Teller	Alle patiënten waarbij binnen 90 minuten na eerste (para)medisch contact de PCI-behandeling is gestart.
Noemer	Alle patiënten met de diagnose STEMI.
Definitie (s)	<u>Eerste (para)medisch contact:</u> tijdstip van eerste contact met huisarts, ambulance of SEH <u>Start behandeling:</u> tijdstip van aanprikken patiënt
In-/exclusiecriteria	Exclusie: patiënten met IAP/non-STEMI
Bron teller	EPD of medisch dossier
Bron noemer	EPD of medisch dossier
Meetperiode/ meetfrequentie	De meetfrequentie is continue. Indien het nog niet mogelijk is om bronbestanden te koppelen kan in eerste instantie worden volstaan met een steekproef. Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Patiëntniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Ieder kwartaal
Type indicator	Proces

Achtergrond en doel

Vroege Percutane Coronaire Interventie (PCI = dotteren) heeft bij patiënten met STEMI een significante daling van mortaliteit en morbiditeit tot gevolg. Hoe eerder de primaire PCI plaatsvindt, hoe beter het resultaat. Nationale en internationale richtlijnen bevelen primaire PCI daarom aan, waarbij het gestelde tijds kader tussen eerste medisch contact en start van de PCI behandeling 90 minuten bedraagt.

Validiteit

Het expertteam is van mening dat het percentage patiënten waarbij binnen 90 minuten na eerste (para)medisch contact de PCI behandeling is gestart een indicatie is van de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

Het expertteam is van mening dat de indicator onder de gekozen voorwaarden en bij gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. Het expertteam verwacht dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen is volgens het expertteam niet nodig.

Registreerbaarheid

De gegevens van uw ziekenhuis kunt u insturen aan het Veiligheidsprogramma via de Themamonitor, de registratiemodule van de thema's (beschikbaar via www.vmszorg.nl). De gegevens zullen binnen het Veiligheidsprogramma vertrouwelijk worden behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten worden gebracht. De gegevens zullen niet herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via de Themamonitor benchmarken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van deze ziekenhuizen gewaarborgd.

Referenties

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007; 28: 1598-1660.

ESC Guidelines: Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2008; 29: 2909-2945.

Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 2.5b. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2008 Oct.

Procesindicator 2. Percentage patiënten met Instabiele Angina Pectoris/non-STEMI waarbij risicostratificatie is toegepast

Doel	Deze indicator is bedoeld om inzicht te geven in de mate waarin bij individuele patiënten het risico op snelle progressie van IAP/non-STEMI naar STEMI of overlijden, systematisch en gedocumenteerd wordt ingeschat.
Omschrijving	Percentage patiënten met IAP/non-STEMI waarbij de beleidsbeslissing op basis van risicostratificatie is gedocumenteerd.
Teller	Het aantal patiënten met IAP/non-STEMI waarbij de beleidsbeslissing op basis van risicostratificatie is gedocumenteerd.
Noemer	Het totaal aantal patiënten met de diagnose IAP/non-STEMI.
Definitie (s)	Zie de Praktijkgids 'Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen' voor beschrijvingen van GRACE, TIMI en FRISC scores.
In-/exclusiecriteria	Exclusie: patiënten met STEMI
Bron teller	EPD of medisch dossier
Bron noemer	EPD of medisch dossier
Meetperiode/ meetfrequentie	De meetfrequentie is continue. Indien het nog niet mogelijk is om bronbestanden te koppelen kan in eerste instantie worden volstaan met een steekproef. Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Patiëntniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Ieder kwartaal
Type indicator	Proces

Achtergrond en doel

Bij Non-STEMI is het van belang een onderscheid te maken tussen patiënten met een hoog risico en patiënten met een laag risico voor snelle progressie van IAP/non-STEMI naar STEMI of overlijden. Er zijn drie instrumenten beschikbaar om een risicoscore te bepalen, de GRACE score, FRISC score en de TIMI score. De scores dienen te worden vastgelegd in het medisch dossier.

Validiteit

Het expertteam is van mening dat het percentage patiënten met IAP/non-STEMI waarbij de beleidsbeslissing op basis van risicostratificatie is gedocumenteerd een indicatie is van de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

Het expertteam is van mening dat de indicator onder de gekozen voorwaarden en bij gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. Het expertteam verwacht dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen is volgens het expertteam niet nodig.

Registreerbaarheid

De gegevens van uw ziekenhuis kunt u insturen aan het Veiligheidsprogramma via de Themamonitor, de registratiemodule van de thema's (beschikbaar via www.vmszorg.nl), De gegevens zullen binnen het Veiligheidsprogramma vertrouwelijk worden behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten worden gebracht. De gegevens zullen niet herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via de Themamonitor benchmarken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van deze ziekenhuizen gewaarborgd.

Referenties

Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G. et al. The TIMI Risk Score for Unstable Angina/Non–ST Elevation MI. A Method for Prognostication and Therapeutic Decision Making. *JAMA* 2000; 284(7):835-42.

Eagle KA, Lim MJ, Dabbous OH, Pieper KS, Goldberg RJ, Van de Werf F. et al. A Validated Prediction Model for All Forms of Acute Coronary Syndrome: Estimating the Risk of 6-Month Postdischarge Death in an International Registry. *JAMA* 2004; 291(22):2727-33.

Lindahl B, Toss H, Siegbahn A, Venge P, Wallentin L. Markers of myocardial damage and inflammation in relation to long-term mortality in unstable coronary disease. Frisc Study Group. Fragmin during Instability in Coronary Artery Disease. *NEJM* 200; 343:1139-47.

Procesindicator 3. Percentage naleving ontslagmedicatie bundel

Doel	Iedere patiënt met ACS dient bij ontslag de juiste medicatie voorgeschreven te krijgen, om de kans op een recidief AMI te verkleinen.
Omschrijving	Percentage patiënten met ACS dat bij ontslag de ontslagmedicatie bundel heeft voorgeschreven gekregen.
Teller	Aantal patiënten met ACS dat bij ontslag alle vijf medicijnen uit de bundel heeft voorgeschreven gekregen.
Noemer	Alle ontslagen patiënten met ACS.
Definitie (s)	Ontslagmedicatie bundel: <ul style="list-style-type: none">• Acetylsalicylzuur• Thienopyridine• Statine• Betablokker• ACE-remmer
In-/exclusiecriteria	Inclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none">- patiënten bij wie een contra-indicatie voor een of meerdere medicijnen uit de ontslagmedicatie bundel is vastgelegd in het medisch dossier, worden geïnccludeerd in de teller Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none">-
Bron teller	EPD of medisch dossier, EVS
Bron noemer	EPD of medisch dossier, EVS
Meetperiode/ meetfrequentie	De meetfrequentie is continue. Indien het nog niet mogelijk is om bronbestanden te koppelen kan in eerste instantie worden volstaan met een steekproef. Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Patiëntniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Ieder kwartaal
Type indicator	Proces

Achtergrond en doel

Iedere patiënt met ACS dient bij ontslag de juiste medicatie voorgeschreven te krijgen, om de kans op een recidief AMI te verkleinen, tenzij er een contra-indicatie bestaat, waarbij de afwijking wordt beargumenteerd en gedocumenteerd. Het gaat hierbij om een combinatietherapie met de volgende middelen:

- Acetylsalicylzuur
- Thienopyridine
- Statine
- Betablokker
- ACE-remmer

Validiteit

Het voorschrijven van ontslagmedicatie is in verschillende richtlijnen voor ACS uitgebreid en goed onderbouwd beschreven. Het expertteam is van mening dat goed voorgeschreven ontslagmedicatie bijdraagt aan kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

Het expertteam is van mening dat de indicator onder de gekozen voorwaarden en bij gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. Het expertteam verwacht dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen is volgens het expertteam niet nodig.

Registreerbaarheid

De gegevens van uw ziekenhuis kunt u insturen aan het Veiligheidsprogramma via de Themamonitor, de registratiemodule van de thema's (beschikbaar via www.vmszorg.nl), De gegevens zullen binnen het Veiligheidsprogramma vertrouwelijk worden behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten worden gebracht. De gegevens zullen niet herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via de Themamonitor benchmarken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van deze ziekenhuizen gewaarborgd.

Referenties

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007; 28: 1598-1660.

ESC Guidelines: Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2008; 29: 2909-2945.

Indicatoren voor intern gebruik

Voor een interne kwaliteitstoets in uw ziekenhuis kunt u onderstaande indicator gebruiken. De uitkomsten hoeven niet gerapporteerd te worden aan het VMS Veiligheidsprogramma. Ze dienen alleen voor intern gebruik in het eigen ziekenhuis.

Uitkomstindicator (intern)

Metingen op uitkomstniveau geven een beeld van het effect van de toegepaste interventies. Voor het thema 'Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen' is de volgende uitkomstindicator geformuleerd:

- Percentage sterfte binnen 30 dagen na ACS

Voor deze indicator geldt dat alle patiënten met opnamediagnose ACS voor het gehele ziekenhuis worden geregistreerd. Er gelden geen exclusiecriteria. Wel wordt per patiënt de volgende gegevens geregistreerd, om casemix effecten in kaart te kunnen brengen:

- Leeftijd
- Cardiogene shock/geen cardiogene shock
- Reanimatie/geen reanimatie