

**Resultaten meetweek 2021**

# **Antistolling**

**mprove**  
**ZIEKENHUIZEN**

Van: dr. K. Smulders, namens de mProve brede werkgroep Antistolling  
Datum: 7 februari 2022

## Inhoud

<b>Inleiding</b> .....	3
<b>Doel en methode van onderzoek</b> .....	4
<b>Meetweek 2021 mProve ziekenhuizen</b> .....	5
Indicator 1. Tromboseprofylaxe .....	5
Indicator 2. Antistolling rondom epiduraal .....	7
Indicator 3. Antistollingsbeleid bij patiënten op de POS .....	8
Indicator 4a. Antistollingsbeleid bij MDL ingrepen .....	8
Indicator 4b. Antistollingsbeleid bij radiologie ingrepen .....	9
Indicator 5 Enquête onder patiënten die enige vorm van antistolling gebruiken die een ingreep ondergaan .....	11
<b>Overall Conclusies patiënten enquêtes:</b> .....	15

## Inleiding

Hierbij treft u de rapportage aan over de meetweek antistolling2021 in mProve-verband. Na 2017 en 2019, is dit de derde meetweek waarin de antistolling in kaart is gebracht.

De meetweek is gehouden in mProve-verband en met als doel: het verkrijgen van inzicht in elkaars antistollingszorg, het signaleren van knelpunten om er vervolgens van te leren en te verbeteren. Dit moet leiden tot een verbetering van de antistollingszorg in de ziekenhuizen en een vermindering van het aantal voorkomende incidenten en calamiteiten waarbij antistollingen een rol speelt. Zij richt zich daarbij op het formuleren van voorwaarden en structuur van goede antistollingszorg, de ondersteuning door HIX, de lokale protocollen en mogelijke digitale ondersteuning hiervan, een opleidingsprogramma en patiënten folders.

In 2017 is voor het eerst gesproken om een gezamenlijke meetweek te organiseren om de feitelijke stand van zaken betreffende de lokale uitvoering van het antistollingsbeleid in beeld te brengen. Niet alle ziekenhuizen waren op dat moment al in staat om dit te organiseren. In juli 2019 hebben toentertijd, vijf leen een meetweek uitgevoerd, waarin de vooraf gedefinieerde indicatoren zijn gemeten. In 2021 hebben vier van de zes ziekenhuizen de meetweek uitgevoerd twt: Isala, MMC, JBZ en NWZ. Daarnaast is er afgesproken om middels een patiënten enquête te onderzoeken, hoe de informatie over antistolling door de patiënt wordt begrepen.

Gezien de omvang van de meetweek en tegelijkertijd de Covid pandemie, is besloten om de ziekenhuizen zelf te laten beoordelen om de enquête wel of niet af te nemen en dit niet verplicht te stellen.

Bij twee ziekenhuizen is de enquête uiteindelijk wel afgenomen twt: JBZ en NWZ.

In deze rapportage worden de resultaten en bevindingen van deze meetweek gedeeld en vergeleken met 2017 en 2019.

### *Betrokken ziekenhuizen / functionarissen:*

Isala Ziekenhuis:	Mw. J. Kok-Seine, Physician Assistant Trombosedienst
Jeroen Bosch Ziekenhuis:	Mw. M. Verdonschot, arts / casemanager antistolling Dhr. P.Wetzer, Hemo-, bio- en trombovigilantieconsulent
Medisch Maxima Centrum:	Mw. S. Luijten: Verpleegkundig specialist hematologie / casemanager antistolling
Noordwest Ziekenhuis:	Mw. H. Nagtegaal: Physician Assistant vasculaire geneeskunde antistolling Mw. S. Leijen-Beentjes; Beleidsmedewerker Kwaliteit /Zorggroep beschouwend (INT, MDL, REUMA)

Met dank aan:

Mw. M. de Bont secretaresse  
Manager bedrijfsvoering mw. drs. Mw. v.d. Heijden-Verhappen,

## Doel en methode van onderzoek

***Het verkrijgen van inzicht in de mate waarop het antistollingsbeleid in onze organisatie ten uitvoer wordt gebracht en eventueel aandragen van verbeterpunten.***

***Doel van deze werkgroep mProve is oplossingen verkennen en inzetten die bijdragen aan vermindering van het aantal voorkomende calamiteiten waarbij antistolling een rol speelt. Hierin worden best practices en resultaten met elkaar gedeeld en vergeleken.***

De ziekenhuizen hebben onderling het volgende afgesproken over de meetweek:

- Vrijheid voor ieder ziekenhuis in de keuze van de week tussen 18-10-2021 en 10-11-2021. Wel aansluitend 5 werkdagen van maandag t/m vrijdag.
- Betreft enquête voor artsen/verpleging en patiënten: elk ziekenhuis mag voor zich bepalen of dit wordt uitgevoerd. Soms kan dit wel nuttige informatie opleveren met name in de vrije tekst (bijvoorbeeld wat gaat fout, wat wordt er gemist).
- De enquête mag ook gehouden worden na de meetweek; het verzoek is wel deze zoveel als mogelijk te koppelen aan patiënten waarbij ook het dossieronderzoek heeft plaatsgevonden.

De volgende indicatoren vijf zijn onderzocht:

- Kwaliteitsindicator 1:tromboseprofylaxe;
- Kwaliteitsindicator 2:stoppen en herstarten van antistolling rondom een epiduraal;
- Kwaliteitsindicator 3: antistollingsbeleid rondom een ingreep waarvoor intake bij de POS
- Kwaliteitsindicator 4: antistollingsbeleid rondom een ingreep bij MDL en radiologie.
- Kwaliteitsindicator 5: patiënten enquête.

## Meetweek 2021 mProve ziekenhuizen

### Indicator 1. Tromboseprofylaxe

	Terecht Profylaxe				Terecht <u>geen</u> Profylaxe				Onterecht profylaxe				Onterecht <u>geen</u> profylaxe				Juiste VTE Profylaxe beleid			
	JBZ	ISALA	MMC	NW ZH	JBZ	I S A L A	MMC	NW ZH	JBZ	I S A L A	MMC	NW ZH	JBZ	ISALA	MMC	NW ZH	JBZ	ISALA	MMC	NW ZH
<b>Totaal</b>	41	65	75	69	45	26	20	17	11	1	5	7	3	6	0	6	86 %	93 %	90 %	87 %
<b>Beschouwend</b>	15	29	30	40	31	17	18	7	2	0	2	0	2	3	0	3	92 %	94 %	92 %	94 %
<b>Snijdend</b>	26	36	45	29	14	9	2	10	9	1	3	7	1	3	0	3	80 %	92 %	88 %	80 %

## Constateringen:

- Het uitvoeren van het juiste profylaxebeleid kent een spreiding over de ziekenhuizen tussen de 86% en 94%. Bij eerder metingen vonden we een spreiding van 77% en 94%. Deze cijfers zijn onderling vrijwel gelijk.
- De beschouwers laten bij alle ziekenhuizen een beter resultaat zien in het uitvoeren van het juiste profylaxe beleid. Dit in tegenstelling met voorgaande jaren, waarbij de beschouwers het aanzienlijk minder deden. Verklaring hiervoor is nog onduidelijk.
- In het aantal terecht profylaxe zit tevens een aantal waarbij een onjuiste dosering is toegediend. Deze groep is niet door elk ziekenhuis onderscheiden en vraagt om nader onderzoek.
- Het onterecht toedienen van profylaxe komt regelmatig voor, vooral in JBZ. Dit kan worden gezien als overbehandeling met een aannemelijk verhoogd bloedingsrisico. Bij het JBZ ligt dit hoog (27%) en hoger dan hun meting in 2017 en 2019 (15% / 21%). Hier is geen directe verklaring voor<sup>1</sup>. Het onterecht niet inzetten van profylaxe heeft een groot risico. De werkgroep is van mening dat dit eigenlijk niet mag voorkomen. Het MMC scoort daarin bijzonder goed met 0%, in 2019 was dit nog 8%. Reactie MMC<sup>2</sup>. Zowel Isala als NWZ hebben daarin dezelfde scores. Het JBZ heeft daarin dezelfde scores als in 2019.

---

<sup>1</sup> (Het verhoogd risico op bloeding kan op basis van studies worden gesteld op: Voor elke 150 patiënten uit de groep die onterecht wel profylaxe krijgen zou één ernstige bloeding het gevolg kunnen zijn).

<sup>2</sup> In MMC is afgelopen jaar wel een verkorte procedure gestart i.v.m. een klinische patiënt met een ruiterebolus die te laag gedoseerd was m.b.t. profylaxe. Wij hebben wel naar de dosering gekeken en deze was in 5% onjuist; dit vergt nog meer aandacht.

## Indicator 2. Antistolling rondom epiduraal

Totaal				Correcte tijdsinterval <u>stoppen</u> antistolling vóór verwijderen/plaatsen epiduraal				Correcte tijdsinterval <u>herstarten</u> antistolling na verwijderen/plaatsen epiduraal				Correct beleid antistolling epiduraal <u>in situ</u>				% volgens protocol			
JBZ	ISALA	MMC	NW ZH	JBZ	ISALA	M M C	NW ZH	JBZ	ISALA	MMC	NW ZH	JBZ	ISALA	MMC	NW ZH	JBZ	ISALA	MMC	NW ZH
9	12	3	7	8	11	3	1	9	10	3	1	8	?	3	?	89%	83%	100%	14%
				1 te kort	1 onduidelijk				1 onduidelijk 1 te snel herstart										

### Constateringen bij de cijfers:

- Voor de meeste ziekenhuizen geldt dat alle katheters verwijderd zijn volgens protocol en dat ook het hervatten van profylaxe volgens protocol is verlopen. Spreiding tussen 83% en 100%. Het MNZ wijkt hierin sterk af met 14%<sup>3</sup> Nadere verklaring volgt.
- In het MMC zijn in betreffende week maar 3 patiënten geweest met epiduraal.
- In Isala 1x onduidelijk beleid, als niet goed aangemerkt en 1x staat bij herstart geen 10 uur aangehouden.
- In het JBZ heeft men geconstateerd dat 1x de epiduraal te snel is verwijderd. Dit is gelijk aan 2019.
- Gezien de grote risico's van het vroegtijdig verwijderen of te snel herstarten met antistolling, blijft extra aandacht nodig bij pijnteams en verpleegkundigen
- In het JBZ blijft het verstrekken van therapeutisch LMWH bij een epiduraal in situ een aandachtspunt.

<sup>3</sup> In het NWZ is in HIX het vrijwel niet terug in HiX wat betreft de epidurale catheters en over het ingezette beleid. Bij navraag blijkt, dat de medewerkers gewoon de protocollen volgen, maar dit is niet strak ergens vastgelegd. Derhalve 'nee' gescoord omdat het er officieel niets vermeld staat. Geeft volgens onderzoeker geen volledige weergave van de werkelijkheid.

## Indicator 3. Antistollingsbeleid bij patiënten op de POS

Totaal				Hoofdbehandelaar signaleert antistollingsgebruik				Hoofdbehandelaar heeft perioperatief beleid afgesproken				Beleed is conform lokaal protocol			
JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH
69	37	50	50	63 91%	33 92%	41 82%	47 94%	67 97%	32 86%	41 82%	22 44%	45 65%	?	38 76%	45 90%

### Constaties bij cijfers:

- De hoofdbehandelaar signaleert met een spreiding van 82% en 94% dat er sprake is van antistollingsmedicatie. Dit komt overeen met voorgaande jaren (2017 en 2019).
- De hoofdbehandelaar heeft perioperatief beleid afgesproken, varieert tussen de 44% en 97%. Hierin wijkt het NWZ (44%) sterk af van de overige ziekenhuizen. Opnameplein met antistollingsconsulent aanwezig en zij maken het antistollingsbeleid ook als de hoofdbehandelaar geen beleid heeft gemaakt (dit was in 48%).
- De score beleid conform protocol is zo hoog omdat grotendeels de antistollingsconsulent het beleid heeft gemaakt.
- In voorgaande jaren scoorde Isala hierin iets beter met 100%. In 2021 was dit tussen 86% en 92%.
- Bij Isala geen indeling in snijdend/ beschouwend. Dus als vergelijking alleen de totalen gebruikt.

## Indicator 4a. Antistollingsbeleid bij MDL ingrepen

Totaal 1 week 2021				Hoofdbehandelaar signaleert antistollingsgebruik				Hoofdbehandelaar heeft perioperatief beleid afgesproken				Beleed is conform lokaal protocol			
JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH
25	20	25	25?	25 100 %	20 100 %	25 100 %	22? 88 %	25 100 %	20 100 %	25 100 %	18? 72 %	24 96 %	19 95 %	16 64 %	20? 80 %



## Constateringen bij cijfers:

- De scores in de ziekenhuizen op de afdeling MDL t.a.v. het signaleren van antistolling bij patiënten die voor een ingreep komen, ligt tussen de 88% en 100%. Het perioperatief beleid wat door de hoofdbehandelaar moet worden afgesproken, ligt op 72% in NWZ en op +/- 100% in de overige ziekenhuizen. Dit is over het algemeen strak geprotocolleerd. Opnameplein/antistollingsconsulent is bij MDL ingrepen niet betrokken.
- Het beleid conform lokaal protocol, varieert tussen de 64% (MMC) en 96% (JBZ). Het MMC wijkt hierin sterk af van de overige ziekenhuizen. Reactie MMC<sup>4</sup>.

## Indicator 4b. Antistollingsbeleid bij radiologie ingrepen

Totaal 1 week 2021				Hoofdbehandelaar signaleert antistollingsgebruik				Hoofdbehandelaar heeft perioperatief beleid afgesproken				Beleid is conform lokaal protocol			
JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH	JBZ	Isala	mmc	NW ZH
21	8	25	25?	20	5	25	13?	20	3	25	13?	16	3	21	13?
				95%	63%	100%	53%	95%	38%	100%	53%	76%	38%	84%	53%

## Constateringen bij cijfers:

- Het antistollingsbeleid op de radiologie, laat een grote mate van spreiding zien in de verschillende ziekenhuizen (53% en 100%). Zo scoort het NWZ 53% in: de hoofdbehandelaar signaleert antistolling en het MMC 100%.
- Hetzelfde geldt voor de cijfers naar: het perioperatief beleid wat is afgesproken, 38% in Isala en 100% in MMC.
- Beleid conform lokaal protocol, laat eveneens een spreiding zien van 38% (Isala) en 84% MMC.
- Opnameplein is bij de radiologische ingrepen niet betrokken.
- Dat de spreiding zo groot is tussen de ziekenhuizen heeft waarschijnlijk te maken met de complexe ingrepen en protocollen. De cijfers zijn lastig te vergelijken omdat er ook verschillende ingrepen zijn geweest. Het beleid en de protocollen op de radiologie zijn overigens niet altijd even duidelijk. Zeker punt van aandacht. Tevens zijn er vaak diverse artsen betrokken, aanvragend specialist en uitvoerend specialist (radioloog)
- Het MMC wijkt op de Radiologie in positieve zin af t.o.v. de overige ziekenhuizen in het beleid conform protocol: 84%. Tevens wordt in MMC perioperatief beleid afgesproken (100%)..

<sup>4</sup> Dit wordt nader uitgezocht en heeft waarschijnlijk een oorzaak in diverse landelijke richtlijnen en discrepantie in MDL-endoscopie en antitrombotisch beleid richtlijn. Aandachtspunt om hierin met de vakgroep eenduidig protocol in te uniformeren.

## Overall conclusions:

1. De resultaten geven aan, dat de antistollingszorg binnen de mProve ziekenhuizen in de basis op orde is, maar dat er ook zeker altijd ruimte is voor verbetering.
2. Dat de cijfers over het algemeen gelijk zijn gebleven met voorgaande jaren is misschien iets teleurstellend, maar de periode van COVID, maakt dat we hier toch heel tevreden over zijn.
3. Vergelijken we de cijfers met de landelijke gegevens van bijvoorbeeld het NIVEL,<sup>5</sup> Dan zijn onze cijfers nog steeds veel beter dan het landelijk onderzoek uit 2015.
4. In zijn algemeenheid is aandacht voor antistolling rond de epiduraal catheter een blijvend punt van aandacht. Als mProve is het van belang om dit tweejaarlijks te blijven monitoren.
5. Alles op papier is goed geregeld (commissie, protocollen, beleid in HIX) maar de praktijk van alle dag is complex en vraagt om verdere verbeteringen. Deze verbeteringen vragen om verdere professionalisering en het instellen van specifieke medewerkers op stollingsgebied met eigen taken en verantwoordelijkheden die de hoofdbehandelaar ondersteunen (extra formatie voor kwaliteitsmedewerker, stollingsverpleegkundige / PA-er en medisch-specialist, opzetten mProve brede scholing, verbeterde ondersteuning HIX).
6. Het organiseren van een gezamenlijke meetweek waarin indicatoren en meetwaarden zijn afgesproken levert belangrijke inzichten op. Wel dient hierbij te worden opgemerkt dat het organiseren en het uitvoeren van de meetweek enorm veel tijd en effort kost van betrokkenen. Vervolgens dient men ook plannen te hebben voor het verbeteren van de zorg. Dit alles kan niet zonder de ondersteuning van kwaliteitsadviseurs, verschillende interne afdelingen en inhoudelijke specialisten (ICT en Facilitair).
7. Door de mProve samenwerking kan gebruik gemaakt worden van een groter patiënten bestand, waardoor breder onderzoek mogelijk wordt. Ook kunnen hieruit verschillen naar voren komen die kunnen leiden tot een “best practice”. Dit alles motiveert de inzet van een mProve brede werkgroep.

---

<sup>5</sup> (Damen, N., Damen, P., Dijk, L. van, Bakker, D. de, Wagner, C. *Implementatie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0: stand van zaken*. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl): NIVEL, 2015).

## Indicator 5 Enquête onder patiënten die enige vorm van antistolling gebruiken die een ingreep ondergaan

Alleen het JBZ en het Noordwest ziekenhuis hebben de patiënten enquêtes gedaan.

### Aantal enquêtes

	JBZ	Noord West ziekenhuis
<b>POS/opnameplein</b>	19	36
<b>MDL</b>	23	29
<b>Radiologie</b>	23	48

### Informatie verkregen van:

	JBZ	Noord West ziekenhuis		
	Totaal	Opnameplein	MDL	Radiologie
arts	<b>31 (47%)</b>	44%	59%	58%
polimedewerker	<b>14 (22%)</b>	11%	28%	19%
POS/opnameplein medewerker	<b>13 (20%)</b>	64%	-	-
Trombosedienst	<b>4 (6%)</b>	11%	14%	8%
Anders	<b>10 (15%)</b>	8%	14%	33%
Niemand	<b>6 (9%)</b>	-	-	-

### Uniformiteit van de informatie:

	JBZ	Noord-West Ziekenhuis		
	Totaal	Opnameplein	MDL	Radiologie
Ja, uniform	<b>12 (18%)</b>	100%	91%	100%
Nee, verschillend	<b>3 (5%)</b>	-	9%	-
geen info of van 1 persoon	<b>50 (77%)</b>	-	-	-

## Informatie betreffende wel/niet stoppen van de antistolling:

	JBZ	Noord-West ziekenhuis			
	Totaal	Opnameplein	MDL	Radiologie	Totaal
nee	10 (15%)	21%	24%	60%	43 (38%)
Ja, schriftelijk	14 (21%)	3%	12%	2%	7 (6%)
Ja, mondeling	20 (31%)	45%	52%	23%	42 (37%)
Ja, mondeling en schriftelijk	17 (28%)	30%	12%	14%	21 (19%)
anders	3 (5%)	-	-	-	-

Anders bij JBZ is 2x ja en 1x ja door praktijkondersteuner, maar onduidelijk of dit mondeling of schriftelijk was. De meeste informatie is mondeling bij beide ziekenhuizen.

## Duidelijkheid van de informatie afhankelijk van de wijze van informeren?

	JBZ	Noord West Ziekenhuis			
	duidelijk	Opnameplein	MDL	Radiologie	Totaal
schriftelijk	7 (54%)	100% (1 patiënt)	100%	100%	5 (100%)
mondeling	16 (84%)	94%	100%	80%	38 (92%)
mondeling en schriftelijk	15 (88%)	90%	100%	100%	19 (95%)
Anders	1 (33%)	-	-	-	-

## Voor de ingreep nog gevraagd naar gebruik van antistolling?

	JBZ			Noord-West ziekenhuis		
	POS	MDL	Radiologie	Opnameplein	MDL	Radiologie
Ja door specialist	-	96%	57%	-	55%	29%
Ja door medewerker afdeling	-		24%	-	31%	21%
nee	-	4%	19%	-	14%	50%

## Herstart na de ingreep duidelijk

	JBZ	Noord-West ziekenhuis			
	MDL+Radiologie	Opnameplein	MDL	Radiologie	Totaal
Herstart duidelijk	80%	43%	100%	50%	63%
Krijgt patiënt nog te horen	15%	48%	-	17%	25%
Herstart onbekend	5%	9%	-	33%	12%

JBZ betreft POS geen informatie over herstart

## Trombosedienst patiënt: :duidelijke informatie van trombosedienst gekregen

	JBZ (9 patiënten)	Noord-West ziekenhuis (16 patiënten)			
	Totaal:6 reacties ( MDL+radiologie)	Opnameplein	MDL	Radiologie	Totaal
Ja, info gekregen	5 (83%)	60%	67%	14%	7 (44%)
Nee, geen info gekregen	1 (17%)	40%	33%	43%	6 (38%)
Niet onder controle Trombosedienst	-	-	-	43%	3 (18%)

## Trombosedienst patiënt; heeft patiënt de ingreep gemeld bij de trombosedienst?

	JBZ (6 reacties)	Noord-West ziekenhuis (16 reacties)			
	Totaal	Opnameplein	MDL	Radiologie	Totaal
Ja, wel gemeld	2 (22%)	60%	100%	14%	8 (50%)
Nee, niet gemeld	4 (78%)	40%	-	43%	5 (31%)
Niet onder controle Trombosedienst	-	-	-	43%	3 (19%)

## Totale informatie duidelijk?

	JBZ			Noord-West ziekenhuis		
	POS	MDL	Radiologie	Opnameplein	MDL	Radiologie
Duidelijk	63,2%	74%	65%	86%	79%	65%
Grotendeels duidelijk/redelijk duidelijk	26,3%	4,3%	10%	6%	7%	17%
Beetje duidelijk	10,5%	8,7%	5%	.	-	-
Onduidelijk	-	13%	20%	8%	14%	19%

## Met wie neemt men contact op bij onduidelijkheden?

	JBZ	Noord-West Ziekenhuis
arts	26%	60%
Poli medewerker	-	12%
POS/opnameplein	5,2%	7%
Trombosedienst	16%	7%
Anders	20,8%	14%
Weet patiënt niet	32%	-

## Hoe neemt men contact op?

	JBZ	Noord-West Ziekenhuis
telefonisch	100%	69%
mail	-	5%
persoonlijk	-	26%

## Overall conclusies patiënten enquêtes:

- De enquêtes zijn alleen uitgevoerd in het Noord-West Ziekenhuis(NWZ) en het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ).
- NWZ: Er is bij het versturen van de vragenlijst geen onderscheid gemaakt tussen invasieve en niet invasieve ingrepen. Dus het onderzoek is niet optimaal, omdat voor niet invasieve ingrepen/onderzoeken niet gestopt hoeft te worden met de antistolling. Dit zal het meest van invloed zijn bij de vakgroep radiologie.
- Betreft duidelijkheid van de totale informatie scoort het NWZH op het opnameplein duidelijk beter (86%) dan de POS in het JBZ (63%). Redelijk duidelijk is de informatie in het JBZ op de POS 26% en in het NWZH op het opnameplein 6%. Opgeteld zijn de verschillen niet zo groot (92% NWZH versus 89% JBZ), echter bij redelijk duidelijke informatie kan een essentieel onderdeel aan informatie ontbreken. Het lijkt zo te zijn dat een opnameplein toch een grote toegevoegde waarde heeft.  
De onduidelijkheden zijn bij beide ziekenhuizen:
  - Verschillende adviezen zijn door zorgverleners
  - Onduidelijke adviezen TD, specialist, polimedewerker
  - Onduidelijk wanneer te herstarten.
- MDL en Radiologie betreft duidelijkheid van de totale informatie zien we vrijwel gelijk cijfers in NWZ als in het JBZ, respectievelijk +/- 75% en 65%.
- Betreft controle antistollingsgebruik door behandelaar/medewerker voor de ingreep op de afdelingen MDL en Radiologie scoort het JBZ (MDL 96%, radiologie 81%), en het NWZ MDL 86% en radiologie 50%. Dus in het NWZ lijkt hierop minder gecontroleerd te worden.
- Opmerkelijk is dat 32% van de patiënten in het JBZ niet weet met wie men contact moet opnemen bij onduidelijkheden betreffende de antistolling. Het NWZ scoort daarin 0%.
- In het JBZ: Het bespreken van risico's van stoppen/doorgaan met de antistolling gebeurt volgens patiënt weinig, in 68% niet (MDL 91%/radiologie 48%/ POS 63%). Dit percentage wordt nog lager als patiënt niet hoeft te stoppen met de antistolling (met 81% wordt het bloedingsrisico niet besproken). Van het NWZ hebben we hier geen informatie over.

### Tips van patiënten:

- Folder gewijd aan thema/gebruikte middel.
  - Ook bij niet trombosedienst patiënten duidelijke informatie geven.
  - Met name duidelijk zijn bij gebruik van meerdere middelen.
  - Niet alleen informatie via een folder.
  - Duidelijke afspraken tussen zorgverleners wie wat regelt.
  - Duidelijk aangeven wanneer er herstart mag worden.
-