



**Universiteit  
Leiden**

The Netherlands

## **Evaluating abdominal aortic aneurysm and carotid artery surgery in the Netherlands: variations in indication, treatment and outcomes measures**

Karthaus, E.G.

### **Citation**

Karthaus, E. G. (2022, October 11). *Evaluating abdominal aortic aneurysm and carotid artery surgery in the Netherlands: variations in indication, treatment and outcomes measures*.

Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3479735>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3479735>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

## Stellingen behorende bij het proefschrift

‘Evaluating abdominal aortic aneurysm and carotid artery surgery in the Netherlands: variation in indication, treatment and outcome measures’

1. Een sacculair abdominaal aorta aneurysma (AAA) heeft een grotere kans op een ruptuur bij een kleinere diameter dan een fusiform AAA. (Dit proefschrift)
2. Jonge mannen die EVAR ondergaan worden vaker bij een kleinere aneurysmadiameter geopereerd dan waarbij een operatie volgens de richtlijn aanbevolen is. (Dit proefschrift)
3. Met de huidige volumina van electieve open AAA-chirurgie (OSR) in Nederland kan in de Dutch Surgical Aneurysm Audit geen associatie tussen ziekenhuisvolume en postoperatieve mortaliteit aangetoond worden. (Dit proefschrift)
4. De samengestelde maat ‘Textbook Outcome’ is vooral geschikt als instrument voor interne kwaliteitsverbetering en niet voor ziekenhuisvergelijking. (Dit proefschrift)
5. Bijna 10% van alle AAA-ingrepen die jaarlijks in Nederland worden uitgevoerd betreft een revisie ingreep van een eerder uitgevoerde primaire AAA-ingreep. (Dit proefschrift)
6. Er bestaat variatie tussen Nederlandse ziekenhuizen in de procesindicator ‘tijd-tot-interventie’ bij carotis chirurgie. (Dit proefschrift)
7. Lage event-rates in uitkomstmaten bemoeilijken de ziekenhuisvergelijking.
8. Voor het behouden van draagvlak voor de DSAA en DACI is het essentieel de registratielast te verminderen.
9. Het is zonde dat de teruggekoppelde kwaliteitsgegevens in de dagelijkse praktijk nog te weinig gebruikt worden.
10. Het lastig de kwaliteit van complexe laagvolume zorg te waarborgen wanneer dit in te veel ziekenhuizen wordt uitgevoerd.
11. EVAR en open AAA-chirurgie (OSR) zijn voor het meten van kwaliteit niet twee losse procedures maar zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.